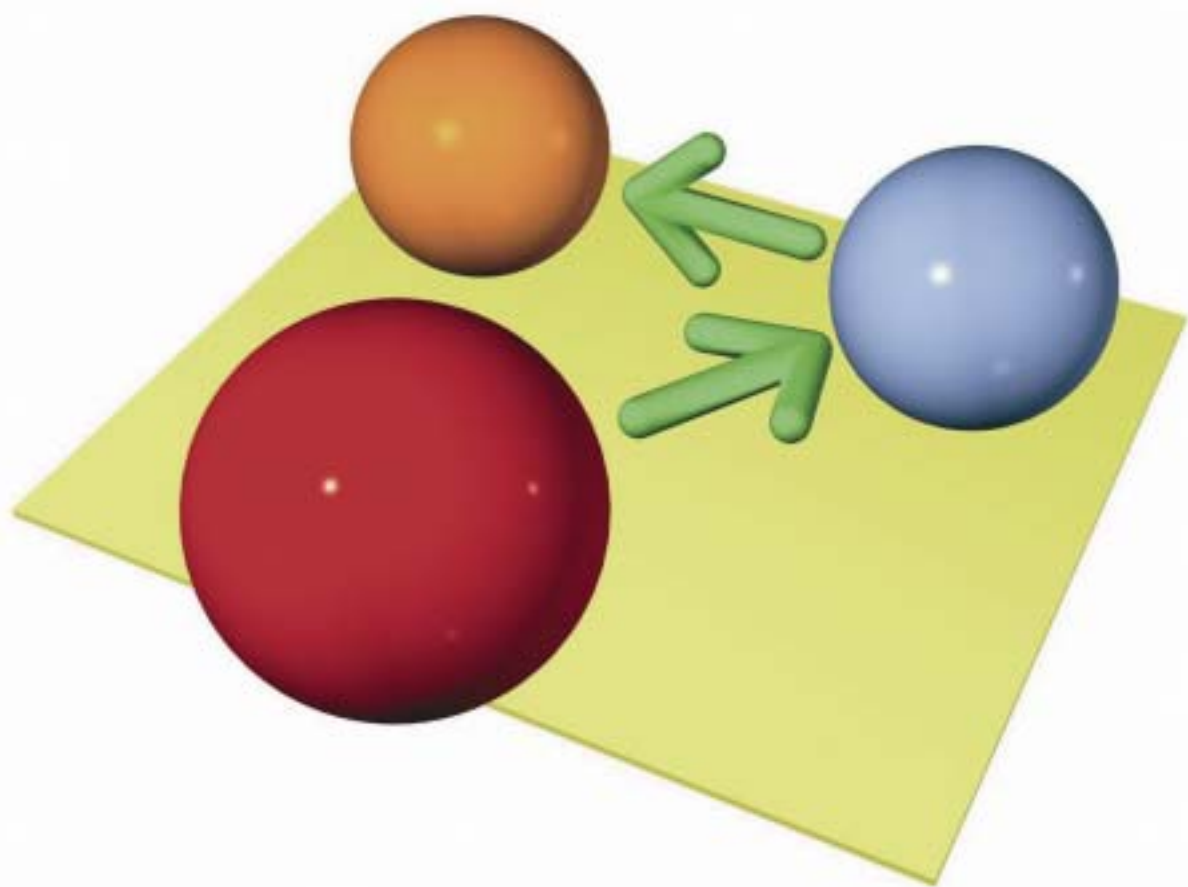


# PROTOCOS de *Indicación Farmacéutica* y *Criterios de Derivación al* *Médico en Síntomas Menores*



  
**semFYC**  
Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria



Con la colaboración de:



Fundación Abbott



# Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores

## *Editores*

Vicente Baos

María José Faus Dáder

Reservados los derechos

© Fundación Abbott

ISBN: 978-84-608-0683-7

Depósito legal: M-8039-2008

Diseño de portada: Francisco González

Maquetación e impresión: Dispublic, S. L.



## **ANA OCAÑA ARENAS**

Farmacéutica comunitaria en Loja (Granada) - España

Licenciada en Farmacia. Master Universitario en Atención Farmacéutica. Miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada, Granada-España.

## **VICENTE BAOS**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Collado Villalba Pueblo. Área 6. Madrid

Coordinador del Grupo de Utilización de Fármacos de semFYC.

## **PEDRO AMARILES MUÑOZ**

Profesor de Farmacología y Farmacia Clínica, Universidad de Antioquia, Medellín-Colombia.

Químico Farmacéutico. Master Universitario en Atención Farmacéutica. Magíster en Farmacia Clínica y Farmacoterapia. Miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada, Granada-España. Responsable del Grupo de Investigación Promoción y Prevención Farmacéutica, Universidad de Antioquia, Medellín-Colombia.

## **VICENTE PALOP LARREA**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Subdirector Asistencial del Departamento de Salud 11 de la Agència Valenciana de Salut de la Comunitat Valenciana .

Doctor en Medicina y Cirugía. Miembro del Grupo de Utilización de Fármacos de semFYC. Miembro del Grup del Medicament SVMFiC.

## **LORETO SÁEZ-BENITO SUESCUN**

Farmacéutica comunitaria en Zaragoza - España

Licenciada en Farmacia. Master Universitario en Atención Farmacéutica. Miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada, Granada-España.

## **ERMENGOL SEMPERE VERDÚ**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Paterna. Departamento 6 de la Agència Valenciana de Salut de la Comunitat Valenciana.

Doctor en Medicina y Cirugía. Miembro del Grupo de Utilización de Fármacos de semFYC. Miembro del Grup del Medicament SVMFiC.

## **MARÍA JOSÉ FAUS DÁDER**

Profesora Titular de Bioquímica y Biología Molecular, Universidad de Granada.  
Doctora en Farmacia. Responsable del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada, Granada-España.

## **M<sup>a</sup> PILAR ARROYO ANIÉS**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Huarte. Osasunbidea/  
Servicio Navarro de Salud.  
Doctora en Medicina y Cirugía. Miembro del Grupo de Utilización de Fármacos de semFYC

## **RAMON ORUETA SANCHEZ**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.  
Miembro del Grupo de Utilización de Fármacos de semFYC

## **MIGUEL ANGEL HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ.**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Dirección General de Programas Asistenciales.  
Servicio Canario de la Salud. Tenerife.  
Doctor en Medicina y Cirugía. Miembro del Grupo de Utilización de Fármacos de semFYC

## **CATERINA VICENS CALDENTY**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Son Serra-La Vileta  
Palma de Mallorca.  
Miembro del Grupo de Utilización de Fármacos de semFYC

## **MARÍA ISABEL BAENA PAREJO**

Doctora en Farmacia. Miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad  
de Granada, Granada-España.

## **FEDERICO PLAZA PIÑOL**

Licenciado en Farmacia. Exdirector General de Farmacia y Productos sanitarios.  
Ministerio de Sanidad y Consumo, España.

# Agradecimientos

## *Agradecimientos*



A Manuel Machuca, Farmacéutico comunitario en Sevilla, por su contribución a la visualización y conceptualización de la Indicación Farmacéutica, dentro de los servicios de Atención Farmacéutica.

A Miguel Angel Gastelurrutia Garralda, Farmacéutico comunitario en San Sebastián, Helena Oller i Dolcet, Farmacéutica comunitaria en Barcelona y a Javier García Latasa de Aranibar, Dermatólogo del Hospital Royo Villanova en Zaragoza, por su participación y contribución en la realización de este texto.







<b>PRESENTACIÓN</b> .....	11
<b>PROTOCOLOS DE SÍNTOMAS MENORES RESPIRATORIOS</b> .....	17
CONGESTIÓN NASAL.....	19
SÍNDROME CATARRAL.....	22
SÍNDROME GRIPAL.....	26
TOS.....	30
<b>PROTOCOLOS DE SÍNTOMAS MENORES RELACIONADOS CON DOLOR MODERADO</b> .....	35
CEFALEA.....	37
DOLOR DENTARIO.....	40
DOLOR DE ESPALDA.....	43
DOLOR DE GARGANTA.....	46
DOLOR MENSTRUAL.....	49
<b>PROTOCOLOS DE SÍNTOMAS MENORES DIGESTIVOS</b> .....	53
ACIDEZ O PIROSIS.....	55
DIARREA AGUDA.....	58
ESTREÑIMIENTO.....	61
VÓMITOS.....	65
<b>PROTOCOLOS DE SÍNTOMAS MENORES DERMATOLÓGICOS Y DE LA MUCOSA ORAL</b> .....	69
ACNÉ.....	71
AFTAS O ÚLCERAS BUCALES.....	77
HERIDAS CUTÁNEAS.....	81
HERPES LABIAL.....	84
LESIONES ECZEMATOSAS.....	87
PICADURAS.....	91
QUEMADURAS CUTÁNEAS.....	95
URTICARIA.....	99
<b>PROTOCOLOS DE OTROS SÍNTOMAS MENORES</b> .....	103
FIEBRE.....	105
HEMORROIDES.....	109
INSOMNIO.....	113
IRRITACIÓN OCULAR (CONJUNTIVITIS).....	118
VAGINITIS.....	122
VARICES EN MIEMBROS INFERIORES.....	126

<b>PRINCIPIOS ACTIVOS SELECCIONADOS</b> .....	131
ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO (AAS).....	133
ÁCIDO CROMOGLÍCICO O CROMOGLICATO SÓDICO .....	136
ALMAGATO.....	138
CARBÓMERO .....	141
CARMELOSA.....	143
CETIRIZINA.....	145
CLORHEXIDINA DIGLUCONATO .....	147
CODÉINA .....	150
DEXCLORFENIRAMINA.....	152
DEXTROMETORFANO.....	155
DIFENHIDRAMINA.....	160
DOXILAMINA .....	163
GLICEROL .....	165
HIDROCORTISONA RECTAL.....	169
HIDROCORTISONA TÓPICA .....	171
HIPROMELOSA .....	174
IBUPROFENO .....	176
LORATADINA .....	182
MAGALDRATO.....	184
METILCELULOSA .....	187
NAPROXENO .....	190
OXIMETAZOLINA.....	193
PARACETAMOL .....	195
PARAFINA.....	203
PERÓXIDO DE BENZOILO .....	205
PLANTAGO OVATA .....	207
POVIDONA IODADA .....	210
PREDNISOLONA RECTAL .....	214
PSEUDOEFEDRINA .....	216
SULFURO DE SELENIO .....	219



En el proceso de atención en salud de las personas, resulta básica la contribución de diferentes profesionales sanitarios. Esta colaboración, debe ser coordinada, sinérgica y orientada para la consecución del mejor resultado posible. Adicionalmente, es conocido que cuando el paciente sufre un problema de salud decide, con base a su experiencia previa y otros condicionantes, qué va a hacer para resolverlo (automedicación, acudir al médico de atención primaria, ir a servicios de urgencias, entre otras opciones). En ocasiones, especialmente cuando percibe el problema de salud como banal, acude al farmacéutico para que él decida sobre la solución más adecuada a su problema. En este sentido, resulta lógico asumir que, en el abordaje de los **síntomas menores**, la actuación del farmacéutico, orientada por criterios científicos y técnicos consensuados entre médicos y farmacéuticos, debe generar un mejor resultado en el proceso de atención del **paciente que acude a la farmacia con un problema de salud de este tipo**, que cuando se hace de forma aislada o desarticulada y sin un proceso sistemático.

Por ello, es necesario disponer de una herramienta que permita potenciar las contribuciones de los profesionales de la medicina y la farmacia en la búsqueda de la mejor solución posible, para las situaciones en la que un paciente se presenta en la farmacia con un síntoma menor y solicita asesoramiento para dicho problema. En este sentido, en este texto se presenta, de forma ordenada, clara y práctica protocolos que recogen los aportes y criterios consensuados, entre médicos y farmacéuticos, con el propósito de contribuir a la mejora continua de la actuación del farmacéutico en el manejo de síntomas banales, con énfasis en la definición de indicadores que señalan la necesidad de derivar el paciente al médico de atención primaria.

La actuación del farmacéutico, ante un paciente con síntomas o trastornos banales, que acude a la farmacia buscando la asesoría o el consejo de este profesional, se ha definido como **indicación farmacéutica**, la cual se concibe como el **acto profesional por el que el farmacéutico se responsabiliza de la selección de un medicamento que no necesita receta médica, con el objetivo de aliviar o resolver un problema de salud a instancias del paciente, o su derivación al médico cuando dicho problema necesite de su actuación**. En este contexto, los objetivos del farmacéutico son, en primer lugar valorar si el problema de salud por el que consulta el paciente es un síntoma o trastorno banal, en segundo lugar indicar al paciente la opción más adecuada para resolver su problema de salud, incluyendo la derivación al médico, la indicación de un medicamento sin receta médica o de medidas no farmacológicas. Por último, proporcionar la información necesaria al paciente y protegerlo frente a la posible aparición de resultados negativos asociados a la medicación detectando y corrigiendo sus causas prevenibles.

Previamente, Machuca y colaboradores<sup>1</sup>, desarrollaron una propuesta para alcanzar dichos objetivos, la cual se fundamenta en un proceso sistemático que consta de una breve entrevista con el paciente, mediante la cual el farmacéutico debe recoger información sobre el motivo por el que consulta el paciente. Los aspectos claves a conocer son; (1) **duración** del síntoma, (2) presencia de otros síntomas que indiquen la no-banalidad (**indicadores de alarma**), (3) presencia de **otros problemas de salud o medicamentos** para los que sea recomendable la valoración del médico.

En definitiva, con la entrevista al paciente, el farmacéutico puede identificar situaciones en las que se sospecha de la necesidad del diagnóstico médico, como puedan ser la duración prolongada de los síntomas, la existencia de síntomas no banales o, en definitiva, de problemas de salud que no se corresponden con síntomas menores. Con base a esta información, el farmacéutico debe intervenir, indicando un medicamento disponible para su dispensación sin receta médica y/o medidas no farmacológicas, o bien derivando al paciente al médico o a otros servicios farmacéuticos (seguimiento farmacoterapéutico, educación para la salud). Para una mayor visión del lector sobre la relación, función y procesos de este servicio con otros incluidos dentro del concepto de Atención Farmacéutica, se recomienda la lectura del texto **Atención Farmacéutica. Conceptos, procesos y casos prácticos**<sup>2</sup>.

En los casos en los que el farmacéutico considere que el síntoma menor requiere de un medicamento, la elección del principio activo debe estar basada en la mejor evidencia científica disponible, siendo preferible, en todo caso, la utilización de medicamentos con un solo fármaco. Por ello, adicional a la información sobre los síntomas menores, el cumplimiento de esta actividad por parte del farmacéutico, requiere de conocimientos actualizados sobre los principios activos disponibles sin receta, especialmente sobre su efectividad y seguridad en el tratamiento de los trastornos menores. Además, de la selección del medicamento más adecuado para el paciente, el farmacéutico debe proporcionar una **información mínima** sobre el objetivo del tratamiento, la pauta, la posología, la duración del mismo y qué hacer en caso de no-mejoría o empeoramiento.

Los **síntomas menores** que se presentan en este texto han sido seleccionados y desarrollados por **médicos de familia y farmacéuticos comunitarios**. Para la inclusión del síntoma, el criterio fundamental fue su **frecuencia de presentación como motivo de consulta en la farmacia comunitaria española**; mientras que su desarrollo, se fundamentó en una revisión

<sup>1</sup> Machuca M, Baena MI, Faus MJ. Guía de Indicación Farmacéutica IndDáder. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica: Universidad de Granada; 2005. ISBN:84-689-4985-X.

<sup>2</sup> Faus MJ, Amariles P, Martínez-Martínez F. Atención Farmacéutica. Conceptos, procesos y casos prácticos. Ediciones Ergón: Madrid; 2007. ISBN: 978-84-8473-609-7.



científica **de la información disponible del síntoma, la cual se complementó con los conocimientos y la experiencia práctica de los médicos de familia que participan como autores de este texto.** Por el proceso seguido, existe el convencimiento de que el presente texto es de alta **calidad técnica y científica, al igual que de amplia utilidad práctica.** En este sentido, para cada síntoma menor incluido, el protocolo elaborado reúne la información necesaria para realizar la indicación farmacéutica de forma eficaz, eficiente, segura y con calidad, agrupada en los siguientes apartados:

- **Concepto**, en el que se describe el síntoma menor, diferenciándolo de otros procesos no banales.
- **Causas más frecuentes**, incluyendo medicamentos que pueden causar el síntoma. En general, los medicamentos no son la causa más frecuente del síntoma menor; sin embargo, desde la perspectiva farmacéutica, este tipo de información resulta de gran utilidad práctica, incluso para otro tipo de servicios, caso del seguimiento farmacoterapéutico.
- **Criterios de derivación al médico**, donde se incluye el tiempo crítico de evolución del síntoma tras el cuál el farmacéutico puede sospechar se trata de un síntoma banal, al igual que la definición de otros síntomas o signos que, cuando los manifiesta o se reconocen en el paciente, señalan la necesidad de la valoración por parte del médico (**indicadores de alarma**).
- **Recomendaciones para el tratamiento**, donde se incluyen medidas de tipo no farmacológico y farmacológico. Se han seleccionado aquellos principios activos disponibles actualmente sin receta médica y con probada efectividad y seguridad en el tratamiento de cada síntoma según la evidencia disponible.

En el **apartado de medicamentos**, se han incluido los principios activos considerados más adecuados para el tratamiento del síntoma menor, los cuales se especifican en el respectivo protocolo. De cada fármaco, se ha sintetizado la evidencia disponible sobre sus indicaciones y dosis (autorizadas para comercializar sin receta médica), las desventajas de su uso (principales efectos adversos), las precauciones, incluyendo las interacciones de relevancia clínica, y la información para un uso correcto por el paciente. Finalmente se incluyen los medicamentos comercializados sin receta médica en España (información actualizada a abril del 2007), que contienen solamente dicho principio activo, organizados según su dosis y forma farmacéutica.

En definitiva, los autores deseamos que esta guía se convierta en una herramienta útil y práctica para cumplir con los objetivos de la indicación farmacéutica en cada síntoma incluido y, con ello, contribuir a obtener el mejor resultado en salud posible para el paciente, que es lo que debe orientar la actuación del profesional farmacéutico en este y otros servicios de Atención Farmacéutica.





El **Grupo de Fármacos de la semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria)** se complace en haber colaborado en la elaboración de esta Guía de Síntomas Menores como un paso importante para la coordinación de estos dos grupos de profesionales (de Farmacia y de Medicina) en aras de trabajar por un mejor nivel de cuidados de la población que atendemos.

En este sentido, valoramos el interés de la Guía en adecuar la utilización de fármacos por los propios usuarios para problemas inicialmente banales y de corta evolución, junto a una información técnica rigurosa de acuerdo a las características personales de ellos, más allá de la publicidad, tan accesible hoy en día.

Así mismo, queremos destacar la importancia del autocuidado y la necesidad de potenciar medidas no farmacológicas, a veces suficientes para estos síntomas menores y con frecuencia olvidadas buscando una solución rápida.

Nuestro trabajo en la consultas de Atención Primaria nos recuerda cada día el riesgo del uso inadecuado de los medicamentos, a veces origen de la propia demanda. Que un fármaco no precise receta no implica que este exento de efectos indeseables. En esta línea, nos posicionamos a favor del fármaco con un solo principio activo y recordamos que “medicamento no bien indicado, medicamento inapropiado”, por eficaz que sea.

Finalmente, consideramos que el encuentro de profesional y paciente reúne aspectos técnicos y humanos y, sólo con ambos, quedará bien hecha nuestra tarea.





---

*Protocolos de síntomas  
menores respiratorios*



## CONGESTIÓN NASAL

### 1. CONCEPTO

La obstrucción o taponamiento nasal es la sensación de dificultad al paso aéreo a través de las fosas nasales. Fundamentalmente, se produce por la vasodilatación de los vasos sanguíneos de la mucosa nasal. La congestión nasal es un síntoma que puede acompañar a patologías banales, como el resfriado, o a otras enfermedades de etiología muy diversa (alérgica, infecciosa, hormonal). Puede afectar a una o ambas fosas nasales. Por su parte, el término rinorrea hace referencia a la eliminación de mucosidad a través de las fosas nasales.

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE CONGESTIÓN NASAL

#### Unilateral

- Patología del tabique nasal (desviación del tabique). Es la causa más común en el adulto con obstrucción unilateral.
- Pólipos nasales.
- Cuerpo extraño nasal (suele ocurrir en niños y se presenta acompañado de rinorrea).
- Sinusitis aguda y crónica.

#### Bilateral

- Hipertrofia adenoidea (obstrucción persistente en niños).
- Rinitis infecciosas de tipo viral (catarro común). Es la causa más común de rinitis.
- Rinitis alérgica (suele ser estacional y acompañada de estornudos).
- Rinitis relacionada con alteración endocrina: Hipotiroidismo, embarazo, menopausia.
- Rinitis vasomotora. Se produce una hiperrespuesta nasal a desencadenantes no específicos, cómo cambios de temperatura, humedad, humo, tabaco o fuertes olores, que intensifican sus síntomas. Predomina la obstrucción y la rinorrea con secreción transparente.
- Rinitis atrófica. Se produce una atrofia progresiva de la mucosa nasal lo que condiciona la presencia de abundantes costras, obstrucción y mal olor.
- Rinitis secundaria a cocaína, alcohol o nicotina.
- Rinitis farmacológica o medicamentosa. Se origina principalmente por un uso inadecuado de descongestivos nasales. Aunque es menos común, hay otros medicamentos que pueden causar congestión nasal.
  - **Vasoconstrictores tópicos.** Estimulan los receptores alfa adrenérgicos, produciendo vasoconstricción y, por tanto, disminuyendo la hinchazón de la mucosa. Con el uso repetido o prolongado se produce una congestión de rebote que conduce al paciente a aumentar la dosis y frecuencia del uso del vasoconstrictor. El mecanismo responsable de la

congestión de rebote no está muy claro, pero parece que puede deberse a una desensibilización de los receptores adrenérgicos o a una disminución de la noradrenalina endógena por mecanismos de feed-back.

- Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINE): Ácido acetilsalicílico, ácido mefenámico, nimesulida.
- Antihipertensivos: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), bloqueantes beta, hidroclorotiazida, reserpina, amilorida, doxazosina, prazosina, hidralazina, metildopa, clonidina, guanetidina, fentolamina).
- Inhibidores de la 5- Fosfodiesterasa: Sildenafil, tadalafilo, vardenafilo.
- Antipsicóticos: Clorpromazina, risperidona, tioridazina.
- Clordiazepóxido-amitriptilina.
- Anticonceptivos orales.

### 3. PACIENTES CON CONGESTIÓN NASAL QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

Todos aquellos casos en los que se sospeche que no se corresponde con una rinitis asociada a un proceso catarral o una rinitis alérgica ya diagnosticada.

- Duración de la congestión nasal: La congestión nasal de más de una semana de duración.
- Indicadores de alarma (congestión nasal acompañada de):
  - Fiebre elevada (superior a 40,0<sup>º</sup> C) o con una duración de 48-72 horas (independientemente de su valor).
  - Adenopatías.
  - Exudado faríngeo o amigdalares.
  - Rinorrea purulenta y obstrucción nasal unilateral en niños.
  - Sangrado nasal (epistaxis).
  - Dolor de oídos u otitis.

### 4. RECOMENDACIONES PARA TRATAR LA CONGESTIÓN NASAL

#### Abordaje general de la congestión nasal

- Lavados con suero fisiológico.
- Si esto no fuera suficiente, para un cuadro autolimitado, se justifica el uso de **oximetazolina** nasal **sólo en adultos, durante el periodo mas breve de tiempo posible y nunca sobrepasando los 5 días**. Es importante que el farmacéutico evalúe la relación beneficio-riesgo en cada paciente debido a que este tipo de fármacos está altamente asociado con el desarrollo de rinitis medicamentosa.
- Rinitis asociada a catarro común.
  - Lavados nasales.



- Paracetamol.
- No está justificado el uso de antibióticos.
- Rinitis alérgica.
  - Evitar los alérgenos conocidos.
  - Antihistamínico oral, no sedante, de segunda generación (**loratadina, cetirizina**).
- Rinitis farmacológica.
  - La más frecuente es por el uso continuado de descongestionantes nasales.
  - Debe investigarse el motivo por el que el paciente necesitó los descongestionantes tópicos para efectuar tratamiento etiológico.
  - Si fue una infección autolimitada, basta con suspender el descongestionante.
- Rinitis vasomotora.
  - Evitar los factores desencadenantes en la medida de lo posible.
  - Los lavados nasales y los descongestionantes deben prohibirse.

---

### RECUERDE



- Antes de recomendar algún tratamiento, se debe identificar el posible origen de la congestión nasal.
- Recomendar la limpieza nasal con suero fisiológico, salvo en la rinitis vasomotora.
- Evitar la recomendación sistemática de los descongestionantes nasales.
- En los casos más leves, la hidratación y los analgésicos (en caso de rinitis asociada a catarro) serán una buena terapia.

## 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Ramey JT, Bailen E, Locke RF. Rhinitis Medicamentosa. J Investig Allergol Clin Immunol. 2006; 16: 148-55.
- Romero-Sánchez E, Martín-Mateos A, Mier-Morales M, Maqueda-Madróna T, Lahoz-Rallo B. Rinitis. Fisterra Guías Clínicas 2003; 3 (5). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/rinitis.asp>. [Día de acceso: 25-6-2007].

## SÍNDROME CATARRAL

### 1. CONCEPTO

El término “catarro” indica genéricamente inflamación de las vías respiratorias, habitualmente de origen infeccioso, que produce un aumento de la secreción nasal o bronquial. En la práctica, se utiliza para referirse al “resfriado común”, “rinofaringitis”, “infección respiratoria de vías superiores” e incluso “síndrome gripal”, A pesar de que generalmente, es un proceso benigno y autolimitado, representa el motivo de consulta más común en los países desarrollados. En este sentido, una persona sana puede padecer entre 4-5 resfriados de media al año.



- El catarro es un problema más frecuente en los niños pequeños y más prevalente al inicio del otoño y la primavera.
- La exposición al frío, la fatiga o la falta de sueño, diferente a lo que se suele creer, no se han relacionado con un aumento en la frecuencia de resfriados. Por el contrario el “estrés” si que parece que pueda favorecer la aparición de resfriados.

Sus manifestaciones más frecuentes son mucosidad nasal, estornudos y obstrucción nasal. Con frecuencia debuta con dolor de garganta y se puede acompañar de malestar general, cefalea, tos, fiebre o ronquera, que no suelen ser muy intensos. La duración de los síntomas suele ser una semana, aunque la tos puede persistir por más tiempo.

La presencia de dolores musculares y fatiga apunta hacia el *virus de la influenza*, mientras que la conjuntivitis hacia los *adenovirus* o *enterovirus* como agentes causales. La presencia de secreciones purulentas en las fosas nasales o en la faringe es común en el catarro y no indican sobreinfección bacteriana. En este sentido, las complicaciones o sobreinfecciones son infrecuentes, siendo los lactantes y los ancianos, al igual que los pacientes con asma, broncopatía crónica o inmunodeprimidos, los grupos de especial riesgo.

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DEL CATARRO O RESFRIADO

La mayoría de los catarros son causados por virus, principalmente el *rinovirus*, aunque pueden estar implicados los *adenovirus*, el *virus influenza*, el *parainfluenza* o el *virus sincitial respiratorio*.

- El rinovirus, principal causante del resfriado común, se desarrolla bien en las vías respiratorias altas pero mal en las vías bajas, lo cual explica la localización habitual de los síntomas.

El contagio se produce por contacto con las secreciones, por vía inhalatoria o a través de las manos y superficies que han sido expuestas a secreciones. El período de incubación es corto, de uno a dos días tras la exposición.

- Una mínima proporción de los catarros y resfriados comunes es causada por bacterias. Aunque actualmente no se dispone de medios rápidos para determinar el germen causal del resfriado, en la práctica tiene escasa utilidad, ya que el tratamiento inicialmente no varía independientemente de que sea por virus o por bacterias.
- Se han comunicado casos de fármacos que de forma anecdótica pueden causar un síndrome que puede confundirse con catarro, caso de la rifampicina y del alopurinol.

### 3. PACIENTES CON RESFRIADO QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

- Duración del resfriado: Catarro de más de una semana de duración.
- Indicadores de alarma:
  - Fiebre muy elevada (superior a 40,5°C) o con una duración de 48-72 horas (independientemente de su valor).
  - Presencia de mal estado general o acompañado de vómitos o dolor de cabeza muy intenso.
  - Existencia de marcados síntomas respiratorios, como dificultad para respirar (disnea) o ruidos en el pecho.
  - Dolor de localización muy precisa como dolor de oídos o gran dificultad para tragar.

### 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL RESFRIADO

#### Tratamiento no farmacológico

- En principio el tratamiento siempre debe ser sintomático (reposo, abrigarse e hidratarse) y es frecuente que no requiera ningún tratamiento farmacológico.
- Los caramelos sin azúcar o pastillas de chupar pueden aliviar las molestias de la garganta.

#### Prevención

- La medida más eficaz para evitar la transmisión es la descontaminación del ambiente cercano al paciente, el lavado de manos y la protección contra la inoculación.
- La utilidad de las vacunas contra ciertos serotipos de *rinovirus* es dudosa, por lo que no se recomienda su uso.

### Tratamiento farmacológico

- Los analgésicos, caso del **paracetamol**, y los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) por vía oral, caso del **ibuprofeno**, pueden ser útiles para aliviar los síntomas generales, como el dolor generalizado, la fiebre y el dolor de cabeza.
- En caso de que el paciente esté muy afectado por la rinorrea o los estornudos, se puede administrar un antihistamínico, caso de la **cetiricina** o **loratadina**, por vía oral durante unos pocos días.
- En el caso de que la obstrucción nasal sea un gran problema, se puede añadir un vasoconstrictor por vía nasal, se justifica el uso de **oximetazolina** nasal **sólo en adultos, durante el periodo mas breve de tiempo posible y nunca sobrepasando los 5 días**. Es importante que el farmacéutico evalúe la relación beneficio-riesgo en cada paciente debido a que este tipo de fármacos está altamente asociado con el desarrollo de rinitis medicamentosa.
- Los vasoconstrictores por vía oral, caso de la **pseudoefedrina**, se podrán utilizar pero teniendo en cuenta que está contraindicado en pacientes con hipertensión, cardiopatía o trastornos de ansiedad.
- En el caso de tos no productiva muy irritativa se puede recomendar un antitusivo, caso del **dextrometorfano**.
- La Vitamina C no ha demostrado que reduzca la duración o severidad de los síntomas del resfriado comparada con placebo.
- Los mucolíticos no están indicados en el catarro simple.
- Los antibióticos no están indicados en el catarro común, salvo en aquellos casos (menos del 2-3%) en los que se produce una focalización sintomática presumiblemente bacteriana, como otitis, sinusitis o neumonía, y siempre por prescripción médica.

---

### RECUERDE



- Los analgésicos, la hidratación y otras medidas sintomáticas son suficiente terapia para la mayoría de los casos.
- La mayoría de las personas reconocen cuando sufren un catarro común.
- Las complicaciones son infrecuentes, lo que motiva que el tratamiento inicial sea sintomático.
- En caso de ser necesario, la recomendación del uso de vasoconstrictores nasales debe ser por 3-5 días máximo.





### 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Arrol B. Common cold. Clin Evid. 2006; 15: 1–2. Disponible en [http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/rda/1510/1510\\_background.jsp](http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/rda/1510/1510_background.jsp) [Día de acceso:10-6-2007].
- Thomas A, Joseph P, Prabhakar R. “Flu” syndrome associated with other systemic manifestations with once a month rifampicin in the treatment of multibacillary leprosy. Indian J Lepr. 1993; 65: 219-24.
- Rosenbloom D, Gilbert R. Reversible flu-like syndrome, leukopenia, and thrombocytopenia induced by allopurinol. Drug Intell Clin Pharm. 1981; 15: 286-7.

## SÍNDROME GRIPAL

### 1. CONCEPTO

El término “síndrome gripal” engloba a un conjunto de procesos infecciosos agudos de las vías respiratorias de causa viral. El “síndrome gripal” cursa con fiebre, cefalea, dolor muscular generalizado y debilidad. El principal causante es el *Virus de la Influenza* en sus múltiples serotipos, cambiantes cada año.

La mayoría de los casos de gripe se presentan en el contexto de brotes epidémicos, que cada año aparecen a finales de otoño o principios de invierno, lo cual facilita su reconocimiento y tratamiento. También pueden aparecer casos esporádicamente a lo largo del año, de difícil diagnóstico, que pueden ser indistinguibles de otros procesos respiratorios agudos causados por múltiples virus u otros agentes, como el *Mycoplasma pneumoniae*. Igualmente, la faringitis estreptocócica y la neumonía bacteriana pueden manifestarse como una gripe.



La gripe es un proceso que ocasiona una importante morbilidad en la población general. En general, tiene un curso benigno, aunque en los pacientes de alto riesgo, sobre todo ancianos, se asocia a una elevada mortalidad por las posibles complicaciones pulmonares.

### Curso de la enfermedad:

- Se manifiesta como un proceso respiratorio de inicio brusco y clínica variable, que puede sugerir desde un síndrome catarral, un resfriado común a un proceso más grave. Lo más frecuente es la presencia de fiebre de inicio brusco, dolor de cabeza, dolores musculares, tos y dolor de garganta.
- La fiebre suele elevarse en las primeras 24 horas y descender progresivamente en dos o tres días, aunque puede llegar a durar hasta una semana.
- El dolor de cabeza suele afectar a la región frontal o ser generalizada.
- Los dolores musculares suelen afectar a las piernas y a la parte inferior de la espalda.
- Otros síntomas frecuentes son el dolor de garganta, la tos, que puede llegar a durar varias semanas, el dolor de ojos, el dolor en las articulaciones o la irritación de la conjuntiva.
- La astenia es frecuente tras la gripe, especialmente en los ancianos en los que puede prolongarse varias semanas.
- Con frecuencia el paciente puede referir dolor y ruidos en el pecho.



- La presencia de disnea, respiración acelerada o ruidos abundantes son indicadores de una gripe complicada y, por tanto, señalan la necesidad de derivar el paciente al médico.

### Complicaciones

- La principal es la neumonía, de origen vírico, bacteriano (sobretudo por *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* o *Haemophilus influenzae*) o mixto. Suele aparecer con más frecuencia en las personas de riesgo y su característica es la de una gripe con afectación pulmonar que en lugar de mejorar empeora con el paso de los días.
- Descompensación de procesos bronquiales crónicos y asma.
- Otitis y sinusitis.

## 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE SÍNDROME GRIPAL

El virus de la gripe constituye una familia que engloba a tres géneros distintos de virus, A, B y C. El responsable de la mayoría de casos en humanos es el *virus A*; el cual, a su vez se clasifica en subtipos según sus antígenos *H* y *N*. El virus sufre cada año cambios antigénicos que ocasionan la aparición de nuevas cepas, con la consiguiente epidemia.

El contagio se produce por los aerosoles procedentes de la tos y los estornudos, por contacto directo mano a mano o por contacto con superficies contaminadas. El periodo de incubación es de 1 a 4 días, el paciente infectado es capaz de contagiar a otros desde un día antes del inicio de los síntomas hasta 5 días después. La gripe afecta a las vías respiratorias altas y bajas, y es raro que se localice fuera de los pulmones.

Se han comunicado casos de fármacos que de forma anecdótica pueden causar un síndrome que puede confundirse con un síndrome gripal, caso de la rifampicina y del alopurinol.

## 3. PACIENTES CON SÍNDROME GRIPAL QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

- Duración de la gripe: Los signos y síntomas de una gripe no complicada usualmente se resuelven en una semana, excepto la tos y la fatiga que puede prolongarse. Por ello, todo paciente con una gripe superior a los 5-7 días debe derivarse al médico.
- Indicadores de alarma:
  - Fiebre prolongada (más de 72 horas).
  - Presencia de los siguientes síntomas: Dificultad para respirar, malestar general excesivo (más allá de las mialgias propias de la gripe), vómitos o alguna erupción en la piel.
  - Empeoramiento de los síntomas, posterior a una mejoría inicial.

- Identificación de una focalización primordial de los síntomas, sobretodo en las vías respiratorias bajas, como dolor torácico intenso, expectoración productiva, ruidos respiratorios o disnea.
- Pacientes con riesgo elevado de complicaciones: Asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca, enfermedad coronaria, insuficiencia renal, diabetes, inmunodeprimidos, lactantes y ancianos.

#### 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME GRIPAL

##### Tratamiento no farmacológico

- Reposo e hidratación adecuada.
- Cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo desechable cuando se tosa o se estornude.

##### Prevención

- Sin duda alguna la medida más eficaz para evitar las complicaciones de la enfermedad es la vacunación de los grupos de riesgo.

##### Tratamiento farmacológico

- Los analgésicos-antipiréticos, caso del **paracetamol**, y los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), caso del **ibuprofeno**, por vía oral pueden ser útiles para aliviar los síntomas generales, la fiebre, las mialgias y el dolor de cabeza. El ácido acetilsalicílico (AAS) se debe evitar en los menores de 18 años.
- Si el paciente está muy afectado por la rinorrea se puede administrar un **antihistamínico**, caso de la **cetirizina** o **loratadina**, por vía oral durante unos 3-5 días como máximo.
- En el caso de que la obstrucción nasal sea un gran problema, se puede añadir un vasoconstrictor por vía nasal; se justifica el uso de **oximetazolina** nasal **sólo en adultos, durante el periodo mas breve de tiempo posible y nunca sobrepasando los 5 días**. Es importante que el farmacéutico evalúe la relación beneficio-riesgo en cada paciente debido a que este tipo de fármacos está altamente asociado con el desarrollo de rinitis medicamentosa.
- Los vasoconstrictores por vía oral, caso de la **pseudoefedrina**, se podrán utilizar pero teniendo en cuenta que está contraindicado en pacientes con hipertensión, cardiopatía o trastornos de ansiedad.
- En caso de tos no productiva muy irritativa se puede recomendar un antitusivo, caso del **dextrometorfano** o la **codeína**.
- Los medicamentos antivirales específicos, sólo están indicados en situaciones de epidemia para aquellos pacientes de alto riesgo con sospecha clínica de gripe que, por cualquier motivo, no hubiesen recibido la vacuna antigripal. Su eficacia es limitada y su administración se debe iniciar siempre en las primeras 48 horas de la enfermedad.

# Síndrome gripal

## Síndrome gripal



- Los mucolíticos no están indicados en la gripe.
- Los antibióticos no están indicados en la gripe no complicada.

---

### RECUERDE



- La gripe es una enfermedad viral que amenaza sobre todo a los pacientes más vulnerables. Por ello, la vacunación de dicha población es la principal medida preventiva.
- En la mayoría de la población no supondrá una amenaza grave a su salud.
- Una vez se ha adquirido la infección, las medidas terapéuticas deben estar orientadas al alivio de los síntomas.
- En caso de ser necesario, la recomendación del uso de vasoconstrictores nasales debe ser por 3-5 días máximo.

### 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Jefferson T. Influenza. Clin Evid. 2006; 15: 1-4. Disponible en: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/ind/0911/0911.jsp> [día de acceso: 10-6-2007].

## TOS

### 1. CONCEPTO

La tos es un mecanismo fisiológico del organismo que busca limpiar las vías aéreas de secreciones y cuerpos extraños. Sin embargo, en ocasiones la tos es improductiva y se convierte en un proceso irritativo que puede llegar a ocasionar dolor torácico y abdominal, al igual que agotamiento y alteraciones en la calidad de vida del paciente.

La importancia y duración de la tos depende de la causa. En todo caso, la tos asociada a indicadores de alarma o aquella con una duración superior a tres semanas (período en el que la mayoría de los procesos infecciosos comunes de vías respiratorias suelen resolverse) es la que requiere de la valoración médica.

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE TOS

Las causas de tos son múltiples, desde la presencia de irritantes locales (productos inhalados o aspirados, incluyendo el humo del tabaco), secreciones, contenido gástrico a enfermedades pulmonares agudas, crónicas y serias como el cáncer. En definitiva, cualquier proceso o alteración que ocasione inflamación, constricción, infiltración o compresión de la vía respiratoria puede desencadenar el mecanismo de la tos.

- El resfriado común y la gripe son las causas más importantes de tos en la población general. La tos asociada a este tipo de infecciones suele resolverse espontáneamente en un tiempo inferior a las 3 semanas. En los procesos respiratorios agudos de causa vírica, la presencia de tos productiva con esputo purulento es común y, por tanto, no es indicador de sobreinfección bacteriana.
- Una tos con una duración superior a las 3 semanas (tos crónica) podría ser un indicador de infección y debe remitirse al paciente al médico. La causa más frecuente es la tos ferina, que puede llegar a durar meses, la tos es de tipo espasmódico, y es seguida frecuentemente de vómitos y del típico “gallo”. Otros gérmenes causantes de tos prolongada son *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycobacterium tuberculosis* y *avium*, *adenovirus*, virus “gripal” (*influenza*) y otros virus respiratorios causantes de la bronquitis aguda.
- La bronquitis crónica (tos y expectoración durante 3 meses continuos, durante dos años) por tabaquismo o por exposición a agentes tóxicos inhalados es la causa más común de tos en la población general. El evitar el contacto con el agente irritante es la medida terapéutica más importante.
- En adultos no fumadores, el asma, incluso sin sibilancias, es la causa más importante de tos crónica.

- El reflujo gastroesofágico, hasta en un 75% de los casos sin síntomas gástricos, es otra causa importante de tos crónica.
- Entre los medicamentos que pueden causar tos se destacan los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA).
  - La tos por IECA se caracteriza por ser seca y persistente y es un efecto de clase (común a todos los fármacos del grupo).
  - La incidencia de tos por IECA oscila entre el 5 al 35% en los pacientes que reciben tratamiento con estos fármacos.
  - La aparición del problema de seguridad puede ir desde unas pocas horas hasta 3 meses del inicio del tratamiento. El tratamiento consiste básicamente en la suspensión del tratamiento con el IECA, lo que puede tardar de 1-4 semanas, aunque en algunos casos puede permanecer hasta por 3 meses de haber suspendido el tratamiento.
- Otros grupos de fármacos relacionados en algunos casos con la aparición de tos: antagonistas de los receptores a AT1 de la angiotensina II (ARA-II), inhibidores de la bomba de protones, antirretrovirales, interferón, antagonistas del calcio, analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), mesalazina, clozapina, bloqueantes beta, fentanilo vía intravenosa y, en general, los medicamentos administrados por vía inhalatoria, caso del manitol, o los ácidos acético y cítrico, sustancias que se utilizan para causar tos de forma experimental.

### 3. PACIENTES CON TOS QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

- Duración de la tos: tos de más de 3 semanas (prolongada o crónica)
- Indicadores de alarma (tos acompañada de):
  - Dificultad respiratoria o disnea, ruidos en el pecho (sibilancias) o esputo con sangre.
  - Fiebre elevada (superior a 40,5° C), o con una duración superior a las 48-72 horas (independientemente de su valor).
  - Cuando la tos es en paroxismos y acompañada de vómitos o del típico “gallo”.

### 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA TOS

Como norma general la tos productiva en el contexto de un proceso infeccioso respiratorio no debe ser suprimida.

#### Tratamiento no farmacológico

- En principio su tratamiento siempre debe ser sintomático y es frecuente que no requiera ningún medicamento. Las medidas generales como la hidratación adecuada, la humidificación del ambiente, levantar la cabecera de la cama o el uso de caramelos sin azúcar o pastillas de chupar pueden aliviar la tos.

## Tratamiento farmacológico

- La tos irritativa de menos de tres semanas de duración se puede intentar aliviar con **antitusivos**, tales como la **codeína** o el **dextrometorfano**. Teniendo el cuidado de evitar su utilización en los casos de tos productiva o de moderada intensidad.
- En el caso de los adultos sin dificultad para deglutir, se debe preferir la utilización de formas farmacéuticas sólidas (comprimidos), debido a que las líquidas en este grupo de población podría favorecer la medicalización de un síntoma menor y dificultar su utilización en la rutina diaria. Por su parte, en los niños y en los adultos con limitaciones o dificultad para tragar se deben utilizar las formas farmacéuticas líquidas (jarabes, suspensiones).
- Los mucolíticos no están indicados en el tratamiento sintomático de la tos.
- Los preparados antitusivos con varios principios activos deben de ser evaluados cuidadosamente, debido a la presencia frecuente de fármacos que aumentan o favorecen la sequedad de las vías aéreas (como los antihistamínicos) o no indicados en el alivio de la tos (como los mucolíticos).
- La tos, en el contexto de un proceso infeccioso respiratorio agudo, no es sinónimo de indicación de antibiótico, incluso ante la presencia de esputo purulento.
- La tos crónica supone todo un reto y siempre debe ser estudiada por un médico. Algunos datos permiten orientar la posible causa etiológica:
  - Tos seca en los pacientes que toman IECA.
  - Mucosidad nasal en el goteo postnasal.
  - Acidez en el reflujo gastroesofágico.
  - Tos estacional en el asma.

---

### RECUERDE



- La tos prolongada requiere ser valorada por un médico.
- Antes de indicar un tratamiento se debe identificar el posible origen de la tos.
- Se debe evitar la indicación sistemática de antitusígenos.
- La tos en un contexto infeccioso no es sinónimo de tratamiento antitusivo.





## 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Dicipinigaitis PV. Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor-Induced Cough: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2006; 129; 169-173.
- Yeh CC, Wu CT, Huh BK, Lee MS, Lin SL, J Sheen M, et al. Premedication with intravenous low-dose ketamine suppresses fentanyl-induced cough. *J Clin Anesth.* 2007; 19: 53-6.
- Patterson RN, Johnston BT, Ardill JE, Heaney LG, McGarvey LP. Increased tachykinin levels in induced sputum from asthmatic and cough patients with acid reflux. *Thorax.* 2007; 62: 491-5.
- Koskela HO, Martens R, Brannan JD, Anderson SD, Leuppi J, Chan HK. Dissociation in the effect of nedocromil on mannitol-induced cough or bronchoconstriction in asthmatic subjects. *Respirology.* 2005; 10: 442-8.
- Schroeder K, Fahey. T. Systematic review of randomised controlled trials of over the counter coughs medicines for acute cough in adults. *BMJ* 2002; 324 (7333): 329-31. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/324/7333/329>. [Día de acceso: 10-6-2007].



---

*Protocolos de síntomas  
menores relacionados  
con dolor moderado*





## CEFALEA

### 1. CONCEPTO

El dolor de cabeza es una experiencia frecuente en la mayoría de las personas. Muchas veces se asocia a otros síntomas generales como la fiebre, molestias faríngeas u otros datos sugestivos de infección sistémica. Cuando el síntoma principal es el dolor de cabeza se habla principalmente de migraña y de cefalea de tensión. Aún así, se debe descartar que haya algún indicador de alarma que motive una derivación médica urgente.

- La **migraña** es un tipo de dolor de cabeza que suele afectar a un solo lado de la cabeza. El dolor suele ser pulsátil (como un latido), intenso o moderado, puede producir náuseas y vómitos y es recurrente. La luz y los ruidos suelen empeorarla. Suele durar entre 4 y 72 horas. En algunas personas, antes del dolor, aparecen síntomas, llamados aura, que preceden al dolor de cabeza. Afecta más a las mujeres y suele ser autolimitada, aunque cuando las crisis son frecuentes altera la calidad de vida del paciente.
- La **cefalea de tensión** es el tipo de dolor de cabeza más común, se describe como una opresión a ambos lados de la cabeza y, a veces, en la nuca y el cuello. Suele empeorar a medida que transcurre el día. El comienzo del dolor es, generalmente, lento y gradual, y suele ser de intensidad ligera o mediana (mas leve que la migraña).

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DOLOR DE CABEZA

**Migraña:** Puede desencadenarla cosas tan habituales como:

- Los cambios en el horario de dormir, la falta o el exceso de sueño, cansancio, la menstruación, los cambios atmosféricos, la ansiedad y otros estados de estrés, algunos alimentos, las bebidas alcohólicas, algunos medicamentos.

**Cefalea de Tensión.** Se asocia al cansancio, a la falta de sueño, a situaciones de ansiedad o estrés y al exceso de trabajo.

Algunos medicamentos, en especial los que causan una vasodilatación importante, caso de los nitratos (nitroglicerina, dinitrato de isosorbida...), antagonistas de los canales de calcio o hidralazina, pueden ocasionar cefalea al comienzo del tratamiento pero que desaparece con el uso continuado. También los anticonceptivos, la indometacina, los suplementos de vitamina A o los inhibidores de la bomba de protones se han asociado a la cefalea. Por otro lado, se ha descrito dolor de cabeza asociado a crisis hipertensivas inducidas por inhibidores de la mono-amina oxidasa tomados en combinación con agonistas simpáticos como efedrina, antidepressivos tricíclicos o comidas que contienen tiramina.

**Cefalea por abuso de analgésicos.** Cualquier tipo de dolor de cabeza (migraña, cefalea de tensión) puede empeorar o volverse crónica por el abuso de fármacos para la migraña y/o cefalea: AINE, derivados del ergot, opiodes y triptanes. Este problema se establece en los casos

en los que el paciente toma 4 veces o más a la semana analgésicos simples o dos veces a la semana si se trata de opiodes o ergóticos. El mecanismo por el que se produce la cefalea por abuso de analgésicos se cree que está relacionado con la transmisión serotoninérgica.

### 3. PACIENTES CON DOLOR DE CABEZA QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

Los síntomas del paciente pueden orientar la actuación del farmacéutico.

Síntomas	Posible(s) problema(s) de salud	Actuación
Fiebre, dolor corporal, síntomas catarrales, náuseas, vómitos o diarrea	<b>Catarro común, gripe, gastroenteritis viral</b>	TRATAMIENTO POR EL FARMACÉUTICO
Dolor de cabeza severo, rigidez de nuca y vómitos o visión borrosa	<b>Meningitis, hemorragia subaracnoidea</b>	URGENCIAS HOSPITALARIAS
Dolor tras un golpe reciente en la cabeza	<b>Hematoma cerebral o conmoción cerebral</b>	URGENCIAS HOSPITALARIAS
Perdida de fuerza, sensibilidad o movilidad en brazos, piernas o cara en paciente con hipertensión	<b>Ictus trombótico o hemorrágico</b>	URGENCIAS HOSPITALARIAS
Pesadez alrededor de los ojos con congestión y mucosidad nasal espesa y purulenta desde hace días	<b>Sinusitis</b>	MÉDICO DE FAMILIA
Dolor de cabeza que aparece después de leer, ver TV o trabajar con pantallas de ordenador	<b>Problemas de refracción oculares</b>	MÉDICO DE FAMILIA
Dolor que recuerda a un casco que le oprime toda la cabeza y se extiende hasta el cuello, o dolor que aparece después de trabajar durante horas o conducir un coche. Dolor que se relaciona con momentos de ansiedad y que después mejora espontáneamente	<b>Cefalea de Tensión</b>	TRATAMIENTO POR EL FARMACÉUTICO  Si se repite frecuentemente DERIVAR AL MÉDICO DE FAMILIA
Dolor intenso, afecta a un lado de la cara, a menudo asociado a náusea o vómitos. Dolor recurrente, antes del dolor el paciente ha presentado luces brillantes o manchas oscuras. Dolor que coincide con la menstruación o una situación estresante	<b>Migraña con o sin aura</b>	TRATAMIENTO POR EL FARMACÉUTICO Si no existe diagnóstico previo, le ocurre frecuentemente, usa medicación inapropiada o requiere triptanes (precisan receta médica) DERIVAR AL MÉDICO DE FAMILIA
Otras características no reconocibles	<b>Muchas opciones</b>	MÉDICO DE FAMILIA



## 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA CEFALEA

### Tratamiento no farmacológico

- Incluye aspectos de la **educación del paciente** acerca de su dolencia, sus mecanismos, orientaciones terapéuticas, y cambios en el estilo de vida (que persiguen la evitación de los desencadenantes de la migraña: patrón de sueño regular, horario de comida regular, práctica de ejercicio, evitación del máximo stress así como de la relajación excesiva, y evitación de los desencadenantes de tipo alimentario).
- **Reposo.** El paciente con cefalea se beneficia claramente del descanso, el sueño y el reposo. Asimismo, una vida ordenada en horarios y costumbres reduce la frecuencia de los episodios de dolor de cabeza.

### Tratamiento farmacológico

- **Paracetamol.** Se utiliza en la cefalea de tensión episódica no muy frecuente y en la migraña en niños. Evitar el uso en la migraña, ya que suele ser poco efectivo y facilita la evolución a la cefalea crónica.
- **Ibuprofeno.** En la cefalea de tensión responde a las dosis habituales. Por su parte, para tratar la migraña se requieren dosis más altas de las habituales.

---

### RECUERDE



- Los pacientes que consumen analgésicos de forma habitual para cefaleas deben ser valorados por el médico.
- Es posible identificar las distintas posibilidades de causas del dolor de cabeza y el procedimiento más adecuado a seguir.
- La mayoría de los episodios de cefalea leve pueden ser tratados con los analgésicos habituales.

## 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Morillo L. Migraine headache. Clin Evid 2006;15: 1–3. Disponible en: [http://www.clinicalevidence.com/cweb/conditions/nud/1208/1208\\_l1.jsp](http://www.clinicalevidence.com/cweb/conditions/nud/1208/1208_l1.jsp). [Día de acceso: 25-6-2007].
- International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition (ICHD-II)—revision of criteria for 8.2 Medication-overuse headache. Cephalalgia. 2005; 25: 460–465.
- Thomson F. Neurological disorders. En: Lee A. Adverse drug reactions. Pharmaceutical Press. 2001. pp 242-3.

## DOLOR DENTARIO

### 1. CONCEPTO

Es el dolor en o alrededor de una pieza dentaria. Suele ser el resultado de caries dentales o algunas veces de una infección. La caries dental a menudo es causada por una higiene dental deficiente, aunque la tendencia a desarrollarla es en parte hereditaria.

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DOLOR DENTARIO

El dolor dental está generalmente causado por la irritación o infección de la pulpa del diente, como consecuencia de una caries (es la causa más frecuente tanto en niños como en adultos) o de la caída de un empaste. Sin embargo, existe otra gran cantidad de causas de dolor dentario, siendo las principales:

- Enfermedad periodontal.
- Pericoronaritis del cordal (patología infecciosa que acompaña con frecuencia a la erupción del tercer molar).
- Fractura del esmalte.
- Hipersensibilidad dentinaria.
- Alveolitis seca (complicación postoperatoria tras la extracción dental donde existe inflamación del alveolo).
- Traumatismo dentario.
- Recambio dentario en niños.



En raras ocasiones, algunos problemas en la mandíbula, oídos o una sinusitis, se pueden sentir como dolor en los dientes. El dolor de una neuralgia del trigémino presenta unas características de intensidad del dolor y localización diferentes.

---

### Algunos medicamentos pueden causar:

- Caries (formulaciones orales líquidas que contienen azúcar y medicamentos con efectos anticolinérgicos que disminuyen la secreción salivar, como es el caso de antidepresivos, antipsicóticos, antihistamínicos, opiodes, benzodiacepinas, entre otros).
- Reflujo gastroesofágico, que puede llegar a causar erosión en los dientes.





- Erosión dental: Ácido acetil salicílico, beclometasona, fluticasona, terbutalina, salmeterol.
- Alteraciones en la sensibilidad dental: Peróxido de carbamida y de hidrógeno, utilizados en cremas blanqueadoras.

### **3. PACIENTES CON DOLOR DENTARIO QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO**

- En los casos de dolor dental, en especial con inflamación de cualquier magnitud o presencia de heridas, la actuación del farmacéutico debe centrarse en recomendar la visita al dentista para que determine la causa del dolor y el tratamiento específico.
- Duración del dolor dentario: Dolor de más de 48 horas.
- Indicadores de alarma:
  - Dolor fuerte o persistente.
  - Evidencia de hinchazón o de heridas bucales.
  - Fiebre.
  - Dolor de oído.
  - Dolor al abrir la boca mucho.

### **4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR DENTARIO**

#### **Tratamiento no farmacológico**

- Reducir el consumo (sobre todo la frecuencia) de bebidas y comidas azucaradas.
- Evitar las bebidas o alimentos muy fríos o calientes.
- Promover el agua y la leche como bebidas para los niños, evitando las colas y bebidas ácidas.
- Recomendar una adecuada higiene oral (cepillado de dientes después de cada comida y uso diario del hilo dental) y visitas anuales al dentista, incluidos los niños con dientes de leche.
- Evitar el uso de prótesis mientras persistan o existan heridas.

#### **Tratamiento farmacológico**

- En adultos y en niños se puede recomendar **paracetamol** o **ibuprofeno** para aliviar el dolor. Este tipo de recomendación se deber limitar a los casos de dolor simple dental (sin evidencia de inflamación o heridas).

---

## RECUERDE >>>>>

- En general, la actitud del farmacéutico, ante un paciente con dolor dentario debe ser recomendar la consulta al dentista.
  - La higiene bucal y la revisión periódica evita muchos de los episodios de dolor dentario.
  - Los analgésicos simples suelen ser suficientes en casos de dolor leve sin complicaciones.
  - La necesidad de utilización de antibiótico es una labor exclusiva del médico o dentista.
- 

## 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Tredwin CJ, Scully C, Bagan-Sebastian JV. Drug-induced Disorders of Teeth. J Dent Res. 2005; 84: 596-602.
- Diez MA, Arteagoitia I. Dolor odontológico, prevención y tratamiento. Farmacia profesional. 2004; 18: 38-42.
- González E, López A. Dolor dental. Caries. En: Espinás J. Guía de Actuación en Atención Primaria. 3ª ed. Barcelona: Ediciones semfyc; 2006. p 84-8.
- Jacobs J Dolores dentales. En: National Library of Medicine. Enciclopedia médica 2005 [actualizado el 8 de diciembre de 2005. Disponible en: <http://nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article003067.htm>. [Día de acceso: 6-02-2007].



## DOLOR DE ESPALDA

### 1. CONCEPTO

El dolor de espalda es uno de los problemas de salud más frecuente en la población, consiste en molestias en cualquier tramo de la columna vertebral que puede ir acompañado de limitación de la movilidad. Según la localización del dolor se habla de:

- **Dolor en la columna cervical ó cervicalgia:** el dolor se produce en la nuca y parte alta de la espalda.
- **Dolor dorsal o dorsalgia:** el dolor es referido en la mitad de la espalda.
- **Dolor lumbar o lumbalgia:** cuando el dolor se localiza en la parte más baja de la columna.

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DOLOR DE ESPALDA

**Cervicalgia.** Entre las principales causas que producen dolor cervical está la tensión de los músculos del cuello por una postura forzada, por un esfuerzo, o por tensión nerviosa, un traumatismo, un accidente de tráfico u otras enfermedades osteo-articulares. Suele ser autolimitado y mejorar en días o semanas.

**Dorsalgia.** Es un segmento con menor movilidad y, por tanto, con menor incidencia de patología mecánica. El dolor puede deberse a malas posturas mantenidas, pero también puede ser la proyección de alteraciones en otros órganos intra-torácicos o intra-abdominales. La tensión nerviosa también puede ocasionarlo.

**Lumbalgia.** El 90% de los casos se debe a sobrecarga funcional ó a alteraciones estructurales o degenerativas de la columna lumbar (discartrosis, escoliosis, espondilolisis, entre otros). El 10% restante, mucho menos frecuente, puede deberse a enfermedades inflamatorias, infecciosas o tumorales, o bien tratarse de un dolor referido. La lumbalgia aguda es autolimitada y suele resolverse totalmente en unas 6 semanas aunque entre un 2 y un 7% de los pacientes desarrollan dolor crónico.

Algunos medicamentos pueden causar dolor muscular, como son:

- La retirada de la toma de corticoides puede ocasionar mialgia. Se ha comunicado casos tras interrumpir la toma de prednisona 10 mg/día, al menos durante 30 días.
- Otros medicamentos que se han relacionado con la aparición de mialgias o miopatías son: amiodarona, carbimazol, ciclosporina, cimetidina, colchicina, corticoides, danazol, diuréticos, fibratos, ácido nicotínico, opiodes, penicilamina, quinina, cloroquina, quinolonas, estatinas, vincristina, zidovudina y los taxanos.

- Especial vigilancia se debe tener con la aparición de dolor muscular o debilidad en pacientes tratados con fibratos y estatinas por riesgo de rabdomiolisis.

La utilización de suxametonio, relajante muscular de uso hospitalario, se ha asociado a la aparición de dolor muscular postoperatorio. El dolor puede prolongarse durante 2 o 3 días tras la intervención y afecta normalmente a la espalda, cuello y hombros.

### **3. PACIENTES CON DOLOR DE ESPALDA QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO**

En cualquiera de los tres casos hay una serie de síntomas ante los que es conveniente derivar al médico:

- Duración del dolor: Dolor que no mejora tras 2-3 semanas.
- Indicadores de alarma:
  - Dolor producido por un traumatismo violento.
  - Dolor muy intenso o que no mejora tras 2-3 semanas.
  - Dolor que despierta por las noches ó no mejora con el reposo.
  - Dolor que se irradia hacia los miembros.
  - Existencia de síntomas acompañantes tales como fiebre, astenia, sudoración, pérdida de peso.
  - Aparición de pérdida de fuerza o de sensibilidad en alguno de los miembros ó trastornos de esfínteres.

### **4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR DE ESPALDA**

#### **Medidas no farmacológicas**

- Es aconsejable hacer vida normal, evitando aquellos movimientos o situaciones que producen dolor.
- El reposo total no es aconsejable más allá de 1-2 días.
- El ejercicio mejora el dolor y la funcionalidad comparado con otros tratamientos conservadores.
- Evitar cargar pesos.
- El calor local y un masaje suave pueden mejorar los síntomas.

#### **Medidas preventivas:**

- Dormir en un colchón firme, ni muy duro ni muy blando. La almohada debe ser cómoda.
- En la cama, la postura adecuada para prevenir el dolor lumbar es boca arriba con un cojín debajo las rodillas ó de lado. Es mejor evitar dormir boca abajo.



- Realizar ejercicios de estiramiento por las mañanas.
- Recomendar normas de higiene postural.

## Medidas farmacológicas

- Si el dolor es intenso puede tomar **paracetamol** o **ibuprofeno**, por cortos períodos de tiempo (2-3 días).

---

### RECUERDE



- El dolor de espalda es una patología que afecta prácticamente a toda la población en algún momento de la vida.
- Derivar al médico los pacientes con indicadores de alarma o con un dolor que no mejora tras 2-3 semanas.
- Recomendar normas de higiene postural y medidas preventivas a la población.

---

## 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Van Tulder M, Koes B. Low back pain. Clin Evid 2006; 15: 1-3. Disponible en: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/msd/1116/1116.jsp> [Día de acceso: 25-6-2007].
- Binder A. Neck pain. Clin Evid 2006;15:1-3. Disponible en: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/msd/1103/1103.jsp> [Día de acceso: 25-6-2007].
- Young P. Musculoskeletal Disorders. En: Lee A. Adverse drug reaction. Pharmaceutical Press. 2001. pp158-9.

## DOLOR DE GARGANTA

### 1. CONCEPTO

Es una molestia, dolor o picazón en la garganta, con frecuencia acompañado de dolor al deglutir. Por lo general es leve y suele ir asociado a dolor de cabeza, fiebre y malestar general. Sin tratamiento, los síntomas de dolor de garganta suelen desaparecer en un periodo de 3 días a una semana. Sin embargo, en ocasiones puede conllevar a otras complicaciones, tales como la otitis media o sinusitis aguda.

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DOLOR DE GARGANTA

El dolor de garganta es una afección común motivada por diversas y variadas circunstancias:

#### Agudas

- La gran mayoría de los dolores de garganta (80-90%) son causados por infecciones virales comunes, relacionadas o no con los síntomas previos al desarrollo de un catarro o bien en el contexto de infecciones de los senos paranasales.
- Virus específicos que causan faringitis:
  - *Virus Coxsackie* (Herpangina).
  - *Gingivitis herpética* (primoinfección).
  - Mononucleosis infecciosa: Produce una secreción purulenta amigdalor y múltiples adenopatías.
- *Streptococos beta-hemolíticos del grupo A* (faringitis estreptocócica): Es la causa bacteriana más común de dolor de garganta. Esta infección suele presentarse con fiebre (superior a 38,3° C), con placas blancas purulentas en la garganta y adenopatías. La faringitis estreptocócica es menos probable si el dolor de la garganta es parte de un resfriado común.

#### Crónicas

- Respiración bucal (desviación tabique nasal, rinitis alérgica).
- Faringitis crónica atrófica.
- En pacientes de mayor edad por baja ingesta de líquido y atrofia glandular.
- Algunas enfermedades, como el reflujo gastroesofágico pueden causar irritación faríngea, al igual que algunas sustancias irritantes, como el tabaco.



Se ha asociado la aparición de dolor de garganta con la toma de corticoides inhalados. Asimismo los antihistamínicos, diuréticos, antidepresivos y antiparkinsonianos pueden provocar sequedad de garganta y disfonía.

### 3. PACIENTES CON DOLOR DE GARGANTA QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

- Duración del dolor de garganta: Dolor de garganta de más de una semana de evolución.
- Indicadores de alarma (dolor de garganta acompañado de):
  - Dificultad para deglutir con características severas o dificultad para respirar. El absceso periamigdalino es la complicación más grave de una faringo-amigdalitis aguda.
  - Babeo excesivo en un niño pequeño.
  - Fiebre de 38,3° C o mayor.
  - Ganglios linfáticos inflamados o sensibles en el cuello.
  - Exudado faríngeo o amigdalár.
  - Pacientes con enfermedades crónicas (historia de fiebre reumática, pacientes inmunodeprimidos, HIV positivo, pacientes en quimioterapia, diabéticos).

### 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR DE GARGANTA

#### Medidas no farmacológicas.

- Evitar los irritantes faríngeos (tabaco, líquidos muy calientes o fríos, alimentos ásperos, etc.).
- Ingesta abundante de líquidos (en especial en niños).
- Caramelos sin azúcar, salvo en los niños por el riesgo de atragantamiento.
- Lavar con frecuencia las manos, cubrir la boca al toser o estornudar para evitar el contagio. Evitar frotarse los ojos.
- Los vahos y vaporizaciones (humidificador) pueden aliviar o prevenir algunas irritaciones de la garganta causadas por la respiración de aire seco con la boca abierta.

#### Medidas farmacológicas.

- **Paracetamol.** A las dosis recomendadas alivian el dolor de la garganta.
- **Ibuprofeno.** Si el alivio con paracetamol es insuficiente.
- **Clorhexidina estomatológica** (colutorios y comprimidos de disolución oral.)
- En todos los casos, la decisión de tomar un antibiótico debe ser tomada por el médico.

# Dolor de garganta

## Dolor de garganta

---

### RECUERDE ►►►►►

- La mayoría de las causas de dolor de garganta son de origen viral.
- Los pacientes con fiebre elevada, adenopatías, exudado faríngeo o amígdalas se deben derivar al médico.
- En los casos más leves, la hidratación y los analgésicos pueden ser una buena terapia.

### 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Buhl R. Local oropharyngeal side effects of inhaled corticosteroids in patients with asthma. *Allergy*. 2006; 61: 518–26.
- Kenealy T. Sore throat. *Clin Evid* 2006; 15: 12. Disponible en: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/rda/1509/1509.jsp> [Día de acceso: 10-6-2007].
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Acute pharyngitis. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2005 May.





## DOLOR MENSTRUAL

### 1. CONCEPTO

El dolor menstrual o dismenorrea consiste en un dolor pélvico o abdominal bajo, que puede irradiar hacia espalda y muslos, que se inicia unas horas antes o al inicio del sangrado menstrual. En la mayoría de los casos es de carácter leve. La dismenorrea comúnmente se divide en dismenorrea primaria (dolor sin causa orgánica) y dismenorrea secundaria (dolor asociado a enfermedades subyacentes como endometriosis). En general, las características diferenciales de ambas podría resumirse en:

#### **Dismenorrea primaria**

- No se evidencia patología orgánica.
- Es común en mujeres jóvenes entre los 14 y los 25 años.
- Se inicia unas horas antes ó al inicio del sangrado menstrual y dura entre 8 y 72 horas.
- Suele mejorar con la edad, con la toma de anovulatorios y tras los embarazos.
- Se puede acompañar de síntomas generales, tales como náuseas, vómitos, cefalea, mareo, entre otros.

#### **Dismenorrea secundaria**

- Tiene una causa orgánica.
- Suele tener un inicio más tardío y empeora progresivamente.
- El dolor suele durar todos los días de la menstruación e incluso entre reglas.
- No suele mejorar con los anovulatorios.



La dismenorrea primaria es muy común y hasta en un 20% de los casos puede ser tan intensa, como para interferir en la actividad diaria de las mujeres. Es mas frecuente en mujeres fumadoras y en aquellas con una menarquia temprana o una menstruación de más larga duración.

## 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DISMENORREA

Se acepta como causa de dismenorrea primaria el aumento de las prostaglandinas F2-alfa y E2 secretadas por el endometrio, mientras que son causas habituales de dismenorrea secundaria la endometriosis, adenomiosis, estenosis cervical, enfermedad pélvica inflamatoria, anomalías uterinas, tumores, entre otros.

## 3. PACIENTES CON DISMENORREA QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

- Duración de la dismenorrea: La dismenorrea primaria es una afección crónica recurrente. Se considera una duración excesiva cuando el dolor es de más de 3 días de evolución, durante todos los días de la menstruación o entre reglas.
- Indicadores de alarma:
  - Dismenorreas primarias con síntomas muy intensos e incapacitantes.
  - En todos aquellos casos cuyas características clínicas hagan sospechar que se trata de una dismenorrea secundaria.
  - Dolor en las relaciones sexuales.

## 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA

Abordaje general de la dismenorrea primaria.

### Medidas no farmacológicas

- Informar de la benignidad y el buen pronóstico del cuadro y desmitificar tabúes en relación a la menstruación.
- Una manta o paños calientes (39<sup>o</sup> C) en el bajo vientre pueden mejorar los síntomas.
- Buscar una postura cómoda por ejemplo tumbada de lado con las piernas dobladas.
- Realizar ejercicio suave como pasear es mejor que el reposo prolongado.

### Medidas farmacológicas

- Como tratamiento farmacológico se recomiendan **ibuprofeno** no sobrepasando la dosis de 1200 mg. Como segunda opción se podrá utilizar **naproxeno** no sobrepasando los 600 mg diarios.
- El tratamiento debe iniciarse cuando empiezan los síntomas o al comenzar la menstruación.



---

**RECUERDE**    ► ► ► ► ►

- Antes de recomendar algún tratamiento, descartar una dismenorrea secundaria en cuyo caso hay que derivar al médico.
- Recomendar las medidas no farmacológicas.
- Iniciar el tratamiento al empezar los síntomas.

---

**5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA**

- Proctor M. Farquhar C.M. Dysmenorrhoea. Clin Evid 2006; 15: 1-3. Disponible en <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/woh/0813/0813.jsp> [Día de acceso: 10-6-2007].



---

*Protocolos de síntomas  
menores digestivos*





## ACIDEZ O PIROSIS

### 1. CONCEPTO

La acidez o pirosis es una sensación de ardor o quemazón en la zona retroesternal, que asciende desde el hueco epigástrico hacia la boca, acompañado a veces de regurgitación con sabor ácido y ardiente o amargo. Los síntomas pueden aparecer ocasionalmente en personas sanas y se convierten en un problema de salud cuando son frecuentes.

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ACIDEZ DE ESTOMAGO

La acidez de estómago se produce por un cierre inadecuado del esfínter esofágico inferior, que ocasiona el ascenso del ácido del estómago hacia el esófago, con irritación de este último. Puede ocurrir fundamentalmente por tres motivos:

- **Enfermedad por reflujo gastroesofágico:** Por incompetencia del propio esfínter esofágico inferior.
- **Hernia de hiato:** Parte del estómago escapa a través de la pared muscular que separa el abdomen del tórax (diafragma). Puede originar también acidez de estómago, aunque no en todos los pacientes.
- **Medicamentos:** Un grupo numeroso de fármacos puede desencadenar la irritación gastroesofágica.
  - Ácido acetilsalicílico y otros AINE. Todos los AINE tienen descritas reacciones adversas gastrointestinales desde irritación o acidez hasta úlcera por la inhibición de la enzima ciclo-oxigenasa. Los problemas gástricos también se producen cuando se administran vía parenteral o rectal. El ibuprofeno seguido del diclofenaco es el que parece tener menor riesgo asociado a toxicidad gástrica, en una posición intermedia se sitúa el AAS y naproxeno, y con un mayor riesgo asociado el piroxicam, ketoprofeno y ketorolaco.
  - Diazepam, alprazolam, anticonceptivos orales y alendronato por producir la relajación del esfínter esofágico inferior.
  - Corticoides, antagonistas de los canales de calcio, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, clopidogrel, suplementos de hierro, digoxina, teofilina, eritromicina, tetraciclinas y potasio también se ha relacionado con toxicidad gástrica.

### 3. PACIENTES CON ACIDEZ QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

- Frecuencia de los síntomas: Los que tienen acidez con una frecuencia de más de dos veces por semana.
- Indicadores de alarma (acidez acompañada de):

- Dificultad para tragar (saliva o alimentos).
- Vómitos oscuros o con sangre.
- Deposiciones sanguinolentas o de color negro.
- Ronquera, afonía, tos, garganta seca, sensación de que “le falta el aire” o pitidos en el pecho.
- Dolor que se dirige hacia el cuello u hombro.
- Sudoración cuando siente las molestias.
- Pérdida de peso o del apetito sin otra causa explicable.
- Toma de antiinflamatorios (ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, etc.) u otros fármacos que producen acidez como efecto adverso.
- Mujeres embarazadas.

#### 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ACIDEZ

##### Tratamiento no farmacológico

- Evitar el sobrepeso.
- Evitar comidas copiosas, sino más frecuentes y menos abundantes.
- Intentar comer dos o tres horas antes de acostarse.
- Identificar y evitar alimentos que le producen síntomas. De modo general, empeoran la acidez de estómago los siguientes:
  - Café, té y bebidas con cafeína, bebidas gaseosas y alcohol.
  - Comidas con alto contenido en grasas o muy condimentadas.
  - Chocolate y menta.
  - Productos derivados del tomate y cítricos.
- En los casos en que los ardores empeoran durante la noche, se debe elevar la cabecera de la cama (10-20 cm.), utilizando tacos de madera en las patas de la cama o cojines bajo el colchón.
- Evitar la ropa ajustada y los cinturones apretados.
- Evitar o dejar de fumar. El tabaco empeora la acidez de estómago.
- Evitar el ejercicio físico intenso, si empeora la acidez.

##### Tratamiento farmacológico

- Para los síntomas ocasionales y leves puede recomendarse un antiácido (**almagato, magaldrato**) que suelen proveer un alivio rápido a corto plazo.
- Es importante señalar que la **famotidina y otros anti H2** puede enmascarar los síntomas del paciente ocasionado retrasos en el diagnóstico, por lo que se desaconseja su recomendación.





- Informar de que el consumo de ácido acetilsalicílico, ibuprofeno y resto de antiinflamatorios no esteroideos puede empeorar la acidez de estómago. Si se trata de procesos agudos (dolor, fiebre), el paracetamol es una buena alternativa.
- Desaconsejar el uso de bicarbonato para combatir la acidez y la automedicación si hay síntomas frecuentes.

---

### RECUERDE >>>>>

- La acidez es un síntoma frecuente, en la mayoría de los casos leve y transitorio.
- La repetición de los síntomas y su intensidad deben motivar la consulta médica.
- Las medidas no farmacológicas son muy útiles en el manejo de la acidez.
- Los antiácidos de acción rápida son la medida farmacológica de primera elección.
- Se debe evitar el uso de famotidina u otros antiH2 en pacientes con dispepsia no diagnosticada o valorada por un médico, debido a que se puede enmascarar los síntomas del paciente y ocasionar el retraso del diagnóstico médico.

---

## 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre dispepsia. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada.
- Hersh EV, Moore PA, Ross GL. Over-the-counter analgesics and antipyretics: a critical assessment. Clin Ther. 2000; 22: 500-48.
- Lee A, Morris J. Gastrointestinal disorders. En: Adverse drug reactions. Pharmaceutical Press. 2001. pp 52-60.
- Mascort J, Carrillo R. Pirosis .Hernia de hiato y reflujo gastroesofágico. En: Espinás J. Guía de Actuación en Atención Primaria. 3ª ed. Barcelona: Ediciones semfyc; 2006. p 264-8.

# Diarrea aguda

## Diarrea aguda

### DIARREA AGUDA

#### 1. CONCEPTO

Consiste en el cambio de las deposiciones intestinales con heces más blandas y frecuentes de lo habitual (para algunos tres o más deposiciones al día). La diarrea aguda suele ser un cuadro autolimitado que dura de uno a tres días. Se considera crónica cuando su duración es superior a las cuatro semanas y la causa más frecuente es el síndrome del intestino irritable. La diarrea aguda frecuentemente se asocia a otros síntomas como vómitos, dolor abdominal tipo "retortijón", molestias en región anal, urgencia en evacuar y/o incontinencia fecal o fiebre.

La complicación más frecuente de la diarrea aguda es la deshidratación y el fallo renal, especialmente en ancianos.

#### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DIARREA

- **Gastroenteritis infecciosa:** Las más frecuentes y, generalmente más leves, son las víricas, pero también pueden ser ocasionadas por bacterias (*Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella*, *Escherichia coli*, *Yersinia*, *Vibrio colérico*, entre otros) o parásitos (*Giardia lamblia*, *Entameba histolytica*, entre otros). En niños, la principal causa es vírica y en la mayoría de los casos por *Rotavirus*.
- **Intoxicación alimentaria:** Generalmente por la contaminación de tipo infeccioso del agua o de los alimentos, pero también puede ocurrir por intolerancia a alguno de sus elementos como la lactosa.
- **Patología digestiva:** Aunque enfermedades del tubo digestivo (síndromes de malabsorción, enfermedades inflamatorias intestinales, enfermedad celiaca, entre otras) suelen cursar con diarrea crónica, en algunos casos pueden ocasionar diarrea aguda, como en el caso de colon irritable, la diverticulitis o la impactación fecal ("pseudo-diarrea").
- **Patologías a otro nivel:** Cuadros como el hipertiroidismo o el síndrome carcinoide, pueden cursar con diarrea, pero ésta suele ser de tipo crónico.
- **Toma de medicamentos:** Medicamentos de uso frecuente como antibióticos, digoxina, acarbose, metformina, teofilina o aminofilina, misoprostol, sales de hierro, orlistat, colchicina y antiinflamatorios producen diarrea con cierta frecuencia. Los laxantes y antiácidos que contienen magnesio también pueden producirla con relativa frecuencia.

#### 3. PACIENTES CON DIARREA QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

- Duración de la diarrea: Diarrea de más de cuatro semanas (diarrea crónica).
- Indicadores de alarma (diarrea acompañada de):



- Fiebre superior a 38,5° C (38° C en niños pequeños).
- Heces contienen sangre, mucosidad, pus o son de color negro.
- Dolor abdominal que no mejora con la deposición.
- Síntomas o signos de deshidratación: Boca y lengua secas, somnolencia, disminución de la diuresis, entre otros.
- Presentación en varias personas del mismo cuadro y que hayan tomado alimentos comunes.
- Viaje reciente a un país extranjero.
- Sospecha ante la utilización de un medicamento.
- Persistencia del cuadro, tras 3-4 días siguiendo las normas adecuadas (más de 2 días en caso de niños y antes si es un bebe) o antes si existe empeoramiento.

#### **4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA**

##### **Tratamiento no farmacológico:**

- Medidas higiénicas generales: Para evitar un posible contagio, es necesario que todos los convivientes se laven con frecuencia las manos con agua y jabón (especialmente tras ir al baño y antes de las comidas) y se evite que los niños se lleven objetos a la boca.
- Ingesta de líquidos: La reposición de líquidos es lo más importante del manejo agudo del paciente con diarrea. Para evitar la deshidratación, se debe realizar una ingesta de abundantes líquidos (3 litros al día) siendo preferible tomarlo en pequeñas cantidades de forma frecuente. Se deben evitar las bebidas frías, las alcohólicas, el café, los refrescos y el agua con gas. La leche también puede prolongar la diarrea (diferente a lo que sucede con el yogurt).
  - Solución de rehidratación oral hipo-sódicas: Un sobre disuelto en 1 litro de agua mineral o hervida.
  - Limonada alcalina: A 1 litro de agua (mineral o hervida) se le adiciona el zumo de 2-3 limones, media cucharilla de sal, media cucharilla de bicarbonato y 2-4 cucharadas de azúcar.
- Ingesta de alimentos. Es aconsejable no tomar alimentos sólidos hasta que las deposiciones sean menos de 3-4 al día, realizándose una reintroducción gradual en la que se debe comenzar con pequeñas cantidades alimentos astringentes (sopa de arroz, puré de zanahorias, pescado blanco hervido o a la plancha, carne de ave sin piel cocida o a la planta, manzana asada (evitar la fruta cruda y las verduras).
- Vómitos. En caso de presencia de vómitos, debe esperarse 30-60 minutos y probar tolerancia con pequeños sorbos de agua azucarada.

# Diarrea aguda

*Diarrea aguda*

## Tratamiento farmacológico:

- Antipiréticos: **Paracetamol** a las dosis habituales.
- Los antibióticos, espasmolíticos, antieméticos o antidiarreicos se deben utilizar sólo en los casos en los que existe una prescripción médica.
- Los derivados opiáceos como difenoxilato y loperamida están contraindicados en diarreas infecciosas.

---

### RECUERDE ►►►►►

- La gastroenteritis infecciosa afecta a la mayoría de la población a lo largo de la vida, siendo más frecuente en las edades infantiles.
- Las medidas no farmacológicas son la base del tratamiento en aquellos casos no complicados.
- El uso de medicamentos antiespasmódicos debe ser supervisado por un médico, debido al riesgo de aumentar las complicaciones.

## 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Bruyn G. Diarrhoea in adults (acute). Clin Evid 2006; 15: 1–3. Disponible en: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/ind/0901/0901.jsp>. [Día de acceso: 25-06-07]
- Cano Martínez S. Diarrea crónica. Guías Clínicas 2002; 2 (1). Disponible en: <http://www.fis-terra.com/guias2/diarrea.asp>. [Día de acceso: 25-06-07].
- Dalby-Payne J, Elliott E. Gastroenteritis in children. Disponible en: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/chd/0314/0314.jsp>. [Día de acceso: 25-6-07].
- Lee. A. Gastrointestinal disorders. En: Adverse drug reactions. Pharmaceutical Press. 2001. pp 63.



## ESTREÑIMIENTO

### 1. CONCEPTO

De forma general, el estreñimiento se asume como una alteración en el hábito intestinal. Por su parte, el hábito intestinal se considera como una función corporal que incluye la frecuencia con la que se defeca, la consistencia de las heces, el esfuerzo al defecar, la satisfacción con la evacuación y el tamaño de las heces, y que está influenciada por factores culturales, psicológicos y dietéticos. Los hábitos intestinales y su percepción varían de una persona a otra, por lo que resulta difícil definir con precisión al estreñimiento. Por ello, en el caso del estreñimiento crónico, se han desarrollado una serie de acuerdos sobre los criterios para el diagnóstico de este problema de salud, siendo el más reciente el Consenso de Roma III; en el que se establece que para el diagnóstico del estreñimiento crónico se requiere de la presencia de dos o más de los siguientes parámetros clínicos en los últimos 3 meses con aparición de los síntomas en los 6 meses previos al diagnóstico:

- Menos de 3 deposiciones a la semana.
- Esfuerzo para defecar en más del 25% de las defecaciones.
- Sensación de evacuación incompleta en más del 25% de las defecaciones.
- Emisión de heces apelmazadas o duras en más del 25% de las defecaciones.
- Sensación de bloqueo anorectal en más del 25% de las defecaciones.
- Maniobras manuales para facilitar la evacuación (evacuación digital o sostén del suelo pélvico) en más del 25% de las defecaciones. El suelo pélvico consiste en un grupo de músculos limitados por las nalgas, los muslos y la pelvis que proporcionan el sostén a toda la parte baja del abdomen.
- Adicionalmente, se establece que, sin el uso de laxantes, no debe haber (o debe ser muy rara) presencia de heces sueltas; y que no deben haber criterios suficientes para el diagnóstico del síndrome del intestino irritable.



La mayoría de las personas sufren algún episodio de estreñimiento en algún momento de su vida (especialmente las personas de edad avanzada y las embarazadas). Se habla de estreñimiento crónico cuando presenta el cuadro durante un periodo superior a los 6-12 meses.

## 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ESTREÑIMIENTO

Las causas de estreñimiento son muy variadas y van desde enfermedades sistémicas hasta inadecuados hábitos de vida. En este sentido, el estreñimiento secundario puede ser debido a una serie de condiciones médicas y psiquiátricas (ver tabla) o uso de algunos medicamentos.

**Tabla. Causas de estreñimiento secundario a condiciones médicas o psiquiátricas**

Tipo de causa de estreñimiento	Formas
<b>Hábitos y estilos de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beber escasa cantidad de líquidos</li> <li>• Comer alimentos con poca fibra</li> <li>• Realizar poca actividad física</li> </ul>
<b>Enfermedades del tubo digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tracto digestivo alto: Úlcera gastroduodenal, cáncer de estómago o enfermedad celíaca</li> <li>• Intestino grueso: Tumores, enfermedad inflamatoria intestinal, hemorroides, fisuras abscesos perianales, etc.</li> </ul>
<b>Enfermedades endocrinas y metabólicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Hipotiroidismo</li> <li>• Hiperparatiroidismo</li> <li>• Feocromocitoma</li> <li>• Hipercalcemia</li> <li>• Hipopotasemia</li> <li>• Hipomagnesemia</li> <li>• Porfiria</li> <li>• Uremia</li> <li>• Deshidratación</li> </ul>
<b>Enfermedades neurológicas y psiquiátricas</b> <b>Enfermedades neurológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad de Parkinson</li> <li>• Demencia</li> <li>• Neuropatía autonómica</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular y paraplejia</li> <li>• Esclerosis múltiple</li> <li>• Enfermedad o lesión de la médula espinal</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Depresión</li> </ul>
<b>Uso frecuente de laxantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los laxantes pueden producir atonía del colon secundario a la estimulación previa, lo que genera estreñimiento de rebote y que induce al paciente a reincidir en la utilización de laxantes</li> </ul>
<b>Condiciones miopáticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amiloidosis</li> <li>• Distrofia miotónica</li> <li>• Esclerodermia</li> </ul>
<b>Anormalidades estructurales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisuras anales, hemorroides</li> <li>• Constricción colónica</li> <li>• Enfermedad inflamatoria intestinal</li> <li>• Prolapso rectal o rectocele</li> </ul>
<b>Otros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome del intestino irritable</li> <li>• Embarazo</li> </ul>



Entre los medicamentos más relacionados con la aparición de estreñimiento están: Antiácidos y sucralfato (compuestos de aluminio), fármacos con efectos anticolinérgicos (antidepresivos, antihistamínicos, antipsicóticos, etc.), opiáceos, antagonistas del calcio, clonidina, diuréticos, sales de hierro, levodopa, AINE, clozapina y vincristina.

### 3. PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

- Duración del estreñimiento: Más de una semana sin realizar deposición.
- Indicadores de alarma:
  - Si ocurre en lactantes, niños o embarazadas.
  - Si es de inicio brusco o sufre modificaciones significativas en su evolución.
  - Si se asocia a pérdida de peso injustificada.
  - Si las heces se acompañan de sangre o son de color negro.
  - Si también presenta dolor abdominal intenso, vómitos y/o fiebre.
  - Si se relaciona con la toma de fármacos que puedan ocasionarlo.
  - Si persiste pese a las recomendaciones hechas.

### 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE EL ESTREÑIMIENTO

#### Tratamiento no farmacológico

- **Ingerir una dieta rica en fibra.** Una dieta debe contener una cantidad de fibra comprendida entre 20 y 30 gramos (mínimo de 2-3 piezas de fruta y 3-5 porciones de verdura al día). La dieta rica en fibra, favorece la disminución del tiempo de tránsito colónico y el aumento del volumen de las heces. Por ello, es recomendable consumir verduras, frutas (ciruelas y kiwis son los que más efecto laxante tienen, pero pueden utilizarse cualquiera), cereales (arroz, pan,... y preferiblemente de tipo integral) y legumbres.
- **Beber abundante líquido.** Se aconseja un mínimo (si no existe restricciones hídricas, como en pacientes con insuficiencia renal o cardiaca, o cirrosis) de 2 litros al día en forma de agua, zumos de frutas o caldos de verduras. Se aconseja que una parte importante se tome en ayunas o antes de las comidas.
- **Hacer ejercicio físico de forma regular.** Puede ser suficiente caminar 30-60 minutos diarios, u otro tipo de actividad aeróbica (nadar, correr, montar bicicleta, etc).
- **Educación del intestino.** Intentar ir al baño siempre a la misma hora, dándose tiempo suficiente para evacuar (esperar 15-20 minutos excepto si tiene hemorroides). Acudir al baño siempre que se sientan deseos de defecar.

## Tratamiento farmacológico

- **Laxantes de volumen (salvado de avena, plantago ovata, metilcelulosa):** Están encaminados a aumentar el agua y volumen a las heces. Se debe comenzar con dosis pequeñas disueltas en agua o zumos de frutas tomados de forma diaria y aumentos progresivos hasta conseguir el efecto deseado.
- **Evitar el uso continuo o crónico de laxantes.**
- A la fecha no se dispone de evidencia de calidad sobre la efectividad de laxantes estimulantes, como bisacodilo o sen, laxantes lubricantes como parafina o aceites minerales y supositorios de glicerina.

---

### RECUERDE ►►►►►

- El estreñimiento aislado suele ser autolimitado. Por su parte, el crónico va unido a hábitos de vida o a enfermedades que, generalmente, requieren de la valoración del médico.
- El uso de laxantes debe acompañarse de modificaciones en los hábitos dietéticos, físicos y de defecación.
- El uso de laxantes se debe limitar en todos los pacientes.

## 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Frizelle F, Barclay M. Constipation in adults. Clin Evid 2006; 15: 1-2. Disponible en: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/dsd/0413/0413.jsp>. [Día de acceso: 25-06-07].
- Longsterth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. Gastroenterology. 2006; 130: 1480-91.
- Lembo A, Camillero M. Chronic Constipation. N Engl J Med. 2003; 349: 1360-8.
- Hsieh C. Treatment of constipation in older adults. Am Fam Physician. 2005; 72: 2277-84.
- Pizarro-López M, Rancaño-García I. Estreñimiento. Fisterra Guías Clínicas 2001; 1 (56). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/estreñimiento.asp>. [Día de acceso: 25-6-07].
- Lee A, Morris J. Gastrointestinal disorders. En: Adverse drug reactions. Pharmaceutical Press. 2001. pp. 67-8.





## VÓMITOS

### 1. CONCEPTO

Es la expulsión brusca del contenido gástrico por la boca. Suelen estar precedidos por náuseas y molestias abdominales.

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE VÓMITOS

Las causas son muy numerosas, pero de manera muy esquemática se pueden agrupar en:

- Problemas digestivos: Dispepsia, úlcera péptica, apendicitis, colecistitis, coledocitis, hepatitis, pancreatitis, etc.
- Infecciones: Gastroenteritis, otitis media, rinofaringitis, sinusitis, etc.
- Enfermedades psiquiátricas: Ansiedad, depresión, anorexia nerviosa, bulimia, etc.
- Alteraciones endocrino y/o metabólicas: Cetoacidosis diabética, enfermedad tiroidea, etc.
- Situaciones fisiológicas: Embarazo. Aproximadamente la mitad de las mujeres embarazadas sufren náuseas y vómitos. Suelen aparecer en la semana 4 de gestación y en la mayoría de las mujeres han desaparecido en la semana 16.
- Procesos neurológicos: Tumores, enfermedades del laberinto, ictus, migraña etc.
- Medicamentos: Los vómitos son potenciales efectos secundarios de muchos medicamentos, pero más frecuentemente son causados por **citotóxicos, levodopa y opiodes**. Por otra parte, medicamentos como la bromocriptina, los ergóticos, las sales de hierro, los suplementos de potasio, los estrógenos a altas dosis, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los corticoides orales, los diuréticos del ASA (furosemida), los IECA, los agonistas beta dos, los AINE, al igual que antibióticos, como los macrólidos (especialmente eritromicina) y penicilinas, se han relacionado con la aparición de náuseas y vómitos. Para algunos medicamentos como **digoxina, teofilina o aminofilina**, las náuseas y vómitos pueden ser un indicador de toxicidad. Adicionalmente, al inicio del tratamiento con insulina es probable que aparezca náuseas.



Los vómitos y diarrea asociados a infecciones víricas como gastroenteritis agudas son los más frecuentes

En los niños, los vómitos pueden deberse a otros problemas de salud como catarros, otitis o faringitis. Además, hay que tener mayores precauciones con ellos (sobre todo con los lactantes) por el mayor riesgo de deshidratación, especialmente si los vómitos se acompañan de diarrea.

### 3. PACIENTES CON VÓMITOS QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

#### ADULTOS:

- Duración de los vómitos: Si persisten los vómitos tras 24 horas (especialmente en pacientes diabéticos).
- Indicadores de alarma:
  - Si hay sangre en el vómito o las heces.
  - Si el vómito tiene aspecto de café molido.
  - Si un adulto no ha tolerado ningún líquido tras las primeras 12 horas.
  - Si presenta dolor abdominal intenso o persistente.
  - Si tiene dolor de cabeza, en el cuello o le aparecen manchas en el cuerpo.
  - Si los vómitos se producen tras un golpe en la cabeza.
  - Si se relacionan los vómitos con un efecto secundario de algún fármaco, o se sospecha la toma de algún producto tóxico o medicamento de manera accidental.
  - Si se confirma sospecha de embarazo.

#### EN NIÑOS:

- Duración de los vómitos: si persisten los vómitos tras 6-12 horas (niños hasta 2 años), 12-24 horas (niños mayores de 2 años).
- Indicadores de alarma:
  - Si presenta fiebre con más de 38º C.
  - Si está muy decaído, irritable o cuesta despertarlo.
  - Si no quiere beber.
  - Si tiene menos de 3 meses y vomita las tomas.
  - Si tiene la boca seca, llora sin lágrimas y orina poco.
  - Si vomita todos los líquidos a pesar de dárselos a pequeños sorbos.

### 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LOS VÓMITOS

#### Tratamiento no farmacológico

- Informar de que los vómitos duran habitualmente poco tiempo y desaparecen sin tratamiento.
- **Reposo digestivo inicial** con introducción progresiva de líquidos de rehidratación oral (suero salino hipotónico) en pequeñas cantidades y sin forzar la ingesta. Incrementar las cantidades progresivamente e ir introduciendo alimentos (dieta suave con zumos naturales, sopa, alimentos hervidos, evitando comidas grasas o con mucha azúcar). Posterior a las 24 horas sin vómitos, ir introduciendo una dieta normal.
- Si se repiten los vómitos, esperar dos o tres horas para reiniciar la ingesta. En los niños, tratar de rehidratar a partir de los 30 minutos con pequeñas cantidades de líquido (1-2 cucharaditas cada 10-15 minutos).



- En lactantes no se aconseja interrumpir las tomas, sino reducir la cantidad dando un solo pecho durante 5-10 minutos, pero cada 2 horas. Si a las 6-8 horas no vomita, iniciar la lactancia normal.
- Se debe realizar el lavado de manos (sobre todo dedos y uñas) de niños y adultos, para evitar nuevos contagios.
- Evitar el contacto de niños sanos con enfermos mientras duren los vómitos.
- En el caso de pacientes con diabetes, se debe aconsejar un estricto control de la glucemia.
- En mujeres sin fiebre, si puede existir sospecha de gestación, proponer un test de embarazo.

### Tratamiento farmacológico

- En general, los medicamentos para el control de los vómitos no suelen ser necesarios, pueden llegar a ser nocivos y deben ser indicados por el médico.
- Si aparece fiebre puede recomendarse paracetamol.

---

#### RECUERDE



- Los vómitos se asocian a multitud de situaciones patológicas. En la mayoría de las ocasiones se relacionan con una gastroenteritis aguda.
- Es conveniente repasar las causas potencialmente graves para derivar el paciente al médico de forma temprana.
- El alivio de los síntomas en los casos no complicados se realizará mediante el abordaje no farmacológico.

---

## 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Lee A, Morris J. Gastrointestinal disorders. En: Adverse drug reactions. Pharmaceutical Press.2001. pp. 51-2.
- Festin M. Nausea and vomiting in early pregnancy. Clin Evid 2006; 15: 1-2. Disponible en: <http://www.clinicalevidence.com/cweb/conditions/pac/1405/1405.jsp> [Día de acceso: 25-6-07].
- Bytzer P, Hallas J. Drug-induced symptoms of functional dyspepsia and nausea. A symmetry analysis of one million prescriptions. Aliment Pharmacol Ther. 2000; 14: 1479-84.
- Daza P, Pérez I. Náuseas y vómitos. En: Espinás J. Guía de Actuación en Atención Primaria. 3ª ed. Barcelona: Ediciones semfyc; 2006. p259-63.
- Courtney W. Enciclopedia médica: Náuseas y vómito. En: National Library of Medicine. 2005. Disponible en <http://nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article003067.htm> [actualizado el 27 de octubre de 2005; acceso: 6-02-2007].



---

*Protocolos de síntomas  
menores dermatológicos  
y de la mucosa oral*





## ACNÉ

### 1. CONCEPTO

Es una enfermedad cutánea crónica del folículo pilosebáceo, de etiología multifactorial y carácter autolimitado. La excesiva producción de sebo por las glándulas sebáceas, sumada a la descamación de las células epiteliales de las paredes del folículo, obstruye el folículo pilosebáceo. Es un proceso dermatológico muy frecuente y aparece principalmente en la adolescencia (13-19 años), aunque, en una pequeña proporción y especialmente en mujeres, persiste después de los 25 años.

Se caracteriza por componentes no inflamatorios (seborrea, comedones cerrados y abiertos, debidos a la oxidación de la melanina y el material sebáceo) y/o, inflamatorios (pápulas, pústulas, nódulos y quistes). El acné vulgar suele estar constituido por varios de estos componentes, dando lugar a un cuadro polimorfo. Las lesiones de carácter inflamatorio aparecen como una respuesta inmune asociada al *Propionibacterium acnes*.

Afecta principalmente a las zonas de la piel con mayor densidad de glándulas sebáceas, como la cara (frente y mejillas), el tórax y la espalda. Desde la perspectiva de su complicación, el acné se puede agrupar en 4 categorías, tal como se presenta en la siguiente tabla.

Clasificación del acné	
Grado I*	Comedones
Grado II*	Comedones, pápulas y pústulas superficiales
Grado III	Pápulas y pústulas profundas, algún nódulo
Grado IV	Nódulos y quistes

\* El 70 % de los casos de acné se ubican en los grados I y II.

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ACNÉ

Aunque no se conoce con precisión el desencadenante, existen una serie de factores implicados en su desarrollo en mayor o menor grado:

- **Factores hormonales.** Son los desencadenantes más importantes del acné en la pubertad. Los andrógenos estimulan la actividad de las glándulas pilosebáceas, aumentando la secreción seboreica.
- **Aumento de la producción y composición del sebo.** Condición imprescindible para que se desarrolle el acné.
- **Hiperqueratinización del conducto piloso.** Provocada por la irritación producida por los lípidos del sebo sobre las células de los canalículos. El canal se obstruye por el tapón de queratina y da lugar a la retención del sebo formándose así el comedón.
- **Factor microbiano por la aparición de *Propionibacterium acnes*.** No se trata de una enfermedad infecciosa, sino que es el principal inductor de una respuesta inmune.
- **Acné inducido.** Puede estar inducido por factores no fisiológicos. Entre estos, hay muchos **medicamentos** que pueden contribuir al desarrollo del acné, (en estos casos, además de tratar el acné, se debe considerar retirar el medicamento):
  - Glucocorticoides tópicos o sistémicos, y rara vez corticoesteroides inhalados (acné esteroideo). Está relacionado con foliculitis causada por el hongo *Pityrosporum ovale*, y puede responder a antifúngicos. En el caso de la administración tópica, después de varias semanas o meses de aplicación puede aparecer acné, rosácea y dermatitis perioral. La afección aparece únicamente en las zonas de aplicación del glucocorticoide y desaparecen al suprimir el medicamento.Otros fármacos: hormona adrenocorticotropa o corticotropina (ACTH); esteroides anabólicos (EAA); danazol medicamentos halógenos (yoduros, bromuros) por vía oral o inhalada; antituberculosos (isoniazida); litio; antiepilépticos (fenitoína, fenobarbital) y anticonceptivos orales.

En pacientes con acné, estos medicamentos pueden empeorar las lesiones existentes.



También otros factores externos pueden inducir acné, tales como:

- Cosméticos.
- Exposición solar.
- Terapia PUVA.
- Radiación ionizante.
- Factores ocupacionales, por exposición a cloro (cloracné), aceites industriales y alquitrán.



### 3. PACIENTES CON ACNÉ QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

Las erupciones acneiformes, tales como la rosácea, dermatitis perioral, folliculitis bacteriana (por Gram negativos), folliculitis mecánica, acné esteroideo y erupciones acneiformes inducidas por medicamentos (bromo, yodo, litio, entre otros) se parecen mucho al acné común, sin embargo las primeras se distinguen del acné, porque:

- No tienen comedones y no suelen tener quistes.
- Tienen apariencia uniforme (todos en la misma fase de desarrollo, monomorfos).
- Pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo.
- Aparecen en edades no frecuentes.
- Duración del acné: No hay evidencia clara de una duración específica para el tratamiento del acné. Sin embargo, la experiencia clínica sugiere que, en la mayoría de los pacientes, es necesario un periodo mínimo de 6 a 12 semanas antes de notar mejoría.
- Indicadores de alarma:
  - Variantes severas del acné: Cuando es evidente una reacción inflamatoria de las lesiones (grado II). En lesiones dolorosas y grandes El acné nódulo-quístico, que podría beneficiarse del tratamiento con isotretinoína oral.
  - Acné que cause problemas sociales o psicológicos, incluido trastornos dismorfofóbicos.
  - Acné moderado que no mejora con tratamiento tópico y sistémico, en un periodo de unos 4-6 meses.
  - Otros problemas de salud: Sospecha de proceso endocrinológico como causa de acné. En mujeres que refieren alteraciones menstruales (oligomenorrea) y otros posibles datos de androgenización, deben descartarse alteraciones hormonales. El hirsutismo y la pubertad precoz son signos de niveles altos de andrógenos. Otras posibles causas de niveles altos de andrógenos: Ovario poliquístico, tumor adrenal, tumor ovárico, tumor pituitario.
  - Sospecha de acné causado por medicamentos.

### 4. RECOMENDACIONES PARA TRATAR EL ACNÉ

#### Tratamiento no farmacológico

- Evitar manipular las lesiones.
- Intentar eliminar mitos y conceptos erróneos sobre el acné, como:
  - Se trata de una lesión benigna.
  - Relación con el chocolate y alimentos grasos. Si bien, algunas personas refieren empeoramiento con algún alimento (suprimirlo) o la falta de higiene.

- Relación con la pobre o excesiva higiene. En general, el acné no se ha relacionado con la higiene, aunque realizar lavados diarios con jabón normal (o algunos preparados especiales) puede ser beneficioso.
- Procurar evitar el uso de cosméticos, especialmente de base grasa. Hay algunos especiales (oil free), para uso ocasional y cobertura de las lesiones estéticamente más molestas, pero se deben lavar y retirar por la noche.
- Es recomendable hacer ejercicio al aire y al sol.
- Evitar cabello y prendas que rocen la cara en las regiones de más riesgo.
- Controlar la frecuencia de afeitado o valorar el cambio de máquina eléctrica o cuchilla, en los varones. Parece que el afeitado empeora el acné.

## Tratamiento farmacológico

**Actualmente, de todos los medicamentos para tratar el acné que se exponen a continuación, sólo el peróxido de benzoilo está autorizado sin receta médica.**

- Acné de grado I o II: El tratamiento local es normalmente suficiente para controlarlo.
- Acné de predominio comedoniano (no inflamatorio) suelen manejarse preparados queratolíticos y para el pustuloso (lesiones inflamatorias) antibióticos tópicos u orales según la gravedad.
- El tratamiento con **retinoides tópicos** es de elección (**ácido retinoico 0,025 y 0,5%**) por su importante efecto comedolítico y queratolítico. Siempre tras lavado y secado completo de la piel, preferiblemente a la noche, debido a la alta probabilidad de aparición de reacciones de fotosensibilidad. Además, pueden producir eritema y sequedad de la piel.
- El **peróxido de benzoilo** 2,5%, 5% o 10%, ha demostrado su eficacia cualquiera que sea la severidad del acné. Cuando se usa combinado con el ácido retinoico, ambos son más eficaces pues limitan la aparición de resistencias bacterianas (iniciar el tratamiento a dosis bajas y alternando días, y administrar por separado a lo largo del día, mañana peróxido de benzoilo y ácido retinoico noche).
- El **adapaleno**, produce efecto similar a los retinoides (efecto comedolítico y antiinflamatorio), es de aplicación nocturna, parece ser que irrita menos pero es más caro.
- En el grado II pueden añadirse a los retinoides otros preparados tópicos que incorporan antibióticos (**eritromicina o clindamicina**).



- Es esencial seguir las instrucciones para la correcta aplicación de estos productos.
- Informar de que la respuesta al tratamiento es lenta, recomendar constancia (la maduración de un comedón viene a durar 8 semanas, luego la terapia debe durar como mínimo 2-3 meses).
- Los retinoides, el adapaleno y el peróxido de benzoilo están contraindicados en el embarazo y en mujeres en edad fértil que no utilicen un método anticonceptivo.
- El peróxido de benzoilo, al hacer contacto, produce decoloración del cabello y de la ropa.
- Estos medicamentos pueden ser irritantes al principio o después de unas semanas. Por ello, es recomendable iniciar con una dosis baja y, para retirar el medicamento, lavarse unas 4-6 horas después.

## RECUERDE



- Evitar manipular las lesiones.
- Asegurar que se ha comprendido el tratamiento.
- Desmitificar el tema de relación con los alimentos y la falta de higiene.
- Evitar los maquillajes y, si se usan, preferir los específicos sin grasa.
- Evitar la utilización de tratamientos tópicos sin supervisión.

## 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Purdy S, DeBerker D. Acne vulgaris. BMJ Clinical Evidence. Disponible en: <http://www.clinicalevidence.com/cweb/conditions/skd/1714/1714.jsp>. [Día de acceso: 15-07-2007].
- Brown SK, Shalita AR. Acne vulgaris. Lancet. 1998; 351: 1871-6.
- Finnish Medical Society Duodecim. Acne. In: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine [CD-ROM]. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd.; 2007.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Acne management. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2006 May. 33 p.

- Magin P, Pond D, Smith W, Watson A. A systematic review of the evidence for 'myths and misconceptions' in acne management: diet, face-washing and sunlight. *Fam Pract.* 2005; 22: 62-70.
- Melnik B, Jansen T, Grabbe S. Abuse of anabolic-androgenic steroids and bodybuilding acne: an underestimated health problem. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2007; 5: 110-7.
- Ellsworth A, Smith R.E. Dermotherapy and drug induced skin disorders In: Koda-Kimble MA, Young LY, Kradjan WA, Guglielmo BJ, editors. *Applied therapeutics: the clinical use of drugs.* 8th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 38.1-38.11.
- Humbert P. Induced acne. *Rev Prat.* 2002; 52: 838-40.
- Seaton TL. Acne. In Koda-Kimble MA, Young LY, Kradjan WA, Guglielmo BJ, editors. *Applied therapeutics: The clinical use of drugs.* 8th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 39.1-39.12

## AFTAS O ÚLCERAS BUCALES

### 1. CONCEPTO

Corresponden a úlceras de la mucosa oral. Según el tamaño las úlceras pueden ser mayores (diámetro superior al centímetro) o menores (diámetro menor a 1 centímetro). Generalmente, las mayores son profundas y dolorosas, se localizan preferentemente en labios y paladar blando, pueden tardar hasta un mes en curarse y es recomendable que sean valoradas por un médico. Por su parte, las menores (pequeñas) son úlceras poco profundas y dolorosas; se conocen popularmente como “llagas”; aparecen habitualmente en la parte interna de labios y mejillas, base de las encías o debajo de la lengua. Pueden ser de color blanco o amarillento, a veces con el borde enrojecido.



En algunos casos, las aftas bucales pueden ser recurrentes, repitiéndose de 2 a 4 veces al año. Adicionalmente, las úlceras bucales se pueden considerar como agudas (hasta seis semanas de duración) o crónicas (más de seis semanas). Las úlceras crónicas pueden ser indoloras y deben ser siempre valoradas por un médico.

Uno de cada diez pacientes con aftas, presenta aftas de carácter grave.

---

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE LAS AFTAS BUCALES

Las causas de aftas bucales no se conocen con certeza; sin embargo, se han mencionado numerosas causas y factores asociados a la aparición de dichas alteraciones. Entre las causas sobresalen los traumatismos repetitivos de la mucosa oral (incluyendo, en personas susceptibles, por el cepillo de dientes), alteraciones inmunológicas, infecciones (VIH / SIDA, herpes simplex tipo 1, citomegalovirus, tuberculosis, sífilis), déficit nutricionales (déficit de hierro, zinc, ácido fólico y vitaminas del complejo B), enfermedades auto-inmunes (lupus eritematoso sistémico) y neoplasias. Además, se han relacionado con factores como el estrés, la historia familiar (genética) y la menstruación, entre otros. El papel que pueda jugar el tabaquismo en la aparición de las aftas bucales es controvertido.

# Aftas o úlceras bucales

## Aftas o úlceras bucales



El trauma, principalmente mecánico o accidental, es una causa frecuente de aftas bucales. En este sentido, problemas como una oclusión dental, el cepillado dental, quemaduras, alimentos con borde cortante e incluso medicamentos con propiedades tóxicas locales, como el ácido acetilsalicílico (AAS) pueden producir este tipo de problema.

---

En determinadas ocasiones las aftas recurrentes pueden estar asociadas a problemas de salud que requieren de la valoración médica para su identificación y tratamiento, como pueden ser:

- **Gastrointestinales:** Enfermedad celíaca (enteropatía por hipersensibilidad al gluten) y la enfermedad de Crohn.
- **Cutáneos:** Pénfigo, penfigoide, liquen plano, entre otros.
- **Hematológicos:** Anemia, neutropenia, agranulocitosis y los síndromes mieloproliferativos, entre otros.
- **Alergias:** A componentes de alimentos o de productos dentales (de contacto).



En algunos casos se ha relacionado la aparición de aftas recurrentes con la radioterapia y con la utilización de algunos medicamentos, como nicorandil (vasodilatador coronario), antineoplásicos (doxorubicina, mercaptopurina y bleomicina, entre otros), fenobarbital, primidona, fenitoína, penicilamina, metotrexato, ciclosporina, sales de oro, bloqueantes beta, captopril, verapamilo, diltiazem, analgésicos opioides AINE (indometacina, ibuprofeno, piroxicam), y antibióticos de amplio espectro, entre otros.

---

### 3. PACIENTES CON AFTAS BUCALES QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

- Duración y frecuencia del afta bucal: Si duran más de dos semanas o se tienen más de 3 episodios al año.
- Indicadores de alarma:
  - Cuando las aftas son grandes (mayores de un centímetro de diámetro).
  - Si son tan dolorosas que no permiten comer.

- Si se asocian a fiebre, diarrea, dolor de cabeza, erupciones en la piel, masas en el cuello o en la ingle, movilidad dentaria sin explicación, obstrucción nasal.
- Se sospecha relación con la utilización de algún medicamento.

#### 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS AFTAS BUCALES

##### Tratamiento no farmacológico

Informar de que las aftas bucales no son contagiosas y desaparecen normalmente sin tratamiento en **una o dos semanas**, aunque algunas medidas pueden ayudar a una recuperación más rápida y a evitar complicaciones. En este sentido se debe aconsejar al paciente sobre la importancia de:

- Evitar alimentos calientes o muy condimentados.
- Mantener una adecuada higiene oral (cepillado de dientes después de cada comida y utilización diaria del hilo dental), en especial mientras duren las aftas para evitar sobreinfecciones.
- Utilizar un cepillo de dientes suave y de tamaño adecuado para evitar golpes.
- Visitar al dentista una vez al año, como norma general.

##### Tratamiento farmacológico

- Enjuagues bucales: Tras el cepillado de dientes, realizar enjuagues bucales de agua con sal o **clorhexidina** sin alcohol. La clorhexidina puede reducir la severidad y el dolor de la ulceración.
- Para aliviar el dolor puede recomendarse:
  - La aplicación sobre la úlcera de una solución de **agua oxigenada** rebajada a la mitad con agua.
  - Si no cumple criterios para remitir al médico y el paciente refiere dolor a pesar de las medidas anteriores, puede recomendarse **paracetamol**.

---

#### RECUERDE >>>>>

- Las aftas bucales son ulceraciones muy dolorosas que no suelen tener complicaciones asociadas ni durar más de dos semanas.
- En otros casos, las aftas bucales pueden ser producidas por una amplia variedad de alteraciones sistémicas que requieren de la identificación y tratamiento por el médico.
- El tratamiento local con antisépticos bucales y analgésicos, junto a medidas dietéticas ayudan a sobrellevar este problema de salud.

## 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Porter S; Scully C. Oral health. Aphthous ulcers (recurrent). BMJ Clinical Evidence. IN: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/orh/1303/1303.jsp>. [Día de acceso: 25-6-2007].
- Toche P P, Salinas L J, Guzmán M MA, Afani S A, Jadue A N. Recurrent oral ulcer: clinical characteristic and differential diagnosis. *Rev Chilena Infectol.* 2007; 24: 215-9.
- Field EA, Allan RB. Review article: oral ulceration—etiopathogenesis, clinical diagnosis and management in the gastrointestinal clinic. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003; 18: 949-62.
- Boulinguez S, Reix S, Bedane C, Debrock C, Bouyssou-Gauthier ML, Sparsa A, et al. Role of drug exposure in aphthous ulcers: a case-control study. *Br J Dermatol.* 2000; 143: 1261-5.
- Scully C, Felix DH. Oral medicine- update for the dental practitioner. Aphthous and other common ulcers. *Br Dent J.* 2005; 199: 259-64.
- Boulinguez S., Reix S., Bedane C., Debrock M.L. Bouyssou-Gauthier, A. Sparsa, V. Le Brun, P. De Vencay, P. Bernard and J.M. Bonnetblanc. Role of drug exposure in aphthous ulcers: a case-control study. Department of Dermatology and Institute of Epidemiology and Tropical Neurology, University Hospital Dupuytren.
- National Clearing House. University of Texas at Austin, School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program. Recommendations for the diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis. Austin (TX): University of Texas at Austin, School of Nursing; 2003 May. 12 p.
- Gómez J, Álvarez M. Lesiones en la boca. En: Espinás J. *Guía de Actuación en Atención Primaria.* 3ª ed. Barcelona: Ediciones semfyc; 2006. p101-5.
- American Academy of Family Physicians. Aftas dolorosas: ¿Qué son y qué puede hacer con respecto a éstas?.1999 Disponible en: <http://familydoctor.org/e087>. [Día de acceso: 6 de febrero de 2007].





## HERIDAS CUTÁNEAS

### 1. CONCEPTO

Lesiones que suponen la pérdida de la integridad de la piel. Pueden ser producidas por múltiples mecanismos. Sólo las heridas mínimas producidas por pequeños accidentes se consideran síntoma menor.

### 2. TIPOS MÁS FRECUENTES DE HERIDAS CUTÁNEAS

- **Contusión:** Lesión traumática de la piel en la que ésta conserva su integridad. Clínicamente cursa con dolor y hematoma.
- **Heridas incisas:** Son producidas por instrumentos de hoja afilada y cortante. Los bordes son limpios y sin contornos tortuosos. Su gravedad va a depender de la extensión y de las estructuras que estén afectadas.
- **Heridas contusas:** Los bordes se encuentran magullados, desvitalizados, a veces con pérdidas de sustancia en el contorno de la herida.
- **Heridas punzantes:** Producidas por agentes traumáticos puntiagudos.
- **Abrasiones:** Son heridas producidas por mecanismo de fricción. Muchas son sucias con material en el interior.
- **Heridas con pérdida de sustancia:** Se produce la destrucción de todos los elementos cutáneos, epidermis, dermis e hipodermis.
- **Heridas especiales:** Heridas por mordedura humana o animal. Tienen una intensa contaminación, ya que la cavidad oral es muy rica en gérmenes patógenos (estafilococos, estreptococos no hemolíticos, anaerobios, entre otros) por lo que la probabilidad de infección es muy elevada.

---

### EN EL CASO DE LOS MEDICAMENTOS >>>>>

- Los corticoides orales en uso crónico pueden producir púrpura, que puede confundirse con un hematoma.
- Los anticoagulantes orales y/o los antiagregantes pueden causar hematomas o equimosis, que pueden confundirse con hematomas por contusión.

### 3. PACIENTES CON HERIDAS CUTÁNEAS QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

- Indicadores de alarma
  - Necesidad de limpieza significativa o de sutura por su amplitud (profundidad y tamaño).
  - Localización en la zona de la cara.
  - Probabilidad elevada de contaminación, como sucede en abrasiones y mordeduras. Las heridas ocasionadas por mordeduras de animales o humanas tienen un alto riesgo de infectarse, sobre todo por gérmenes anaerobios si se suturan inadecuadamente. Por ello, es fundamental la valoración y definición médica de la necesidad de la administración del toxoide tetánico y de antibióticos profilácticos.
  - Probabilidad de afectación de otros órganos.
  - Presencia de signos de infección de las heridas: Enrojecimiento, supuración, falta de una correcta cicatrización.
  - Dudas o ausencia de vacunación documentada con el toxoide tetánico en los últimos diez años en caso de heridas limpias o cinco años en caso de heridas mayores o sucias.

### 4. RECOMENDACIONES PARA TRATAR LAS HERIDAS CUTÁNEAS MENORES

#### Tratamiento no farmacológico

- Inspeccionar la herida para ver su profundidad y tamaño; puede ser necesario dar puntos de sutura en un centro médico.
- Limpiar los restos de suciedad de la herida y su alrededor con **agua fría y jabón** corriente de mano. Si la herida es algo profunda, poner el chorro de agua encima para que su fuerza arrastre la suciedad. En caso de sangrado, secar y ejercer presión con un pañuelo limpio o una gasa, lo que favorecer la coagulación.

#### Tratamiento farmacológico

- Aplicar un antiséptico sobre la herida. Se debe utilizar preferentemente **povidona yodada** dos o tres veces al día o bien **clorhexidina**. Si la herida está exudando, se debe colocar un apósito húmedo (evita la adhesión de la costra a la gasa).
- La administración sistemática de **toxoides antitetánicos** (cada vez que se produzca una herida) no es necesario. La valoración de la necesidad de dicha medida es de responsabilidad exclusiva del médico, quien entre otros aspectos, valorará la gravedad de la herida y el tiempo transcurrido desde la última dosis. En general, si el paciente ha sido vacunado en los últimos 5 años, no es necesario administrar una nueva dosis. En los casos en los que exista duda de la vacunación, o si han transcurrido más de 10 años de la última dosis, se debe derivar al médico para que indique una vacunación completa.
- Raramente es necesario usar gammaglobulina antitetánica.



---

### RECUERDE >>>>>

- Sólo las heridas mínimas producidas por pequeños accidentes se consideran síntoma menor.
- Antes de recomendar un tratamiento, valorar adecuadamente la necesidad o no de derivación médica.
- La povidona yodada es considerada el antiséptico de referencia.
- Las heridas con riesgo de infección deberán ser derivadas al médico.

---

### 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Jerrad D. Bites (mammalian). BMJ Clinical Evidence. Disponible en: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/skd/1714/1714.jsp> [Día de acceso: 15-07-2007].
- Princeton NJ. Solutions wound care algorithm. ConvaTec 2005; 8 p. National guideline clearing house. IN:[http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=8534&nbr=004749&string=wound](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=8534&nbr=004749&string=wound)[Día de acceso: 15-07-2007].
- Ministerio de Sanidad y Consumo.Recomendaciones de vacunación en adultos.Recomendaciones año 2004.Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/recoVacunasAdultos.pdf> [Día de acceso: 3 de Octubre de 2007].

## HERPES LABIAL

### 1. CONCEPTO

Conocido popularmente como “calentura”, es una afección inflamatoria que da lugar a la aparición en los labios o alrededor de ellos, de pequeñas vesículas agrupadas, generalmente dolorosas, sobre una base eritematosa, que rompen y forman costras.

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DEL HERPES LABIAL

- Es una infección causada por un tipo de virus, el *herpes simplex*, muy frecuente entre los seres humanos (aproximadamente entre un 20% y un 40% de los adultos se ven afectados por herpes simple en algún momento de su vida). Habitualmente la primera infección se adquiere desde la infancia. Muchas personas no desarrollan nunca síntomas, pero en otras, el virus se activa y produce enfermedad. Tras un primer episodio, que puede llegar a causar muchos síntomas en forma de gingivostomatitis herpética (fiebre, dolor de garganta, inflamación de las encías, ampollas dolorosas en labios y boca, etc.), el herpes simplex permanece latente y puede reactivarse produciendo nuevas lesiones en forma de herpes labial, que duran en promedio unos siete días.
- Se han identificado algunas **causas desencadenantes de nuevos episodios de herpes labial**, como son;
  - Exposición al sol (herpes labial inducido por luz ultravioleta). La radiación ultravioleta B estimula la reactivación de las infecciones causadas por herpes simple.
  - Estrés, fatiga, infecciones con fiebre, periodos menstruales y la costumbre de morderse los labios repetidamente.
- Existen casos descritos de reactivación del herpes labial durante el tratamiento con isotretinoína para el acné, al igual que con morfina epidural, en mujeres durante el periodo postparto. Adicionalmente, el tratamiento con medicamentos inmunosupresores (tacrolímús, ciclosporina, micofenolato) o que generan este efecto como problema de seguridad (antineoplásicos, corticoides a dosis altas y de forma crónica), pueden favorecer la aparición de este problema de salud o empeorar los síntomas.

### 3. PACIENTES CON HERPES LABIAL QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

En la mayoría de las personas, el herpes labial constituye un problema de salud autolimitado. Las recurrencias son generalmente más breves y menos severas que la infección inicial.



- Duración y frecuencia del herpes labial: Cuando la duración es superior a diez días y no hay mejoría franca; al igual que cuando la persona considera que tiene herpes labial con mucha frecuencia.
- Indicadores de alarma:
  - Si aparecen lesiones en zonas diferentes a los labios.
  - Si tiene fiebre y ampollas dentro de la boca.
  - Si aparecen costras amarillentas y no se cura.
  - Aparición en pacientes con estados de inmunosupresión, debidos a la utilización de fármacos inmunosupresores o la infección por VIH/SIDA.

#### 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL HERPES LABIAL

##### Tratamiento no farmacológico

Informar de que las lesiones son contagiosas, tanto por contacto directo como a través de las secreciones.

- Evitar los besos en los labios, así como compartir vasos, cubiertos, cuchillas de afeitar, toallas, etc.
- Para prevenir futuros episodios de herpes labial:
  - aconsejar cremas protectoras para tomar el sol.
  - Evitar morderse los labios.

##### Tratamiento farmacológico

- Recomendar un preparado para secar las ampollas, mezclando un gramo de **sulfato de cobre o cinc** en un litro de agua. Empapar una gasa o paño y aplicar sobre las ampollas durante diez minutos. Repetir tres veces al día hasta que las ampollas formen costras.
- Sobre las costras, aplicar **vaselina** para aliviar las molestias.
- Si existe dolor importante para el paciente puede recomendarse **paracetamol** (en primer lugar) o **ibuprofeno** (si no hay mejoría).
- La aplicación tópica de aciclovir no ha demostrado efectividad en la reducción del dolor, duración de las lesiones o número de recidivas, al igual que en la supresión de la diseminación.

---

## RECUERDE ►►►►►

- El herpes labial es una infección recidivante y molesta causada por un virus común.
- El manejo con sulfato de cobre o de zinc y vaselina, junto a analgésicos simples cubre habitualmente las necesidades de tratamiento de esta enfermedad.
- No se dispone de evidencia suficiente de la efectividad del aciclovir tópico en la reducción del dolor, duración de las lesiones o número de recidivas, al igual que en la supresión de la diseminación.

## 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Worrall G. Skin disorders. Herpes labialis. BMJ Clinical evidence. IN: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/skd/1704/1704.jsp>. [Día de acceso: 15-07-2007].
- Yazici AC, Baz K, Ikizoglu G. Recurrent herpes labialis during isotretinoin therapy: is there a role for photosensitivity? *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006; 20: 93-5.
- Crone LA, Conly JM, Clark KM, Crichlow AC, Wardell GC, Zbitnew A, Rea LM, Cronk SL, Anderson CM, Tan LK, et al. Recurrent herpes simplex virus labialis and the use of epidural morphine in obstetric patients. *Anesth Analg.* 1988; 67: 318-23.
- Gómez J, Álvarez M. Lesiones en la boca. En: Espinás J. *Guía de Actuación en Atención Primaria.* 3ª ed. Barcelona: Ediciones semfyc; 2006. p101-5.
- Babcock H. Herpes labial (herpes simple oral) National Library of Medicine 2005 [Actualizado el 15 de agosto de 2006;]. Disponible en: <http://nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article003067.htm>. [Día de acceso: 6 de febrero de 2007].

## LESIONES ECZEMATOSAS

### 1. CONCEPTO

El eccema es un proceso cutáneo inflamatorio y pruriginoso que puede cursar con eritema, vesículas, ampollas, exudación, costras, descamación y liquenificación. En función del tipo de lesión predominante se dividen en agudos (eritema, vesículas, ampollas), subagudos (además: exudación y costras) o crónicos (además: descamación y liquenificación).

Esta diversidad supone que son importantes otras características clínicas que permiten diferenciarlas. En particular: historia y momento de aparición, localización y extensión de las lesiones y su evolución. En ocasiones precisan técnicas de diagnóstico complementarias. De forma muy general, puede dividirse en:

- **Dermatitis atópica:** Lesiones pruriginosas. Niños menores de 2 años en mejillas, cuero cabelludo, tronco y áreas de extensión de extremidades. En niños mayores y adultos, revisar pliegue antecubital y poplíteo, cara anterior de tobillos y cuello. Es crónica y recurrente. Se asocia a historia familiar de atopia, rinitis alérgica y asma.
- **Dermatitis seborreica:** Eritema con escamas amarillentas secas o grasientas en zonas seborreicas (márgenes de cuero cabelludo, zona centofacial, región presternal, interescapular).
- **Dermatitis de contacto:** Lesiones eczematosas en áreas de exposición. Causadas por contacto con sustancias externas (níquel, flores, calzado, detergentes, entre otros). Es necesario investigar el terreno laboral y doméstico, al igual que la utilización de medicamentos.
- El **eczema deshidrótico:** Brotes agudos de lesiones vesiculosas en laterales de los dedos, picor en palmas y plantas. Alternancia de periodos libres con lesión de recidivas.

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE LESIONES ECZEMATOSAS

- Las dermatitis atópica y seborreica tienen un componente genético. En la atopia se liga a familias con antecedentes de asma y rinitis alérgica y también la propia atopia determina una sensibilización importante a cualquier otro proceso cutáneo, especialmente sobreinfecciones y extensión de las mismas, bacterianas o virales.
- En el caso de la dermatitis de contacto existen mecanismos diversos, como la irritación y/o inmunitarios, pudiendo aparecer de forma inmediata o tras sensibilización previa al agente responsable.

**A nivel hospitalario** la utilización de vancomicina se ha relacionado de forma importante con la aparición de una dermatosis mediada por la inmunoglobulina A (IgA), la cual se puede evi-

denciar con múltiples lesiones eczematosas e incluso con alteraciones cutáneas mucho más serias, tales como eritema multiforme o necrosis epidérmica.

### 3. PACIENTES CON LESIONES ECZEMATOSAS QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

- Todos los casos en los que el tratamiento tópico y preventivo inicial no sea eficaz.
- Cuando se asocia cronicidad y recidivas con sobreinfecciones y traumas mínimos que requieren añadir otros tratamientos, especialmente en atópicos.
- Si la extensión o zona de afectación es importante se debe derivar a estudio.
- Cuando la causa está relacionada con:
  - Problema con el terreno laboral.
  - Por utilización de alimentos o medicamentos.
  - Importante alergia o sospecha de sensibilización al látex.
- Edad infantil (<5años) que requiere uso ajustado de tratamiento y valoración de antecedentes de interés.

### 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES LESIONES ECZEMATOSAS

#### Generalidades

#### Tratamiento no farmacológico.

- Informar que, aunque habitualmente se controla la clínica, no se curan, salvo en la dermatitis de contacto si se evita el factor irritante o alergénico. La dermatitis atópica mejora en un alto porcentaje con el paso del tiempo.
- Evitar las sustancias que puedan sensibilizar, si se conocen.
- La base del tratamiento es la utilización de **emolientes** (vaselina, avena) y, tras el baño, cremas hidratantes grasas, como la de urea al 10%.
- Limitar los jabones que destruyan el manto ácido de la piel (mejor neutros o ácidos).

#### Tratamiento farmacológico.

- Evitar siempre el uso de antihistamínicos tópicos para aliviar el picor y/o prurito.
- La vaselina salicilica al 2%-5% puede ser útil para ablandar las costras.
- Los corticoides tópicos son fundamentales pero precisan un uso adecuado, de acuerdo a su potencia, galénica (lociones en zonas pilosas, pomadas en piel muy seca o costras, cremas en el resto y evitar los fluorados en la cara y en pliegues), zonas lesionadas, estado evolutivo de las lesiones y su extensión.



- Aunque en la indicación sin valoración médica, pueda ser utilizar los de menor potencia (**hidrocortisona**), en ocasiones ello puede cronificar las lesiones.
- En la fase exudativa pueden precisar fomentos.

### **Dermatitis atópica**

#### **Tratamiento no farmacológico.**

- Cuidar el uso de alimentos alergénicos y la exposición al polvo y ácaros.

#### **Tratamiento farmacológico.**

- Los **corticoides tópicos** en función de la edad, zonas afectadas y extensión. No se dispone de evidencia de que sea mejor aplicarlos más de una vez al día. Se aconsejan periodos de descanso para recuperar grasas y función barrera de la piel.
- Posibilidad de antihistamínicos orales (**cetirizina y loratadina**) especialmente si el picor y/o prurito es importante. Se recomienda su administración en la noche.
- Si aparecen sobreinfecciones es necesario un especial cuidado. El Ácido fucídico y mupirocina, son los antibióticos tópicos de elección. Evitar neomicina y bacitracina ya que sensibilizan. En todo caso estos medicamentos están disponibles sólo bajo prescripción médica.

### **Dermatitis seborreica**

#### **Tratamiento no farmacológico.**

- Evitar alcohol y estrés.
- Utilizar una crema hidratante no grasa.
- En casos de caspa, usar **champú de selenio, piritiona de zinc**, entre otros, a días alternos, manteniendo 5 minutos en la cabeza. Se usan también antifúngicos (ketoconazol) que son bien tolerados, aunque el ketoconazol en champú sólo esta disponible bajo prescripción médica.

### **Dermatitis de contacto**

- Tanto si se produce por irritación directa o por alergia se debe retirar el producto causal, si se conoce: Níquel, formaldehído, fragancias cosméticas, gomas y cauchos (látex), sustancias limpiadoras, medicamentos (especial cuidado al tratar otras dermatitis), inhalantes tópicos, detergentes de lavado (amas de casa). También hay sustancias que pueden tener reacción cruzada y se deben evitar (aguacates, kiwis y castañas).
- Importante cuidar la barrera evitando irritantes, incluso guantes de algodón y de goma encima. Influye la humedad por lo que interesa el secado adecuado de la piel.

- Tratamiento de base como se ha comentado en cuanto a hidratantes y corticoides tópicos de baja potencia, ocasionalmente.

---

## RECUERDE



- Asegurar que se ha comprendido el tratamiento.
- Fomentar la hidratación y evitar factores irritantes.
- Esencial el estudio en niños pequeños, con relación a fármacos y productos de uso laboral. Recordar el látex (prevención de intervenciones sanitarias).
- Extremar el uso de corticoides tópicos y asociaciones de antibióticos.

## 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Bath-Hextall F; Willians H. Skin disorders. Atopic eczema. BMJ Clinical Evidence. IN: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/skd/1716/1716.jsp> [Día de acceso: 15-06-2007].
- Fonseca E. Dermatitis atópica. Guías clínicas. Fisterra. IN: [http://www.fisterra.com/guias2/dermatitis\\_atopica.asp](http://www.fisterra.com/guias2/dermatitis_atopica.asp) [Día de acceso: 15-06-2007].
- Fonseca E. Dermatitis seborreica. Guías clínicas. Fisterra. IN: [http://www.fisterra.com/guias2/dermatitis\\_seborreica.asp](http://www.fisterra.com/guias2/dermatitis_seborreica.asp) [Día de acceso: 15-06-2007].
- Armstrong AW, Fazeli A, Yeh SW, Mackool BT, Liu V. Vancomycin-induced linear IgA disease manifesting as bullous erythema multiforme. J Cutan Pathol. 2004; 31: 393-7.



## PICADURAS

### 1. CONCEPTO

Las picaduras son lesiones producidas en la piel por diversos agentes vivos, a través de la inyección de sustancias propias del vector (avispas, abejas, mosquitos, tábanos, pulgas, chinches, arañas, garrapatas, escorpiones, medusas). El cuadro clínico varía desde leves molestias locales hasta formas muy graves con manifestaciones generales que comprometen la vida del paciente.

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE PICADURAS

- **Las avispas y abejas** producen picaduras dolorosas (al picar introducen veneno por su aguijón) seguidas de una reacción local eritematosa con edema y prurito, que generalmente se resuelve en unas pocas horas. Puede perdurar durante días y acompañarse de linfangitis. Algunas personas son alérgicas y pueden experimentar reacciones graves con disnea, urticaria y pérdida de conciencia. De forma excepcional, puede existir riesgo de muerte. Esta misma situación de gravedad se puede producir cuando las picaduras son múltiples (más de 50), o menos cantidad de picaduras pero en el área de la cara.
- **Los mosquitos y tábanos** pican y succionan sangre. Producen pápulas pruriginosas que remiten espontáneamente en unos días; en algunos pacientes se produce una reacción local más intensa. En ocasiones, la lesión puede infectarse por el rascado. La hipersensibilidad a las mordeduras de mosquito, se caracteriza por una intensa reacción local y síntomas sistémicos. La hipersensibilidad se relaciona con la infección por el *virus Epstein-Bar*.
- **Las pulgas** suelen producir varias picaduras en forma de pápula con distribución irregular y en ocasiones lineales, muy pruriginosas y generalmente localizadas en extremidades. En pacientes hipersensibilizados, pueden causar lesiones papulovesiculosas o papuloampollosas a distancia.
- **Las chinches** producen una o más picaduras con formación de pápulas voluminosas con un punto purpúrico central, y reacción inflamatoria alrededor. Localizadas en nalgas y miembros inferiores.
- **Las arañas** introducen veneno al morder y provocan edema, acompañado de una reacción cutánea local eritematosa, violácea o hemorrágica y, frecuentemente, necrosis central que se acompaña de dolor. Las especies que habitan en España no son peligrosas.
- **Las garrapatas** se adhieren a la piel entre 10 y 12 días, y clavan la trompa para succionar sangre hasta estar completamente ingurgitadas momento en que se desprenden. Producen una pápula eritematosa, muy pruriginosa. Al principio no suele presentar dolor ni picor.

- **Los escorpiones** suelen producir lesiones autolimitadas y sólo, ocasionalmente, desencadenan reacciones anafilácticas en personas sensibilizadas y reacciones tóxicas sistémicas.
- **Las medusas** provocan lesiones en la piel al ponerse en contacto con sus tentáculos que disparan veneno. Se produce un sarpullido papuloso con dolor intenso pulsátil y sensación de quemazón. Las lesiones pueden evolucionar hacia ampollas o vesículas violáceas y dejar una cicatriz permanente.
- Los IECA, pueden aumentar la respuesta al veneno de los insectos, provocando reacciones alérgicas graves a sus picaduras. En los pacientes con hipersensibilidad previa, se debería evitar la utilización de IECA.

### 3. PACIENTES CON PICADURAS QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

- Duración de la picadura: Las reacciones locales de las picaduras pueden tardar un máximo de 5 a 10 días en resolverse.
- Indicadores de alarma:
  - Signos de infección en la zona de la picadura.
  - Síntomas sistémicos de reacción y compromiso de otros sitios del organismo distantes al sitio de la mordedura/picadura, como son: Fiebre o síntomas generales (mal estar general, confusión, somnolencia, entre otros), dificultad para respirar por broncoespasmo o por obstrucción de las vías aéreas (inflamación de la garganta o de la lengua), hipotensión y choque.
  - Pacientes con enfermedad cardíaca o pulmonar.
  - En las picaduras de abejas o avispas: Cuando las picaduras son múltiples (mas de 50), afectan la cara (garganta, ojos, etc.), ocurren en pacientes con historia de hipersensibilidad.
  - En las mordeduras de araña o escorpión, si aparecen reacciones tóxicas sistémicas se recomienda remitir al hospital.



En caso de reacción anafiláctica grave, se debe llamar al servicio de urgencias (112 o 061) y si procede iniciar medidas de reanimación cardiorrespiratorias.



## 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PICADURAS

### Tratamiento no farmacológico

- Garantizar la desaparición del agente causal. En el caso de las abejas pueden dejar su aguijón en la piel al picar; debe retirarse raspando suavemente la piel. La garrapata hay que extraerla entera, con pinzas. En el caso de las medusas hay que retirar con una pinza o con guantes los tentáculos que estén pegados a la piel.
- Limpiar la zona de la picadura con agua y jabón. En el caso de las medusas, es recomendable emplear vinagre o agua de mar para limpiar la zona afectada.
- Aplicar hielo sobre la picadura o compresas de agua fría durante 15 minutos para disminuir el dolor.
- En caso necesario elevar la extremidad afectada para disminuir la absorción de veneno.
- Quitar anillos y objetos que puedan comprimir en caso de edema.

### Tratamiento farmacológico

- Administrar analgésicos, si es necesario, tipo **paracetamol** (500-1000 mg cada 6-8 horas). En ocasiones la picadura de escorpión es tan dolorosa que necesita tratamiento analgésico intravenoso; no se recomiendan los derivados opiáceos porque pueden potenciar el efecto de la toxina.
- Utilizar antihistamínicos vía oral del tipo de **dexclorfeniramina** si presenta prurito y/o edema (dosis de 2 mg cada 6 horas en adultos y 0,5- 1 mg cada 6 horas en niños según la edad).
- Aplicar localmente antisépticos del tipo **clorhexidina**.
- Evitar la aplicación de antihistamínicos tópicos.
- Si el edema local es importante se pueden administrar corticoides tópicos (crema de **hidrocortisona**).

---

### RECUERDE



- Las picaduras más comunes son molestas pero no graves.
- La utilización de medidas físicas locales en el primer momento es muy beneficiosa.
- Las reacciones de hipersensibilidad son muy poco frecuentes, pero pueden comprometer la vida del paciente.
- Se puede utilizar analgésicos y antihistamínicos vía oral para aliviar los síntomas.
- La utilización de IECA puede agravar la sintomatología de las picaduras.

## 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Stumpf JL, Shehab N, Patel AC. Safety of Angiotensin-converting enzyme inhibitors in patients with insect venom allergies. *Ann Pharmacother.* 2006; 40: 699-703.
- Moffitt JE, Golden DB, Reisman RE, Lee R, Nicklas R, Freeman T et al. Stinging insect hypersensitivity: a practice parameter update. *J Allergy Clin Immunol.* 2004; 114: 869-86.

## QUEMADURAS CUTÁNEAS

### 1. CONCEPTO

Las quemaduras son lesiones de la piel y de las estructuras profundas, producidas por el efecto directo de una fuente de calor. Las quemaduras de carácter leve (consideradas como síntoma menor), son quemaduras superficiales que no afectan a las manos ni a la cara, caracterizadas por dolor e hipersensibilidad, producción de ampollas en horas y curación en 2 ó 3 semanas.

Son lesiones muy frecuentes y una de las primeras causas de muerte accidental en la infancia. Las quemaduras se clasifican, en función de su profundidad, en:

- **Quemaduras de primer grado (epidermis):** Aparece enrojecimiento de la piel y dolor, son muy sensibles al tacto. La superficie se blanquea claramente a la presión suave y no se producen ampollas. Es la quemadura típica producida por exposición excesiva al sol.
- **Quemaduras de segundo grado (epidermis y dermis):** Producen ampollas que pueden romperse, fuerte enrojecimiento de la piel y dolor. La base de las ampollas puede ser eritematosa o blanquecina con un exudado fibrinoso.
- **Quemaduras de tercer grado (epidermis, dermis y afectación a las estructuras profundas).** Las quemaduras de tercer grado suelen producir hipoestesia o anestesia y ser indoloras.



La gravedad de la quemadura estará en relación con el agente causante (la lesión eléctrica puede producir inmediatamente parálisis respiratoria, fibrilación ventricular o ambas), la profundidad de la lesión, la extensión y la localización. Con frecuencia las quemaduras de segundo grado profundas y las de tercer grado sólo se pueden diferenciar tras 3 a 5 días de observación.

---

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE QUEMADURAS

- Las quemaduras de primer grado se producen por exposición al calor. Las causas más frecuentes son las llamas (fuego), líquidos y objetos calientes, productos químicos, electricidad y la radiación solar.

- Las quemaduras producidas por corriente eléctrica pueden generar necrosis progresiva y formación de escaras de mayor intensidad, afectando a estructuras más profundas de lo que indica la lesión inicial.
- Las quemaduras por agentes químicos, pueden producir además, lesiones respiratorias o intoxicaciones.

### 3. PACIENTES CON QUEMADURAS QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

- Duración de la quemadura. Las quemaduras superficiales generalmente se curan en dos o tres semanas si no se presenta infección. Derivar las quemaduras que no se han curado a las 2 semanas.
- Indicadores de alarma:
  - Quemaduras de segundo o tercer grado. En caso de afectación general importante avisar a un medio de transporte con soporte vital.
  - Quemaduras extensas (porcentaje de superficie corporal afectada), aunque sea una quemadura de primer grado.
  - Localización: Si afecta a cara, manos, pies o genitales.
  - Presencia de signos de infección o dolor después de 48 horas. La infección es la mayor complicación que puede tener una quemadura.
  - En casos de quemaduras solares de primer grado, cuando presenta fiebre elevada o signos de deshidratación.
  - Agente causante:
    - Si ha sido producida por productos químicos será necesario un tratamiento de emergencia inmediato. Remitir a una unidad de quemados.
    - En las quemaduras por electricidad se recomienda la remisión al hospital.
    - Causada por vapor a alta presión.

**Problemas de salud y otros medicamentos.** Una quemadura es más compleja, en presencia de:

- Insuficiencia cardíaca y/o infarto de miocardio en los últimos cinco años.
  - Diabetes y estados de inmunosupresión, incluyendo por medicamentos (corticoides, ciclosporina, entre otros), o por enfermedades de base (lupus eritomatoso sistémico, infección por VIH/SIDA).
  - Cirrosis.
- **Situaciones fisiológicas especiales:**
    - Niños menores de 5 años.



- Los pacientes mayores de 60 años o con problemas de salud concomitantes tienen tendencia a una curación más lenta.
- Embarazo.

#### 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS

##### Tratamiento no farmacológico

###### • Tratamiento inicial.

- En el lugar del suceso, la víctima de una lesión térmica, química o eléctrica aguda debe ser apartado inmediatamente de la causa, incluyendo la retirada de toda la ropa, especialmente el material que arde sin llama (camisas sintéticas, material térmico, entre otros).
- Enfriar la herida con agua fría durante 20-30 minutos (no utilizar agua congelada durante largos periodos ya que puede dañar los tejidos o producir hipotermia).

###### • Quemaduras de primer grado.

- Sumergir inmediatamente en agua fría hasta que ceda el dolor.
- Lavar la herida con agua y jabón y retirar con cuidado todos los residuos presentes.
- Cubrir la quemadura con gasas o una venda estéril.
- En la quemadura solar se puede aplicar compresas húmedas y frías durante 10 minutos varias veces al día para disminuir el dolor y calor.

###### • Quemaduras de segundo grado.

- Aplicar agua fría o compresas mojadas hasta que se calme el dolor; posteriormente secar la zona quemada y cubrirla con gasas estériles.
- No aplicar pomadas, ni romper las ampollas.
- En caso de que la quemadura afecte a una extremidad mantenerla elevada para disminuir el edema.

###### • Quemaduras de tercer grado

- Quitar la ropa del área quemada, excepto si esta pegada a la piel.
- Cubrir la quemadura con una gasa estéril y no aplicar pomadas.
- En caso de que la quemadura afecte a una extremidad mantenerla elevada para disminuir el edema.

# Quemaduras cutáneas

## Quemaduras cutáneas



En general, cualquier quemadura se debe proteger del sol hasta pasado un año de la curación de las lesiones. Las quemaduras causadas por ácidos, álcalis, o compuestos orgánicos se deben lavar con cantidades abundantes de agua de forma continua y durante largo tiempo.

---

### Tratamiento farmacológico

- Se recomienda aliviar el dolor con **paracetamol**.
- Para las quemaduras de primer grado:
  - Se pueden utilizar corticoides tópicos (crema de **hidrocortisona**) o gel de aloe vera.
  - No recomendar antisépticos ni antibióticos tópicos (efectividad no demostrada).
  - La Sulfadiacina argéntica es tóxica para las células regeneradoras del epitelio. Por tanto, puede retardar la curación de las quemaduras leves, que se curan por sí solas mediante reepitelización.

---

### RECUERDE

- Las quemaduras extensas, en manos y cara, en niños y ancianos, deben ser derivadas a un centro médico.
  - Sólo las quemaduras de primer grado y sin otro factor de riesgo son objeto de la indicación farmacéutica.
  - Evitar la recomendación de antisépticos y de antibióticos tópicos.
- 

### 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Winfree J, Barillo DJ. Burn management. Nonthermal injuries. Nurs Clin North Am. 1997; 32: 275-96.
- Jason Wasiak and Heather Cleland. Burns (minor thermal) BMJ clinical evidence. IN: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/wnd/1903/1903.jsp> [Día de acceso: 15-07-2007].
- Work Loss Data Institute. Burns. Corpus Christi (TX): Work Loss Data Institute; 2006. 43 p.



## URTICARIA

### 1. CONCEPTO

La urticaria se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas pruriginosas eritemato-pápulo-edematosas (habones o ronchas) en cualquier localización, de evolución inferior a 24 horas (fugaz) que, al desaparecer, no dejan lesión residual. Cuando el cuadro afecta a las mucosas (labios, lengua y vía respiratoria) se denomina angioedema. La presentación de urticaria en labios y párpados puede producir edema importante y requerir de la valoración médica.



La urticaria, según su duración puede agruparse en aguda (dura menos de seis semanas) o crónica (urticaria que recurre al menos 2 veces por semana o tiene una duración mayor de 6 semanas).

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE LA URTICARIA

Se cree fundamentalmente que el origen de la urticaria es auto-inmune o psicosomático. Sin embargo, aún no existe mucha claridad sobre el evento o eventos que inician la degranulación en la piel o los mecanismos de control que previenen la degranulación de mastocitos en otros tejidos.

**De forma general, se pueden establecer dos tipos de urticaria: inmunológica y no inmunológica.**

- **Urticaria inmunológica:** La degranulación está mediada básicamente por la inmunoglobulina E (IgE). La urticaria es causada por la degranulación de los mastocitos cutáneos y/o basófilos, siendo la histamina el principal mediador vasoactivo.
  - **Medicamentosa.** Los fármacos se consideran la segunda causa de urticaria aguda. La mayoría de los medicamentos son susceptibles de provocar una urticaria. Se debe sospechar en esta etiología en los cuadros de urticaria que aparecen tras un periodo breve de utilización de un administración del medicamento, generalmente unos 30 minutos a las 2 horas, aunque en algunos casos puede ser superior.



Principales medicamentos (o grupos) más relacionados con la aparición de urticaria:

- Antibióticos: Beta-lactámicos (penicilinas, cefalosporinas), amino-glucósidos, sulfonamidas y tetraciclinas.
- Los AINE, incluyendo los salicilatos.
- Los IECA.
- Los opiáceos (codeína, morfina, etc).

Otros medicamentos relacionados con la aparición de urticaria son: antifúngicos azoles (ketoconazol, fluconazol, itraconazol), medios de contraste radiológicos (sales de bario, por ejemplo), anestésicos generales (halotano, enflurano, isoflurano) y locales (lidocaína, procaínamida, etc.), relajantes musculares tipo curare (pancuronio, vancuronio, etc), dextranos, manitol y sorbitol, trombolíticos (estreptoquinasa, uroquinasa, etc.), hormonas polipeptídicas (insulina, corticotropina, vasopresina), fenitoína, hidralazina, quinidina, cloroquina y antineoplásicos y vacunas, especialmente las que contienen ácido tiosalicílico como excipiente.

- **Alimenticia:** Suele aparecer a las pocas horas de la ingesta del producto y es una causa frecuente.
  - **Por productos inhalados o por contacto** (látex, ortiga, entre otros)
  - **Infecciones.**
  - **Picaduras.**
  - **Enfermedades sistémicas.**
- **Urticaria no inmunológica:** La degranulación se atribuye a causas pseudoalergénicas, infecciosas o por la acción directa de agentes liberados por los mastocitos. En este sentido, puede ser:
    - De contacto (más frecuente que la inmunológica).
    - Por estímulos físicos: Las ronchas pueden ser por la exposición al estímulo físico y durar entre unos 15 a 30 minutos. Puede ser por dermatografismo (rascado o roce de la zona), mecánicas (por presión o vibración), térmicas (por frío o calor), colinérgica (por calor, asociado al ejercicio y baños calientes). En la urticaria por frío puede aparecer por la ingesta de helados o por baños en el mar o en una piscina.



Una de las causas de urticaria puede ser el dermatografismo. Esta alteración consiste en una tendencia exagerada a la producción de ronchas en la piel por el rascado o fricción de la zona. En general, en un 25 al 50% de las personas sin afección alguna, el rascado energético genera enrojecimiento y hinchazón de la zona rascada y alledaños. En algunos casos (cerca del 5%) la respuesta puede ser muy exagerada y generar síntomas importantes.

### 3. PACIENTES CON URTICARIA QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

- Duración del síntoma: Más de 36 a 48 horas.
- Indicadores de alarma:
  - Inefectividad del tratamiento indicado.
  - Manifestaciones en otros órganos: Especialmente síntomas respiratorios (falta de aire, atragantamiento); digestivos (dolor abdominal y vómitos), neurológicos (cefalea, convulsiones) o generales (fiebre, artralgias, cambios de peso, dolores óseos).
  - Lesiones de más de 24-48h y aparición de equimosis y/o pigmentación residual (para descartar urticaria por vasculitis).
  - Afectación mucosa: Puede ser un indicador de un cuadro de angioedema.
  - Sospecha de asociación con la utilización de un medicamento (aparecen tras un periodo breve de utilización del fármaco).

### 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA URTICARIA

#### Prevención

Evitar el agente causal, si se conoce o sospecha. Puede ser necesario un estudio alergológico.

#### Tratamiento no farmacológico

- Evitar las altas temperaturas, abrigarse mucho, el uso de ropas de fibras sintéticas o que aprieten.
- Procurar no rascarse, ya que la reacción aumenta.
- Restricciones dietéticas. Sólo en los casos de historia previa. Se debe evitar la ingesta de alimentos con colorantes, preservantes, aditivos y salicilatos naturales.
- Evitar, durante el brote, la utilización de ácido acetilsalicílico (AAS) u otro tipo de AINES, quesos fuertes, conservas de pescado, chocolate, alimentos con aditivos (conservantes y colorantes), plátano, fresas y frutos secos, debido a que pueden favorecer, aún más, la degranulación de los mastocitos.
- Si la urticaria es por el frío, evitar las bebidas frías, los helados con hielo y los baños con agua fría en piscinas o en el mar.

## Tratamiento farmacológico

- Evitar siempre el uso antihistamínicos tópicos, porque pueden producir fotosensibilización en la zona de aplicación.
- Los antihistamínicos orales son el tratamiento habitual de la urticaria. En general, es más adecuado la utilización de antihistamínicos anti-H1 de segunda generación (**cetirizina y loratadina**) por sus menores efectos sedantes y su semivida de eliminación más prolongada, lo que permite utilizar menos dosis al día.

Los **antihistamínicos de primera generación** controlan más el prurito y por su efecto sedante pueden tener más indicación en el prurito sin lesiones dermatológicas y urticarias crónicas. Sólo deben administrarse durante dos o tres días; si los síntomas duran más debe acudir al médico para valorar su estudio y posible tratamiento con corticoides (uso especialmente a controlar en los casos de urticaria crónica).

**Durante el uso de esos fármacos es importante advertir sobre los efectos sobre la conducción de este tipo de fármacos así como evitar la ingesta de alcohol o tranquilizantes** para no sumar efectos sedantes. Es importante recalcar al paciente que evite algunas actividades de riesgo, especialmente a operarios de maquinaria peligrosa, pilotos de avión o aquellos en quienes ese efecto secundario puede interferir de forma importante.

---

### RECUERDE



- La mayoría de las urticarias no tiene causa alérgica.
- La combinación de urticaria y afectación respiratoria es una urgencia médica.
- Si aparece la urticaria al iniciar el tratamiento con un nuevo medicamento, debe suspenderse y consultar al médico.
- Consultar con el médico si los brotes se repiten o se prolongan en el tiempo.
- Evitar siempre la utilización de antihistamínicos tópicos.

## 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Justel Pérez JP, Mansilla I, Molina A, Estevez Muñoz A., Heras Salvat G, Sagredo J et al. Urticaria aguda. Guías clínicas. Fisterra. IN: <http://www.fisterra.com/guias2/urticaria.asp> [Día de acceso: 15-06-2007].
- Zuberbier T, Greaves MW, Juhlin L, Merk H, Stingl G, Henz BM. Management of urticaria: a consensus report. J Investig Dermatol Symp Proc. 2001; 6: 128-31.
- Mathelier-Fusade P. Drug-induced urticarias. Clin Rev Allergy Immunol. 2006; 30: 19-23.

---

*Protocolos de otros  
síntomas menores*







## FIEBRE

### 1. CONCEPTO

La fiebre es una anomalía de la termorregulación en la que existe un aumento controlado de la temperatura corporal, por encima de los valores normales de un individuo. La temperatura normal varía a lo largo del día y según el lugar del cuerpo en que se tome. Hay fiebre cuando la temperatura medida en la axila es superior a 37,2<sup>º</sup>-37,5<sup>º</sup> C o medio grado más si se mide en el recto.

#### FORMAS DE FIEBRE >>>>>

- Febrícula: menos de 38<sup>º</sup> C.
- Fiebre moderada: 38-39<sup>º</sup> C.
- Fiebre alta: 39-40<sup>º</sup> C.
- Hipertermia: más de 40<sup>º</sup> C.

El aumento de la temperatura corporal se produce por un cambio en el punto de ajuste del centro termorregulador, situado en el hipotálamo anterior, y donde se procesan las informaciones llegadas desde múltiples sensores, distribuidos por todo el organismo, y que reciben estímulos de toxinas infecciosas y de otros mediadores de la producción de pirógenos endógenos.



La fiebre asociada a indicadores de alarma o con una duración superior 48 a 72 horas requiere de la valoración médica.

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE FIEBRE

- **Causas banales:** Infecciones de origen viral (infecciones de vías respiratorias altas), síndrome gripal y otras infecciones localizadas de origen bacteriano (amigdalitis aguda, cistitis, entre otras).
- **Causas graves:** Infecciones bacterianas localizadas con grave afectación (neumonía, pielonefritis, entre otras). Fiebre asociada a enfermedades tumorales sin signos de infección o enfermedades inflamatorias que puedan cursar con fiebre (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, entre otras).



La fiebre es un síntoma, no una enfermedad, y lo más importante es conocer el motivo que la produce.

### La edad es un factor importante

Niños menores de 2 años	Se recomienda siempre valoración médica. A menor edad, mayor riesgo de patología infecciosa grave y riesgo de muerte.
Niños y adolescentes	Valorar los síntomas asociados. Causa más frecuente: infección leve de las vías respiratorias altas.
Adultos	Valorar siempre los síntomas asociados. Causa más frecuente: infección leve de las vías respiratorias altas.
Ancianos	Mayor frecuencia de infecciones moderadas o graves que requieren valoración médica.

En general, el uso de algunos antibióticos, en especial beta-lactámicos (penicilinas y cefalosporinas, especialmente) y los lincosánidos (clindamicina), al igual que otros fármacos, como la nambutona, pueden causar fiebre. Sin embargo, el problema más serio es la aparición de hipertermia, problema que se origina por mecanismos distintos a la fiebre. La elevación de la temperatura corporal ocurre sin la mediación de cambios en el centro termorregulador y se debe a alteraciones en la producción, aporte y/o eliminación de calor, como las ocasionadas por golpe de calor o inducida por fármacos.

Existen 5 tipos de hipertermia inducida por fármacos bien descritos:

- **Hipertermia maligna.** Asociada a uso de anestésicos inhalados administrados conjuntamente con succinilcolina.
- **Síndrome neuroléptico maligno.** Asociado a antipsicóticos o a retirada de agentes dopaminérgicos. Caracterizado por rigidez muscular, disfunción autonómica y estado mental alterado.
- **Intoxicación por anticolinérgicos.**
- **Intoxicación por simpaticomiméticos.** Asociado a drogas de abuso como cocaína, metanfetamina
- **Síndrome serotoninérgico.** Se ha asociado a distintos medicamentos, pero las combinaciones más relacionadas con la aparición de este problema incluye a: inhibidores de la mono-



amina oxidasa con antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina, anfetaminas, dextrometorfano o meperidina.

### 3. PACIENTES CON FIEBRE QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

- Duración de la fiebre: Fiebre de más de 48 a 72 horas en niños mayores o adultos, y más de 24 a 48 horas en menores de 2 años.
- Indicadores de alarma:
  - Fiebre en cualquier niño menor de 2 años, aunque no haya focalidad.
  - Fiebre de más de 40,5° C.
  - Otros síntomas de alarma: Irritabilidad, confusión, dificultad para respirar, rigidez en el cuello, síntomas focales de infección que requiere un tratamiento específico, por ejemplo: dolor de oído, molestias urinarias.
  - Pacientes con enfermedades de base que predisponen a presentar infecciones más severas: SIDA, EPOC, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, inmunosupresión por quimioterapia, corticoides u otros fármacos inmunosupresores, entre otras.
  - Fiebre asociada a la toma de un medicamento. Los antipiréticos son inefectivos en el tratamiento de la hipertermia inducida por fármacos.

### 4. RECOMENDACIONES PARA TRATAR LA FIEBRE

#### Medidas no farmacológicas

- Hidratación adecuada del paciente, especialmente los niños. Ingerir entre 1,5 y 2 litros al día de líquidos frescos y azucarados, distribuidos en pequeñas cantidades y de forma frecuente.
- Renovar el aire ambiental.
- Usar baños o paños con agua templada (30-33°C) y mantenerlos de 10 a 20 minutos.
- No se recomienda abrigar en exceso al paciente.
- No se recomienda los métodos de enfriamiento corporal externo como:
  - Utilizar paños de alcohol.
  - Utilizar baños de agua fría.



El enfriamiento corporal externo no modifica el punto de ajuste del centro termorregulador y, por tanto, se activan mecanismos fisiológicos para “recuperar” la temperatura corporal, mediados por este centro controlador, con lo que el alcance temporal de las medidas físicas es limitado.

## Tratamiento farmacológico

- Se recomienda tratar la fiebre cuando causa un importante malestar subjetivo al paciente así como cuando la relación beneficio-riesgo de los fármacos antitérmicos sea favorable.
- **Paracetamol** es el medicamento de primera elección. No está demostrado que el uso alternante de paracetamol e ibuprofeno sea preferible.
- El **ácido acetil salicílico** está contraindicado en niños cuando se sospecha que la fiebre esta relacionado con un proceso infeccioso vírico.
- El **ibuprofeno** es una alternativa al paracetamol.

---

### RECUERDE ►►►►►

- Valorar siempre los signos y síntomas asociados a la fiebre.
  - No usar métodos de enfriamiento corporal extremo como medida no farmacológica.
  - Valorar siempre la edad del paciente.
  - Indicar un solo principio activo (evitar la alternancia).
  - Valorar si el paciente tiene una patología de base que suponga un riesgo.
- 

## 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Halloran LL, Bernard DW. Management of drug-induced hyperthermia. Curr Opin Pediatr. 2004; 16: 211-5.
- Regueiro-Mira M, Regueiro-Mira F. Guías Clínicas en Atención Primaria: Fiebre. Fisterra Guías Clínicas 2002; 2 (19). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Fiebre.pdf>, [día de acceso: 16-07-2007].
- Goto M, Koyama H, Takahashi O, Fukui T. A retrospective review of 226 hospitalized patients with fever. Intern Med. 2007; 46: 17-22.
- Gore C, David TJ. Drug-induced fever and bone marrow suppression in a 12-year-old girl with cystic fibrosis. J R Soc Med. 2001; 94 (Suppl 40): 35-7.



## HEMORROIDES

### 1. CONCEPTO

Las hemorroides (dilatación de las venas del plexo hemorroidal) son venas situadas en el recto y en la región perianal, que al dilatarse se convierten en varicosidades (varices), las cuales pueden originar distintos síntomas y molestias. Siendo el signo más común el sangrado ano-rectal (sangre roja por el ano), el cual se evidencia en forma de gotas en la taza del inodoro o manchando el papel higiénico. Habitualmente, el sangrado es escaso, pero puede ser abundante.



En las hemorroides internas el sangrado no se acompaña de dolor. Las hemorroides externas si pueden producir prurito anal y dolor.

Las hemorroides es una patología muy frecuente. La mayoría de la gente puede tener, en algún momento de su vida, síntomas derivados de las hemorroides.

### Complicaciones

Estas dilataciones se pueden protuir o trombosarse (causando dolor) o pueden ulcerarse (produciendo sangrado). La trombosis puede resolverse espontáneamente, dejando secuelas como picor, "pesadez" o "quemazón".

- **Prolapso:** Es una manifestación tardía. En ocasiones las hemorroides pueden descender desde el interior del ano, salir y tener dificultad para volver a su posición original. El prolapso genera un abultamiento en el ano, que se acompaña de intenso malestar y dolor. Esto puede dar lugar a secreción mucosa que provoca irritación anal secundaria, la que es definida por los pacientes como prurito, "pesadez", "quemazón".
- **Trombosis hemorroidal:** Produce endurecimiento y aumento de la sensación de dolor del prolapso (abultamiento en el ano). Las hemorroides trombosadas se originan al ser estranguladas por los músculos esfinterianos cuando están prolapsadas, produciéndose congestión sanguínea y trombosis. La hemorroide se vuelve dura, de color oscuro (negro) y no se puede reducir, formándose un edema en todo el territorio perianal, lo que produce dolor.
- **Picor y quemazón en el ámbito anal:** Aparece cuando las hemorroides retornan a su posición habitual, especialmente a la hora de defecar o limpiarse el ano.

## 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE HEMORROIDES

- Las causas más importantes en la aparición de hemorroides suelen ser el estreñimiento y los malos hábitos a la hora de defecar (permanecer mucho tiempo en la taza, hacer mucha presión).
- Herencia: Existe un patrón familiar en la aparición de las hemorroides.
- Factores anatómico-fisiológicos (mecánica postural).
- El tipo de trabajo (estar muchas horas de pie o sentado, cargar mucho peso).
- El estilo de vida: la obesidad y el sedentarismo pueden favorecer o empeorar los síntomas de las hemorroides.
- La dieta: La mayor parte de los casos de estreñimiento son debidos a dieta pobre en fibra.
- La diarrea: Debido al incremento de la presión anal que genera, también incrementa la incidencia de la clínica hemorroidal.
- El embarazo y trabajo de parto: el aumento de la presión intraabdominal y la disminución u obstrucción del retorno venoso pueden producir hemorroides, que pueden desaparecer o no, tras el alumbramiento.
- La trombosis de la vena porta y la cirrosis hepática, debido al aumento de la resistencia al retorno venoso.

## 3. PACIENTES CON HEMORROIDES QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO



En general, los pacientes que presenten, además de hemorroides, otros síntomas no característicos se deben derivar al médico para que excluya otros problemas de salud más graves.

- Duración de los síntomas: Sangrado prolongado, acompañado de síntomas como palidez y mareo. Si el sangrado es lo suficientemente prolongado puede producir anemia crónica (anemia secundaria).
- Indicadores de alarma:
  - El sangrado rectal puede ser el signo inicial de una patología grave del colon y recto. (diverticulitis, fisura, colitis ulcerosa, colitis infecciosa entero-hemorrágica, carcinoma ano-rectal, pólipos, malformaciones arteriovenosas, fístula ano-rectal, úlcera crónica solitaria). Ante un paciente sin antecedentes de hemorroides diagnosticadas que presente sangrado rectal, sobre todo si es mayor de 50 años, se deberá recomendar acudir al médico.



- Las hemorroides acompañadas de un prolapso importante, pueden requerir de intervención quirúrgica.
- La trombosis hemorroidal es una complicación de las hemorroides que precisa de cirugía urgente para su resolución (bulto prolapsado, duro y acompañado de intenso dolor).
- La intensidad de los síntomas, así como su repetición obligará a valorar la necesidad de cirugía para la solución del problema.

#### 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES

##### Durante las crisis:

###### • Tratamiento no farmacológico

- Baños de agua tibia-fresca (3-4 al día), durante 10-15 minutos.
- Bolsas con hielo.

###### • Tratamiento farmacológico

- Cremas antihemorroidales, durante un tiempo limitado (no más de 5-7 días ya que su uso prolongado puede dar lugar a complicaciones). La combinación de emolientes con **esteroides tópicos** de baja potencia alivia los síntomas del paciente.
- Analgésicos (**paracetamol o ibuprofeno**).

##### En la defecación:

###### • Tratamiento no farmacológico

- No reprimir el deseo de ir al baño.
- Procurar realizar una deposición al día, evitando situaciones que puedan causar diarrea.
- Evitar estar demasiado tiempo en el baño (evitar los esfuerzos).
- Si las hemorroides se prolapsan (se salen del ano), lo mejor es intentar devolverlas a su posición habitual haciendo una leve presión con el dedo.
- Utilizar toallitas húmedas o hacer baños de agua tibia tras la deposición, para la limpieza.

Para prevenir que vuelvan a molestar, es necesario un cambio en los hábitos de alimentación. Es fundamental evitar el estreñimiento:

- Aumentar la cantidad de fibra en las comidas (frutas frescas, verduras, pan, cereales, entre otros).

- Beber líquidos: Entre 2 y 3 litros al día (zumos, sopas, evitar alcohol), excepto en casos de pacientes con restricciones hídricas (insuficiencia cardíaca, renal o hepática).
- Realizar ejercicio diariamente. Caminar, correr, nadar u otro tipo de ejercicio aeróbico, unos 30 minutos, idealmente todos los días.

---

## RECUERDE

- El sangrado rectal siempre necesita un diagnóstico de certeza. Precaución en los mayores de 50 años.
- Los cuidados locales y el empleo de cremas hemorroidales durante cortos periodos de tiempo (5-7 días) solucionan la inmensa mayoría de los casos leves que aparecen.
- En general, los estudios realizados con fibra muestran benéficos en el alivio de los síntomas y hemorragias, cuando se utiliza en el tratamiento sintomático de las hemorroides.

## 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the treatment of hemorrhoids. Arlington Heights (IL): American Society of Colon and Rectal Surgeons; 1993. 4 p.
- Davies RJ. Haemorrhoids. Clin Evid. 2006; 711-24. Disponible en: <http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/dsd/0415/0415.jsp>[.Día de acceso: 10-6-2007].
- Cataldo P, Ellis CN, Gregorcyk S, Hyman N, Buie WD, Church J, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised). Dis Colon Rectum. 2005; 48: 189-94.
- Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, López-Yarto M, Zhou Q, Johanson JF, et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2006; 101: 181-8.





## INSOMNIO

### 1. CONCEPTO

El insomnio es el problema más frecuente de los trastornos del sueño y se define como la dificultad para iniciar o mantener el sueño que repercute negativamente sobre la actividad del día siguiente, debido a presencia de fatiga, somnolencia, ansiedad, depresión, astenia, irritabilidad y dificultad para concentrarse y el desempeño psicomotor. La persona con insomnio se queja de dificultad para conciliar (iniciar) el sueño, aumento en la cantidad de despertares nocturnos, disminución en el tiempo total de sueño o sensación de sueño insuficiente.

Según la fase del sueño en la que aparece, se distinguen 3 tipos básicos de insomnio:

- **De conciliación:** La dificultad principal consiste en conciliar el sueño (más de 30 minutos).
- **De mantenimiento:** Despertares frecuentes durante toda la noche (más de 3 en la noche).
- **Despertar precoz:** Despertar de madrugada con incapacidad de volver a conciliar el sueño (tiempo total de sueño sea inferior a 5 horas).

Según la duración del insomnio, se pueden identificar 3 tipos de insomnio:

- **Transitorio:** Menos de una semana.
- **De corta duración:** De una a tres semanas.
- **Crónico:** Más de tres semanas de evolución.

Según se conozca o no la causa, el insomnio puede ser:

- **Primario** (ausencia de una afección psicofisiológica -física o mental- conocida como causa insomnio): Representa solo entre en 15-20 % de los casos de insomnio. Sus formas son básicamente la apnea del sueño, síndrome de las piernas inquietas, mioclonias nocturnas.
- **Secundario** (identificación de una causa atribuible): Representa la principal forma de insomnio (cerca del 80%). Algunos problemas médicos (asma, cáncer, etc.), alteraciones psiquiátricas, malos hábitos del sueño y la utilización de ciertos medicamentos, pueden causar insomnio.



En todo caso, el insomnio primario, al igual que el secundario a una enfermedad o a la utilización de medicamentos o con una duración superior a tres semanas (crónico) debe ser valorado por un médico.

## 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DEL INSOMNIO

Las causas de insomnio secundario son múltiples, pasando desde situaciones de estrés pasajeras hasta problemas de salud serios, tales como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana o el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), el cáncer, y una amplia variedad de alteraciones psiquiátricas. En general, cualquier situación (incluyendo algunos medicamentos) que estimulen de forma directa o indirecta el sistema nervioso central (SNC) y/o el autónomo simpático, puede alterar el patrón del sueño.

- **Alteraciones psiquiátricas:** La depresión, principalmente, seguida de la ansiedad, esquizofrenia, manía y otros trastornos del comportamiento, se les atribuye cerca del 40% de los casos de insomnio crónico.
- **Enfermedades crónicas:** El dolor crónico, el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los estados alérgicos, la insuficiencia cardiaca, el cáncer, el VIH/SIDA, el Alzheimer, las alteraciones músculo-esqueléticas (reumáticas) y el reflujo gastro-esofágico.
- **Consumo de sustancias estimulantes del SNC:** El alcohol, el café, té, cacao, bebidas cola, tabaco, cocaína y otras sustancias de abuso.
- **Otros problemas de salud o situaciones fisiológicas:** Hipertiroidismo, insuficiencia renal crónica terminal menopausia y nicturia.
- **Inadecuada higiene del sueño.**
- **Cambios en las actividades diarias o de trabajo, al igual que realizar actividades que generen estrés.**
- **Utilización de algunos medicamentos:** De forma general, fármacos lipofílicos con capacidad de estimular el SNC o de afectar la neuro-transmisión mediada por los sistemas adrenérgico, colinérgico o gabaérgico pueden causar alteraciones en el sueño. En este sentido, los fármacos estimulantes del SNC o con alguna actividad simpático-mimética o parasimpaticolítica (anticolinérgica) pueden causar insomnio. Además, los medicamentos que causan o descompensan la apnea del sueño, como las benzodiazepinas, pueden causar alteraciones en el sueño. Por su parte, fármacos con efectos colinérgicos pueden acelerar la aparición de la fase REM del sueño y, con ello, causar sensación o necesidad de dormir.
- **Dentro de los medicamentos más asociados a la aparición de insomnio se destacan:** Anfetaminas, corticosteroides, estimulantes adrenérgicos (efedrina, pseudoefedrina, agonista beta dos), bloqueantes beta, antidepresivos, diuréticos, los esteroides anabólicos, teofilina, aminofilina, benzodiazepinas, anticonvulsivantes, levodopa a dosis altas, vitamina B6, ciprofloxacino y levofloxacino. A continuación se presentan algunos detalles relacionados con este efecto.

- **Inhibidores del apetito (anorexígenos).** Las anfetaminas (anfetamina >> anfetromona, mazindol y fentermina), debido a que estimulan la transmisión de catecolaminas, pueden causar insomnio. Entre este grupo de fármacos, la fenfluramina, debido a que favorece la liberación e impide la recaptación de serotonina, puede causar sedación, somnolencia en el día, efecto que se puede acompañar de insomnio en la noche, debido a que disminuye la duración de la fase REM.
- **Corticosteroides (dexametasona >> metil-prednisolona y prednisona).** El efecto sobre el sueño depende de la dosis, duración del tratamiento y sensibilidad del paciente. Las dosis altas están asociadas con la aparición de nerviosismo, insomnio y euforia.
- **Bloqueantes beta:** Especialmente los más lipofílicos (propranolol, pindolol y metoprolol) y en menor medida sotalol, acebutalol, alprenolol y atenolol.
- **Diuréticos:** El empleo de estos fármacos en las últimas horas de la tarde o en la noche puede causar insomnio, debido de la necesidad del paciente de acudir al baño.
- **Antidepresivos:** Los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoamino oxidasa y en especial los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ya que reducen la fase REM y aumentan la actividad neurotransmisora de las catecolaminas.
- **Anticonvulsivantes:** En especial los clásicos como la carbamazepina y la fenitoína que reducen la fase REM, sin embargo los nuevos antiepilépticos (gabapentina, pregabalina) no parecen tener este efecto.
- **Hormonas sexuales:** Los andrógenos y esteroides anabólicos (especialmente con nandrolona) pueden causar apnea del sueño.

### 3. PACIENTES CON INSOMNIO QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

- Duración del insomnio: En general, todo paciente con insomnio crónico (mayor de 3 semanas), en los que a pesar de los consejos indicados no mejoran.
- Indicadores de alarma:
  - Pacientes con un deterioro importante de la calidad de vida del individuo, en el ámbito personal o laboral debido al insomnio.
  - Pacientes con insomnio secundario a alguna enfermedad, alteraciones psiquiátricas o utilización de medicamentos.
  - Todos los casos de insomnio primario (apnea del sueño, síndrome de piernas inquietas o mioclonías nocturnas).

## 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO

### Medidas no farmacológicas.

**Higiene del sueño.** Comprende el conjunto de conductas, condiciones medioambientales y otros factores relacionados con el sueño, que pueden ser reguladas con el fin de lograr una buena conducta con respecto al sueño, disminuir la ansiedad y modificar creencias que favorecen el insomnio. En general, existen muchos elementos en común entre **higiene del sueño y otros tratamientos cognitivo-conductuales para el insomnio, tales como instrucciones del control de estímulos (favorecen el sueño) y técnicas de restricción del sueño (asegurar el ciclo sueño-vigilia).** Entre dichas medidas se destacan, entre otras:

- Establecer un horario regular para acostarse y levantarse.
- Limitar las siestas durante el día a un máximo de 30 minutos.
- Dormir sólo lo necesario para encontrarse descansado y despejado al día siguiente. Limitar la permanencia en la cama a un máximo de 8 horas.
- Si tras 25-30 minutos se permanece despierto, se debe salir del dormitorio y realizar actividades que relajen o induzcan el sueño; si es necesario se debe repetir la medida.
- Realizar, si se requiere, medidas relajantes, tales como lecturas sencillas y relajantes, ejercicios de relajación (yoga, respiraciones, entre otras), escuchar música suave, un baño caliente de menos de 15 minutos.
- Evitar comer, trabajar o ver la televisión en la cama.
- Realizar ejercicio físico durante el día, evitando que sea en las 4 horas previas a irse a dormir.
- Usar el dormitorio solo para dormir y relaciones sexuales.
- Mantener la habitación en condiciones óptimas para dormir: sin exceso de luz, sin ruidos y a una temperatura confortable. Y dormir en las mejores condiciones: cama confortable, pijama adecuado, etc.
- Llevar una dieta equilibrada, evitando las cenas copiosas, el alcohol y el tabaco. Se debe dejar transcurrir al menos 2 horas antes de acostarse. Se debe evitar acostarse con hambre. El tomar un vaso de leche tibia al ir a dormir puede favorecer el sueño.
- Evitar sustancias estimulantes, como el alcohol, tabaco, café, té, etc., sobre todo 6 horas antes de acostarse.
- Limitar la ingesta de líquidos previa a irse a la cama; y orinar antes de acostarse.
- Crear una rutina antes de acostarse: cepillar los dientes, poner el despertador, escuchar música, baño con agua caliente.



## Medidas Farmacológicas

- Si el médico ha prescrito medicación para tratar el insomnio, recomendar al paciente que siga estrictamente la pauta que le ha indicado sin prolongarlo en el tiempo.
- Los medicamentos para dormir pueden ser eficaces a corto plazo, pero a largo plazo producen dependencia, pueden alterar la memoria, la concentración y disminuir los reflejos.
- En caso de necesidad y durante un breve espacio de tiempo: **Difenhidramina o doxilamina** teniendo en cuenta los efectos secundarios como sequedad de boca, estreñimiento ó visión borrosa, que existen escasas evidencias que avalen su uso y que no son de elección para el manejo del insomnio crónico.

---

### RECUERDE



- El insomnio es la dificultad para conciliar ó mantener el sueño y genera sensación de cansancio al día siguiente.
- La mayoría de las causas de insomnio son secundarias a otros procesos, en especial trastornos afectivos.
- Si las normas de higiene del sueño no mejoran el insomnio es aconsejable derivar al paciente a su médico de familia.

---

## 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Singh A, Ghazvini P, Robertson N, Massey AJ, Kirksey O, Honeywell MS. Sep disturbances in patients with psychiatric illness. *Journal of Pharmacy Practice*. 2006; 19: 369-78.
- Sateia MJ, Nowell PD. Insomnia. *Lancet*. 2004; 364: 1959-73.
- Idzikowski C, Shapiro CM. ABC of sleep disorders. Non-Psychotropic drugs and sleep. *BMJ*. 1993; 306: 1118-21.
- Kaynak D, Kiziltan G, Kaynak H, Benbir G, Uysal O. Sleep and sleepiness in patients with Parkinson's disease before and after dopaminergic treatment. *Eur J Neurol*. 2005; 12: 199-207.
- Costa e Silva JA. Sleep disorders in psychiatry. *Metabolism*. 2006; 55(Suppl 2): S40-4.
- Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Medicine Reviews*. 2003; 7: 215-25.
- Estivill E, Bové A, García-Borreguero D, Gibert J, Paniagua J, Pin G. Consensus on Drug Treatment, Definition and Diagnosis for insomnia. *Clin Drug Invest*. 2003; 23: 351-385.
- Silber M. Chronic insomnia. *N Engl J Med*, 2005; 353: 803-10.

## IRRITACIÓN OCULAR (CONJUNTIVITIS)

### 1. CONCEPTO

La conjuntivitis es la inflamación de la conjuntiva (membrana mucosa que recubre la superficie interna de los párpados y de la esclera anterior) de uno o ambos ojos, debido a la presencia de agentes infecciosos, alérgicos, tóxicos o mecánicos. El hallazgo más frecuente es el enrojecimiento de la conjuntiva, especialmente en los bordes de los ojos. Además, se puede acompañar de lagrimeo, sensación de cuerpo extraño y de secreciones. Igualmente, puede haber presencia de síntomas generales o catarrales.



La conjuntivitis puede ser alérgica (secreción mucosa y escasa), vírica (secreción acuosa y escasa) y bacteriana (secreción muco-purulenta y abundante).

De forma general, se denomina conjuntivitis a cualquier inflamación y coloración roja del ojo. Sin embargo, existen otras enfermedades serias que producen enrojecimiento del ojo, como la queratitis, iridociclitis, uveitis o glaucoma, por lo que resulta fundamental establecer síntomas e indicadores de la existencia de este tipo patologías. En este sentido, la presencia de ojo rojo acompañado de dolor ocular, visión borrosa o disminución de la agudeza visual, al igual que fotofobia seria, señalan la necesidad de derivar al paciente al médico.

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE CONJUNTIVITIS

- **Infecciosas.** Las infecciones bacterianas y virales constituyen la causa más frecuente. La infección bacteriana se ve acompañada de secreción purulenta, lo que hace que sea posible que los ojos estén pegados, especialmente cuando están infectados ambos ojos. La conjuntivitis infecciosa es más frecuente en los meses de invierno.
- **Alérgica.** El síntoma más llamativo es el picor de ojos (usualmente en el ángulo interno). La conjuntiva se encuentra enrojecida e hinchada y a veces se aprecian a siempre vista bolsas llenas de líquido. Es característico, la presencia de picor e historia previa de conjuntivitis. Este tipo conjuntivitis es más frecuente en niños mayores, y aparece sobre todo en primavera.
- **Irritativa.** El humo, cuerpos extraños, intensidad lumínica, falta de lubricación ocular en el ojo seco o tras un periodo prolongado de visualización de una pantalla, entre otras causas,

pueden irritar y volver el ojo rojo. La fatiga ocular generada por una mala acomodación y su no corrección produce estos mismos síntomas.

En algunos casos, la utilización de algunos medicamentos puede estar asociada con la aparición de conjuntivitis u otros problemas oculares:

- Bifosfonatos: El pamidronato y el alendronato pueden causar escleritis, uveítis, conjuntivitis y visión borrosa.
- Amiodarona: Puede producir blefaro-conjuntivitis.
- Isotretinoína: Está demostrado que puede producir blefaro-conjuntivitis.
- Inhibidores selectivos de la ciclo-oxigenasa –II (COX-II): Se han notificado casos de visión borrosa y conjuntivitis con el uso de celecoxib y rofecoxib.
- Fitoterapéuticos:
  - Manzanilla (Chamomile): Está demostrado que puede producir conjuntivitis alérgica.
  - Equinacea (Echinacea purpurea): Es probable que produzca conjuntivitis.

### 3. PACIENTES CON CONJUNTIVITIS QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

- En general, todo paciente con ojo rojo, acompañado de indicadores de una afección ocular seria debe derivarse al médico:
  - Dolor ocular intenso.
  - Alteración en la visión: Disminución de la agudeza visual, visión borrosa o fotofobia (sensibilización a la luz) importantes.
  - Párpados enrojecidos e hinchados.
  - Incapacidad para mover el ojo.
  - Enrojecimiento ocular en la parte central o alrededor del iris.
- Además, pacientes en los que se sospecha conjuntivitis bacteriana y en los que no se obtiene respuesta con el tratamiento indicado.

### 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA CONJUNTIVITIS

#### Medidas no farmacológicas

En el caso de la conjuntivitis infecciosa existen varias medidas que se deben seguir para evitar o minimizar el riesgo de contagio:

- Lavarse las manos con frecuencia.
- Evitar tocarse los ojos con las manos.
- Cambiar las fundas de las almohadas con frecuencia.
- Reemplazar los cosméticos para los ojos con regularidad.

# Irritación ocular (conjuntivitis)

## Irritación ocular (conjuntivitis)

- No compartir los cosméticos de los ojos, toallas, ni pañuelos.
- Utilizar y cuidar debidamente las lentes de contacto (evitando su uso mientras dure la irritación ocular).
- Lavar los ojos con agua, suero fisiológico o con toallitas desechables destinadas específicamente para retirar la secreción producida.

### **En el caso de la conjuntivitis alérgica se recomienda el seguimiento de las siguientes medidas:**

- Mantener cerradas las puertas y ventanas de las casas durante el mayor tiempo posible.
- Utilizar equipos de aire acondicionado (disminuyen las concentraciones de polen en el interior de la casa).
- Evitar el contacto con animales de compañía, los ambientes con humo de tabaco.
- Limpiar bien las casas para eliminar los ácaros y utilizar el menor número posible de cortinas y alfombras en la casa.

**En el caso de la conjuntivitis irritativa** se recomienda el descanso ocular, evitar al máximo los agentes irritantes que lo causan y evitar la exposición directa a la luz directa, al sol y al aire (utilizar gafas de sol).

### **Tratamiento farmacológico**

En el caso de las conjuntivitis bacterianas, se requiere la utilización de antibióticos tópicos, los cuales deben ser indicados por el médico. En el caso de la conjuntivitis vírica, normalmente se resuelven en 1-2 semanas y debe evitarse el uso de antibióticos.

- En casos de conjuntivitis por sequedad ocular o irritativa, se recomienda baños oculares y la aplicación de **lágrimas artificiales** (carbomero, hipromelosa, carmelosa).
- En caso de conjuntivitis alérgica: Medicamentos antialérgicos, en forma de colirio (por ejemplo antihistamínicos). Si los síntomas son muy intensos, se puede añadir un antihistamínico por vía oral (**loratadina, cetirizina**), o **un corticoide en colirio ocular pero, siempre, bajo supervisión médica**. En general, estos pacientes aprenden a reconocer el comienzo de los síntomas e inician de forma precoz la administración del **colirio antialérgico (ac. cromoglicico)** que evitará que los síntomas sean intensos.
- Se debe evitar siempre la utilización de vasoconstrictores oculares para “disimular” los síntomas irritativos, debido a la probabilidad de enmascarar el inicio de alteraciones oculares más serias.



# Irritación ocular (conjuntivitis)

## Irritación ocular (conjuntivitis)

---

### RECUERDE



- La mayoría de las causas infecciosas requerirán la valoración médica.
- La conjuntivitis alérgica puede ser aliviada con la administración precoz de medicación.
- Las lágrimas artificiales alivian los síntomas relacionados con la sequedad e irritación ocular.
- Evitar el uso de vasoconstrictores locales.

### 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- García De la Rasilla C, Martín Bun M, Estévez Muñoz JC, et al. Guías Clínicas en Atención Primaria: conjuntivitis bacterianas. *Fisterra Guías Clínicas* 2004; 4 (16). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Conjuntivitis.pdf> (Día de acceso: 15-07-2007).
- Esteva Espinosa E. Conjuntivitis: Sintomatología, tratamiento y medidas preventivas. *OFFAR*. 2004; 23(11):60-6.
- Santaella RM, Fraunfelder FW. Ocular adverse effects associated with systemic medications: recognition and management. *Drugs*. 2007; 67: 75-93.
- Santaella RM, Fraunfelder FW. Drug-related adverse effects of clinical importance to the ophthalmologist. *American Academy of Ophthalmology*. Disponible en: <http://piodr.sterling.net/staticContent/AAO%20Syllabus%202006.pdf> [Día de acceso: 15-07-2007].

## VAGINITIS

### 1. CONCEPTO

Se entiende por vaginitis los diferentes grados de inflamación de la vagina, los cuales se suelen acompañar de flujo vaginal anormal, picor, escozor y disuria. Cuando la clínica afecta a genitales externos se denomina vulvovaginitis.

Los síntomas más frecuentes de una vaginitis son los cambios en el flujo vaginal. El flujo o moco vaginal es una secreción normal de la vagina que ayuda a mantenerla en buen estado y defenderla de las infecciones. Puede variar a lo largo del ciclo menstrual y aumentar en el embarazo. Sin embargo, se considera que el flujo vaginal es anormal cuando aparece picor, aumento excesivo de la cantidad, mal olor o cambio de color respecto al flujo habitual. Las causas de la vaginitis van desde hipersensibilidad a algunos productos hasta vaginitis infecciosas por hongos, bacterias o parásitos o incluso por otras enfermedades de transmisión sexual.

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE VAGINITIS

Las vaginitis se clasifican según la causa en:

- **Vaginitis infecciosa.** Las Infecciones vaginales pueden estar causadas por:
  - Bacterias (Vaginitis bacteriana). Es la causa más frecuente de vaginitis. Es una alteración en el ecosistema bacteriano de la vagina, con sobrecrecimiento de *Gardnerella vaginalis*, junto con bacterias anaerobias y disminución de los lactobacilos.
  - Hongos (Candidiasis vulvovaginal). Es la segunda causa de vaginitis.
  - Parásitos (Tricomoniasis). Se transmite por vía sexual, mientras que la vaginosis bacteriana o la infección por hongos puede ocurrir sin transmisión sexual.
  - Otros gérmenes (herpes, gonococos, clamidias, entre otros).



Las vaginitis presentan siempre alteraciones del flujo vaginal diferenciándose de otras infecciones de transmisión sexual como sífilis o gonorrea que afectan a la vagina y a otras estructuras de una forma clínica poco sintomática.

- **Vaginitis no infecciosa** en las que, generalmente, el flujo es escaso y predomina el picor:
  - Vaginitis atrófica. Por atrofia de los tejidos de la vagina tras la menopausia. En este caso disminuirán las hormonas del tejido vaginal que hacen que su zona interior sea más fina y sensible.



- Vaginitis alérgica. En las mujeres con hipersensibilidad a algunos productos, por ejemplo al látex de preservativos.
- Por irritación provocada por sustancias y componentes de productos de uso común (uso habitual de jabones, antisépticos vaginales, cremas espermicidas).



En general, las infecciones vaginales requieren un diagnóstico diferencial para conocer el germen causal y hacer un tratamiento específico. Las características clínicas del flujo muchas veces no son suficientes para hacer un diagnóstico clínico. La observación directa o la realización de un frotis en fresco determinarán el origen de la infección, de ahí que se requiera casi siempre la valoración médica. Sin embargo, la vaginitis por *Cándida* es una de las infecciones más frecuentes, siendo posible sospechar su presencia, cuando existe flujo copioso blanquecino (como yogur), prurito moderado y coincidencia temporal con la toma de antibióticos sistémicos, corticoides o anticonceptivos orales.

Los factores de riesgo de la candidiasis vulvovaginal son la diabetes mal controlada, el embarazo y la toma de algunos medicamentos, como corticoides y antibióticos sistémicos. La evidencia disponible sobre los anticonceptivos hormonales como factor de riesgo de la candidiasis es contradictoria. Clínicamente, se habla de candidiasis vulvovaginal recurrente cuando una paciente padece cuatro o más episodios sintomáticos al año.

### 3. PACIENTES CON VAGINITIS QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO



Las vaginitis necesitan de un diagnóstico diferencial previo por lo que se derivará a todas aquellas pacientes en las exista duda sobre la causa de la vaginitis.

- Duración de la vaginitis: Vaginitis por *Cándida* de más de 4 semanas o aparición de síntomas más de 4 veces al año.
- Indicadores de alarma (vaginitis acompañada de):

- Ausencia de mejoría del flujo o de las molestias tras 15 días de tratamiento.
  - Existencia de pequeñas heridas (úlceras), verrugas en la vulva o pequeños insectos o liendres en su vello genital.
  - Presencia de fiebre y dolor en el abdomen o con sangrado que no coincide con la regla.
- Derivación de carácter urgente.

#### 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS VAGINITIS

##### Tratamiento no farmacológico

- **Vaginitis infecciosa:** Evitar las relaciones sexuales en las que haya contacto con el flujo vaginal o utilizar la protección de un preservativo para evitar posibles contagios.
- **Vaginitis atrófica:** Recomendar pomadas lubricantes vaginales.
- **Vaginitis alérgica:** Recomendar preservativos fabricados con otra composición (sin látex); utilizar jabones de pH neutro y ropa interior de algodón; evitar la ropa interior de fibra sintética, perfumes y salva-slip; evitar la utilización de ducha vaginales (no hay evidencia de su efectividad y pueden causar serios efectos adversos como endometritis y embarazo ectópico); y evitar cremas espermicidas irritantes.

##### Tratamiento farmacológico

**Vaginitis por Cándida.** Sólo ante la sospecha de vaginitis por Cándida (según los criterios antes establecidos) podría efectuarse un tratamiento empírico con imidazoles tópicos. En caso de falta de respuesta clínica se deberá derivar al médico.

- Imidazol tópico (**clotrimazol, miconazol**) en forma de crema o comprimido vaginal. (Actualmente, en España no están autorizados sin receta médica)
- La pareja sexual, en algunos casos, deberá realizar también tratamiento tópico, aunque no reduce los síntomas o la recurrencia en la mujer.
- En otros casos, la pareja deberá utilizar tratamiento oral con medicamentos de prescripción médica.



---

## RECUERDE >>>>>

- En la mayoría de los casos, debido a la necesidad de diagnóstico diferencial, se debe derivar la paciente al médico.
- Una de las vaginitis infecciosas más frecuentes es la causada por *Candida*, la cual es relativamente fácil de identificar.
- Las medidas preventivas ayudarán a prevenir la enfermedad.
- Es importante limitar el empleo de los antisépticos vaginales en la mayoría de las mujeres.

---

## 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Spence D. Candidiasis (vulvovaginal). Clin Evid 2006; 15: 1–2. disponible en: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/woh/0815/0815.jsp> [Día de acceso: 25-06-07].
- López Alvarez J.L, Martínez Vidal A., Blanco López AM. Vulvovaginitis. Guías clínicas 2005; 5 (30). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/vaginitis.asp>. [Día de acceso: 25-6-07].

### VARICES EN MIEMBROS INFERIORES

#### 1. CONCEPTO

Las venas de las extremidades inferiores son las responsables de que la sangre ascienda hasta el corazón, para lo cual disponen de un sistema de válvulas semilunares contrapuestas, que hacen que el flujo sanguíneo vaya en dirección ascendente y centrípeta del sistema venoso superficial (SVS) al sistema venoso profundo (SVP). Adicionalmente, para vencer la gravedad y hacer que la sangre suba, los músculos de la pierna comprimen las venas y generan un efecto de bomba.

Las varices son dilataciones, alargamientos y flexuosidades de las venas del SVS de las extremidades inferiores. La pérdida de flexibilidad de las paredes venosas y el deterioro funcional del sistema valvular dificultan el retorno venoso y favorecen el paso de sangre desde el SVP al SVS, ocasionando un aumento de la presión hidrodinámica en este último, con la posterior aparición de las varices. Las venas debajo de la piel se tornan gruesas y abultadas.

Las varices son consideradas la cara visible de la insuficiencia venosa crónica (IVC), la cual ocurre cuando las varices no son capaces de devolver al corazón toda la sangre que llega a las piernas. Sin embargo, no hay una relación directa entre el tamaño de las varices y el grado de insuficiencia venosa.



Las varices y la IVC de los miembros inferiores son trastornos de relevancia clínica y frecuentes (se estima que cerca del 20% de los hombres y el 30% de mujeres lo padecen) que se manifiestan con uno o varios de los siguientes signos o síntomas: problemas estéticos, pesadez y edemas de las piernas, sensación de distensión, picor y dolor local sobre las varices, cansancio, calambres musculares, parestesias nocturnas y debilidad. La gravedad de los síntomas no se corresponde con el tamaño o extensión de las varices, ni con el volumen de reflujo. Adicionalmente, muchos de estos síntomas se hallan presentes en personas sin patología venosa.

Las complicaciones de la enfermedad incluyen inflamación crónica de las venas afectadas (flebitis), ulceración de las venas, y ruptura de las varices.

### 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE VARICES

- Predisposición familiar (varices esenciales) antecedentes personales y familiares de patología venosa
- Factores de riesgo:
  - Edad: El riesgo aumenta con la edad.
  - Ortostatismo prolongado (estar en posición de pie largo tiempo)
  - Inmovilidad.
  - Gestación: Por el aumento de la presión abdominal.
  - Paridad: Dos o más embarazos.
  - Obesidad: Solo para mujeres
  - Cambios hormonales.
  - Calor.
  - Antecedentes de trombosis venosa profunda o de traumatismos en miembros inferiores.



En mujeres, los síntomas pueden empeorar con la menstruación, y el embarazo. Por su parte, en algunos casos se ha encontrado relación entre el uso de anticonceptivos orales o tratamiento de reemplazo hormonal y la aparición de varices. Sin embargo, lo que más se suele presentar es el empeoramiento de este problema en personas que lo presentan y utilizan este tipo de fármacos.

### 3. PACIENTES CON VARICES QUE DEBEN DERIVARSE AL MÉDICO

- Tiempo crítico: Pacientes con sintomatología permanente y que no responden a las medidas conservadoras.
- Indicadores de alarma:
  - Persistencia de las molestias a pesar de seguir las recomendaciones pertinentes.
  - Presencia de varices secundarias, que aparecen tras un cuadro de flebitis o de una trombosis venosa.
  - Presencia de inflamación y/o dolor importante en la zona de las varices.
  - Presencia de dolor en la pantorrilla, con hinchazón de la pierna y aumento del tamaño de las venas.
  - Cambio de color o de aspecto de la piel de las piernas.
  - Presencia de úlceras, heridas o de sangrado por las varices.

- Posible asociación con la utilización de tratamientos hormonales sustitutivos o de anticonceptivos orales

#### 4. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS VARICES

Los objetivos de la intervención son: Reducir los síntomas, mejorar la apariencia, y prevenir la recurrencia y complicaciones. El tratamiento recomendado para mejorar la clínica relacionada con las varices y evitar complicaciones, se basa en educación sanitaria y la aplicación de las siguientes medidas higiénico-dietéticas.

##### Tratamiento no farmacológico

- Mantener el peso adecuado. (Reducción de peso en caso de obesidad).
- Evitar el estreñimiento, llevar una dieta rica en fibra y mantener una hidratación adecuada.
- Evitar el ortostatismo. Procurar no sentarse con las piernas cruzadas.
- Evitar periodos prolongados en bipedestación o sedestación.
- Reposo en decúbito.
- Sentarse con las piernas elevadas durante periodos de 30 minutos cada 2-3 veces al día.
- En caso de tener que permanecer de pie durante tiempo prolongado, ponerse de puntillas de forma repetida. Cuando se tenga que permanecer sentado por viajes largos, procurar movilizar las piernas frecuentemente.
- Dormir con los pies de la cama elevada unos 10-20 centímetros.
- Realizar ejercicio físico moderado (en caso de úlceras varicosas se recomienda reposo).
- Usar zapatos cómodos y evitar compresiones circunferenciales localizadas en la extremidad tipo vendajes, ligas o fajas.
- Aplicar sobre las piernas, cuando se noten cansadas, una ducha de agua fría y masajes desde tobillos a rodillas.
- Evitar acercar las piernas a fuentes de calor como estufas o radiadores.
- Mantener una higiene estricta de la piel y aplicar cremas hidratantes en las zonas no ulceradas, tipo vaselina líquida.
- Utilizar de forma continuada (quitar por las noches) **medias elásticas de compresión** clase III o fuerte hasta la cintura. Las medias se colocan a primera hora de la mañana en decúbito y levantando las piernas durante 5-10 minutos. La compresión (decreciente desde el tobillo hasta la cintura o rodilla) mejora el retorno venoso y reduce el reflujo, disminuyendo la sintomatología y el edema, retardando la evolución de la enfermedad.
- Supresión del tabaco.
- Uso de calzado ancho y cómodo, se debe evitar el empleo de tacones.
- Realizar ejercicios que impliquen la flexión de los tobillos, para activar el bombeo muscular.



### Tratamiento farmacológico

- De forma general, **los fármacos flebotónicos no han demostrado una relación beneficio riesgo aceptable** por lo que no son aconsejables. Estos medicamentos no modifican el curso de la enfermedad.
- Las cremas y pomadas especiales para la circulación o antiinflamatorias pueden producir daños en la piel.
- En caso de dolor en las piernas se puede tomar, de forma puntual, el **paracetamol**.

---

#### RECUERDE



- Las medidas físicas y de estilo de vida tienen un papel muy importante en el alivio de los síntomas de las varices.
- Para mejorar el flujo sanguíneo de las venas de las piernas se debe: Elevar las piernas para reducir la presión en las venas, utilizar medias elásticas para ejercer presión y ayudar en la circulación de la sangre de las piernas, evitar cruzar las piernas al estar sentado y hacer ejercicio físico regularmente.
- Los fármacos dirigidos a la insuficiencia venosa crónica carecen de estudios de calidad que avalen su uso.

### 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y RECOMENDADA

- Rodrigo Pendás. JA. Villa Estébanez, R. Insuficiencia Venosa Crónica. Fisterra Guías Clínicas 2002; 2 (21).
- Tisi P. Cardiovascular disorders. Varicose veins. BMJ clinical evidence. IN: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/cvd/0212/0212.jsp> [Día de acceso: 15-07-2007].



---

*Principios activos  
seleccionados*



# Ácido acetil salicílico

## Ácido acetil salicílico (AAS)

### ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO (AAS)

#### 1. INDICACIONES

- Alivio sintomático de los dolores ocasionales leves o moderados, como dolores de cabeza, dentales, menstruales, musculares (contracturas) o de espalda (lumbalgia). Estados febriles asociados al resfriado común o gripe. Únicamente en mayores de 16 años.
- El AAS, el paracetamol y el ibuprofeno se consideran seguros a las dosis recomendadas como medicamentos sin receta. En general, no existe evidencia para establecer diferencias en la eficacia y seguridad de estos tres fármacos en el tratamiento de resfriados y gripe, exceptuando condiciones muy específicas, caso de los estados febriles en niños. Adicionalmente, no se dispone de evidencia de que la utilización de estos fármacos prolongue el curso del resfriado o la gripe, por posible modificación del sistema inmune o por disminuir la fiebre.

#### 2. POSOLOGÍA

- **Dolor leve o fiebre (vía oral): aprobado únicamente para mayores de 16 años** (en niños y adolescentes, no se recomienda su uso por riesgo de Síndrome de REYE).
- 325-650 mg cada 4 horas hasta un máximo de 4 g al día.

#### 3. DESVENTAJAS

- Puede producir náuseas, indigestión o calambres abdominales. Raramente puede causar reacciones alérgicas, sudoración, confusión o alteraciones renales.

#### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- Debido al riesgo de aparición de problemas de seguridad gastrointestinales importantes, en cualesquiera de las siguientes situaciones, el riesgo/beneficio de la utilización de AAS debe ser valorado por un médico:
  - Pacientes mayores de 65 años;
  - Pacientes con historia previa de hemorragia gastrointestinal, o perforación o úlcera gastroduodenal;
  - Pacientes que estén utilizando otros AINES de forma crónica, anticoagulantes orales, corticosteroides, antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; o
  - Pacientes con la presencia de problemas de salud serios tales como enfermedad cardiovascular, fallo hepático o renal, diabetes o hipertensión arterial.

Desde la perspectiva de la seguridad, el AAS presenta cuatro veces más de riesgo de daño gastrointestinal que el ibuprofeno, y dos veces menos que el naproxeno.

# Ácido acetil salicílico

## Ácido acetil salicílico (AAS)

- En general, **en pacientes mayores de 65 años, con depleción de volumen, con hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, diabetes o con enfermedad renal** existe un mayor riesgo de presentación de toxicidad renal por el empleo de AINES, por ello en este grupo de pacientes, la valoración del riesgo/beneficio de la utilización de este grupo de medicamentos debería ser realizada por un médico. Adicionalmente, se debería seguir la aparición de este problema de seguridad, utilizando indicadores de dicho efecto negativo, como puede ser la creatinina sérica.
- En caso de presentar mareos, tinnitus (zumbido de oídos) o problemas para escuchar adecuadamente, el paciente debe suspender el tratamiento y consultar a su médico inmediatamente.
- En general, no se recomienda el empleo de AAS en mujeres embarazadas, ni en la lactancia, en estos casos la paciente debe consultar a su médico.
- En pacientes con asma se debería evitar el uso de AAS.
- Interacciones de relevancia clínica:
  - IECA: El AAS puede antagonizar el efecto antihipertensivo de este grupo de fármacos.
  - Ibuprofeno: El ibuprofeno aumenta los problemas de seguridad, en especial la lesión gastrointestinal; y puede antagonizar el efecto antiagregante plaquetario del AAS.
  - Warfarina y acenocumarol: El AAS aumenta el riesgo de hemorragia.
  - Heparina: El AAS potencia el efecto anticoagulante de la heparina.
  - Insulina y sulfonilureas: El AAS puede aumentar la secreción de insulina y con ello potenciar el efecto hipoglucemiante de las sulfonilureas. Se recomienda monitorizar los valores de glucemia.
  - Acetazolamida: El AAS aumenta el riesgo de acidosis metabólica.
  - Metotrexato: El AAS disminuye la excreción del metotrexato y puede aumentar los problemas de seguridad.
  - Ácido valproico: El AAS puede desplazar de la unión a proteínas plasmáticas al ácido valproico o acetilar a la albúmina y alterar la afinidad de la proteína por este fármaco, aumentando su fracción libre. Adicionalmente, existen informes de casos de aumento del riesgo de sangrado.
  - Ginkgo biloba: El uso simultáneo de Ginkgo biloba y AAS se ha relacionado con el desarrollo de hemorragia ocular. A pacientes en tratamiento con AAS, incluso a dosis de prevención cardiovascular (100 mg/día) se les debería advertir de la importancia de evitar el uso de Ginkgo biloba, debido al riesgo de hemorragia ocular.

## 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Debe tomarse con un vaso de agua o leche, después de las comidas.
- Debe evitarse el consumo excesivo de alcohol.

### 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE AAS	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
500 mg	Comprimidos	Manitol*	AAS®	20 comprimidos
			Aspirina®	
			Aspirina Gervasi®	
	Comprimidos efervescentes	Aspartamo 10 mg	Sedergine®	20 comprimidos
		Sales de sodio 389 mg		
	Comprimidos masticables		Aspirina®	10 comprimidos
	Comprimidos micronizados	Gluten 0,10 mg	Rhonal®	20 comprimidos
	Sobres (granulado)	Aspartamo 5 mg	Aspirina®	10 sobres
Manitol*				

\*Cantidad sin establecer.

### BIBLIOGRAFÍA

- Rhoades KR. Prescribed Medications and OTCs: Interactions and Timing Issues. Diabetes Spectrum. 2002; 15: 256-61.
- Eccles R. Efficacy and safety of over-the-counter analgesics in the treatment of common cold and flu. J Clin Pharm Ther. 2006; 31: 309-19.
- Peterson GM. Selecting nonprescription analgesics. Am J Ther. 2005; 12: 67-79.
- Silhvo S, Klaukka T, Martikainen J, Hemminki E. Frequency of daily over-the-counter drug use and potential clinical significance over-the-counter prescription drug interactions in the Finnish adult population. Eur J Clin Pharmacol. 2000; 56: 495-9.
- Hasten PD, Horn JR. Hasten and Horn Managing Clinical Important Drug Interactions. St. Louis, Mo: Facts and Comparisons; 2003.
- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.

## ÁCIDO CROMOGLÍCICO O CROMOGLICATO SÓDICO

### 1. INDICACIONES

- Afecciones oculares alérgicas: Conjuntivitis alérgica, conjuntivitis crónica, queratoconjuntivitis, queratitis primaveral. Alergias por el uso de lentes de contacto. En la conjuntivitis alérgica, el cromoglicato sódico se aplica en forma de gotas al 2 o al 4%.

### 2. POSOLOGÍA

- Vía oftálmica: Adultos y niños mayores de 4 años.
- 1-2 gotas en cada ojo cada 6-8 horas. La respuesta sintomática aparece en unos 2-3 días, aunque a veces es necesario prolongar el tratamiento hasta unas 6 semanas.

### 3. DESVENTAJAS

- **Ocasionalmente puede producir picor o sensación de quemazón en los ojos.**
- Con la administración de la solución oftálmica pueden aparecer algunos problemas de seguridad similares a los producidos con la inhalación, especialmente cefaleas (40%), seguidos de irritación ocular, ardor o picor (10-30%), disgeusia y congestión nasal.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- Evitar el uso de lentes de contacto blandas durante su aplicación.
- Su aplicación está contraindicada en pacientes con historia de alergia o hipersensibilidad al cromoglicato sódico.
- La valoración del riesgo-beneficio de la utilización de este medicamento en embarazo y lactancia debe ser determinada por el médico.
- No se han descrito interacciones importantes entre el cromoglicato y otros medicamentos.

### 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Tome el frasco con el gotero abierto en la mano y con la otra, estire el párpado inferior levemente hacia abajo.
- Acerque al ojo la punta del gotero por encima del mismo, sin tocarlo.
- Deje caer una gota en el saco conjuntival presionando cuidadosamente el frasco.
- Presione suavemente con el dedo índice sobre el ángulo interior del borde del párpado durante 1 minuto aproximadamente.
- Cierre el frasco de inmediato después de usar.



# Ácido cromoglicico

## Ácido cromoglicico o cromoglicato sódico

- Tenga cuidado de no contaminar el contenido del frasco durante su aplicación, el gotero no debe hacer contacto con ninguna superficie.
- Deseche el envase después de 30 días de haberlo abierto.

### 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE ÁCIDO CROMOGLÍCICO	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
20 mg/1 mL	Colirio	Cloruro de Benzalconio 0,10 mg	Primover®	10 mL

### BIBLIOGRAFÍA

- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.

## ALMAGATO

### 1. INDICACIONES

- Dispepsia, hiperacidez gástrica. Tratamiento sintomático de las alteraciones de estómago relacionadas con hiperacidez (ardores, indigestión, acidez de estómago).

### 2. POSOLOGÍA

- Adultos, vía oral
- Se administra por vía oral a la dosis de 1-1,5 g. La dosis máxima es de 8 g/día.
  - Comprimidos masticables: La dosis recomendada es de 1 g (2 comprimidos), tres veces al día.
  - Suspensión oral en frasco: La dosis recomendada es de 1 g (1 cucharada de 7,5 mL), tres veces al día.
  - Suspensión oral en sobres: La dosis recomendada es de 1,5 g (1 sobre), tres veces al día.
  - Pastillas blandas: La dosis recomendada es de 1 g (1 pastilla blanda), tres veces al día.

### 3. DESVENTAJAS

- Puede producir estreñimiento o diarrea, mareo, sequedad de boca, flatulencia, dolor de cabeza, erupciones en la piel y dolor de estómago.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- En caso de que el paciente esté utilizando hidróxidos de magnesio y aluminio, la toma del almagato se debe distanciar unas dos horas de los hidróxidos.
- En caso de presentar somnolencia o convulsiones el paciente debe consultar a su médico inmediatamente.
- El riesgo/beneficio de la utilización de este medicamento durante el embarazo y la lactancia debe ser establecido por un médico.
- A no ser que el médico establezca lo contrario, el uso crónico de este producto se considera inadecuado.
- Interacciones de relevancia clínica: existen informes de casos y algunos estudios en los que se establece que algunos antiácidos (algedrato, hidróxidos de magnesio y aluminio) causan una disminución en la absorción de algunos fármacos; bien sea por la formación de complejos insolubles o por aumento del pH gastrointestinal. Sin embargo, la relevancia clínica de dichas interacciones es muy cuestionada. A pesar de ello, los fármacos de margen o índice terapéutico estrecho y los fármacos con problemas de solubilidad se deberían administrar es-



paciados mínimo 2 horas (antes o después) de los antiácidos, entre ellos: Bloqueantes beta (atenolol), digitálicos (digoxina, digitoxina), antifúngicos azoles (ketoconazol e itraconazol), quinolonas (ciprofloxacino), tetraciclinas (minociclina, doxiciclina, clortetraciclina, demeclociclina) y sales de hierro (sulfato de hierro y otros).

## 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Los comprimidos se deben masticar perfectamente antes de deglutirse y a continuación beber un vaso de agua; (en su defecto se pueden disolver en medio vaso de agua y tomarse). Por su parte, el frasco con la suspensión debe agitarse enérgicamente antes de su uso.
- El medicamento no se debe tomar con leche.
- Cuando se utilice como antiácido, se recomienda tomar este medicamento después de las comidas o cuando se presenten las molestias. Por su parte, si éste se usa para aliviar síntomas de indigestión, no se debe tomar durante más de dos semanas sin valoración del médico.

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE ALMAGATO	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
1,5 g	Sobres	Sorbitol 1,05 g	Almax Forte®	30 sobres
		Manitol*	Obetine®	40 sobres
		Aceite de ricino hidrogenado*		
1 g	Pastillas blandas masticables	Glicerol*	Almax®	45 pastillas
500 mg	Comprimidos	Manitol*	Almax®	60 comprimidos
665 mg/5 mL	Jarabe suspensión	Sorbitol 350 mg/5 mL	Almax®	225 mL

\* Cantidad sin establecer.

## BIBLIOGRAFÍA

- Rhoades KR. Prescribed Medications and OTCs: Interactions and Timing Issues. *Diabetes Spectrum*. 2002; 15: 256-61.
- Silhvo S, Klaukka T, Martikainen J, Hemminki E. Frequency of daily over-the-counter drug use and potential clinical significance over-the-counter-prescription drug interactions in the Finnish adult population. *Eur J Clin Pharmacol*. 2000; 56: 495-9.
- Hasten PD, Horn JR. *Hasten and Horn Managing Clinical Important Drug Interactions*. St. Louis, Mo: Facts and Comparisons; 2003.
- Sweetman SC. *Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica*. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. *BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia*. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.



## CARBÓMERO

### 1. INDICACIONES

- Lubricante y humectante ocular. Tratamiento sintomático de la sequedad de ojos. Las formulaciones de gel líquido contienen entre un 0,2 - 0,3%. El tiempo medio de contacto es de 27 minutos, y su efecto dura entre 3 a 4 horas.

### 2. POSOLOGÍA

- Adultos (tópica oftálmica): Instilar una gota del gel en la parte media del saco conjuntival inferior, de 2-4 veces/día a intervalos regulares o cada vez que se sientan molestias oculares asociadas a la sequedad ocular.
- Niños: No se ha establecido su seguridad y eficacia.

### 3. DESVENTAJAS

- Raramente, puede causar quemazón pasajera y adhesión de los párpados.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- La utilización de este producto está contraindicada en pacientes con alergia o hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la fórmula (carbómero, cloruro de benzalconio...).
- Se recomienda aplicarlo unos 30 minutos antes de acostarse, lo que previene la adhesión de los párpados.
- Si aparece dolor ocular, cambios en la visión, hiperemia conjuntiva continuada, o si los síntomas empeoran o persisten más de 3 días, el paciente debe ser remitido al médico.
- Hasta que desaparezca la sensación de "visión borrosa" (usualmente a los 5-10 minutos y tras varios parpadeos) que aparece con la aplicación del producto, debido a su viscosidad, es recomendable evitar la conducción de vehículos o la utilización de maquinaria de precisión.
- Consideraciones sobre las siguientes especialidades:
  - Lacryvisc®: Este preparado contiene cloruro de benzalconio, por lo que no deben utilizarse lentes de contacto blandas hasta transcurridos 20 minutos desde la aplicación del medicamento.
  - Viscotears® y Lipolac gel oftálmico®: La ausencia de conservantes permite su uso en usuarios de lentes de contacto de cualquier tipo mientras las lleven puestas.
- No se han descrito interacciones de relevancia clínica para este producto.

## 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Agitar bien antes de la administración.
- Con la cabeza inclinada hacia atrás, separar hacia abajo el párpado inferior y dejar caer las gotas en el saco conjuntival, mientras se dirige la mirada hacia arriba y evitando que el gotero entre en contacto con el ojo o con cualquier superficie.
- Cerrar los ojos suavemente y mantenerlos cerrados durante algunos segundos.
- Esperar como mínimo 5 minutos antes de utilizar otro medicamento vía oftálmica.

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE CARBÓMERO	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
3 mg/1 g	Gel oftálmico	Cloruro de benzalconio 0,05 mg/1 g	Lacryvisc®	10 g
2 mg/1 g			Lipolac gel oftálmico®	
			Viscotears®	

## BIBLIOGRAFÍA

- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.



## CARMELOSA

### 1. INDICACIONES

- Tratamiento sintomático de la sequedad de ojos. El período de retención en la cornea de ojos sanos es de aproximadamente 22 minutos.

### 2. POSOLOGÍA

- Oftálmica: 1 gota en el ojo(s) afectado tantas veces como sea necesario.

### 3. DESVENTAJAS

- Muy raramente, puede causar dolor ocular o sensación de quemazón.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- La utilización de este producto debe evitarse en pacientes con historia de hipersensibilidad o alergia a cualquiera de los componentes y en niños menores de 3 años.
- El uso de lentes de contacto no interfiere con la utilización de este producto.
- Si aparece dolor ocular, cambios de visión, enrojecimiento o irritación ocular continuada, o si los síntomas empeoran o persisten, el paciente debe derivarse al médico.
- Hasta que desaparezca la sensación de "visión borrosa" (usualmente a los 5-10 minutos y tras varios parpadeos) que aparece con la aplicación del producto, debido a su viscosidad, es recomendable evitar la conducción de vehículos o la utilización de maquinaria de precisión.
- No se han descrito interacciones de relevancia clínica para este producto.

### 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Agitar bien antes de la administración.
- Con la cabeza inclinada hacia atrás, separar hacia abajo el párpado inferior y dejar caer las gotas en el saco conjuntival, mientras se dirige la mirada hacia arriba y evitando que el gotero entre en contacto con el ojo o con cualquier superficie.
- Cerrar los ojos suavemente y mantenerlos cerrados durante algunos segundos.
- Esperar como mínimo 5 minutos antes de utilizar otro medicamento vía oftálmica.
- Desechar el sobrante del envase después de cada aplicación.

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE CARMELOSA	FORMA FARMACÉUTICA	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
4 mg	Gel oftálmico (en envases de dosis unitaria)	Cellufresh 1%®	10 y 30 envases de 0,4 mL
2 mg		Viscofresh 1%®	
		Celluvisc 1%®	
		Cellufresh 0,5%®	
		Viscofresh 0,5%®	

### BIBLIOGRAFÍA

- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.





## CETIRIZINA

### 1. INDICACIÓN

- Alergia. Tratamiento sintomático y temporal de procesos alérgicos producidos por el polen de las plantas, animales domésticos, polvo u otros agentes alérgicos, y que cursen con rinitis alérgica estacional, rinitis alérgica perenne, conjuntivitis alérgica o urticaria crónica idiopática diagnosticadas.

### 2. POSOLOGÍA

#### Duración de tratamiento máximo una semana

- Adultos, oral: 10 mg/24 horas.
- Niños, oral (en una o dos tomas al día):
  - Niños y adolescentes mayores de 12 años: 10 mg/24 horas.
  - Niños de 6-12 años: 5 mg/24 horas.

### 3. DESVENTAJAS

- Aunque es un medicamento que causa escasos problemas de seguridad, puede causar somnolencia y efectos anticolinérgicos, especialmente en niños y ancianos. En este grupo de pacientes pueden aparecer alteraciones gastrointestinales (náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea y sequedad de boca), neurológicas (somnolencia o excitación).

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- Aunque la cetirizina ejerce unos efectos sedantes muy leves, se recomienda precaución en la conducción de vehículos mientras el paciente esté utilizando este fármaco; especialmente si el paciente está utilizando otros fármacos depresores del sistema nervioso central, incluyendo el alcohol.
- Debido a los efectos antialérgicos, la cetirizina podría enmascarar los resultados de pruebas dérmicas de hipersensibilidad a extractos antigénicos. Se recomienda suspender la administración de este medicamento al menos 72 horas antes de la prueba.
- Interacciones de relevancia clínica:
  - Teofilina: Puede aumentar los niveles y efectos de la cetirizina.
  - El alcohol y otros depresores del sistema nervioso central pueden potenciar su posible efecto depresor central.

## 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Se aconseja tomar en una sola administración por la mañana, media hora antes o una hora después de ingerir alimentos. Si aparecen problemas de seguridad o en niños se recomienda dividir la dosis en dos tomas.
- Se debe recomendar al paciente que evite el consumo de bebidas alcohólicas y la exposición prolongada al sol, durante el tratamiento con este medicamento.

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE CETIRIZINA	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
10 mg	Comprimidos con cubierta pelicular	Lactosa*	Reactine®	7 comprimidos
	Comprimidos recubiertos	Lactosa*	Alercina®	
		Lactosa*	Coulergin®	
		Lactosa 66,40 mg	Ratioalg®	
		Lactosa*	Virlix®	
5 mg/5 mL	Jarabe	Sorbitol 1,57 mg/5 mL	Virlix®	70 mL

\*Cantidad sin establecer.

## BIBLIOGRAFÍA

- Hasten PD, Horn JR. Hasten and Horn Managing Clinical Important Drug Interactions. St. Louis, Mo: Facts and Comparisons; 2003.
- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.

### CLORHEXIDINA DIGLUCONATO

#### 1. INDICACIONES

- El gluconato de clorhexidina se emplea en forma de gel dental al 1%, como aerosol oral al 0,2% y en forma de colutorios del 0,1 al 0,2% para evitar la formación de placa, prevenir y tratar la gingivitis, y en el tratamiento de candidiasis oral.
- Desinfección de la piel, pequeñas heridas o quemaduras leves. La clorhexidina se formula en lociones, soluciones limpiadoras y cremas para desinfección y limpieza de la piel y de las heridas.
- Desinfección de heridas, erosiones, quemaduras, escaras. Desinfección del ombligo del recién nacido: solución al 1%.
- Desinfección de la piel y el lavado de las manos: solución al 0,5%.
- Desinfección de heridas, quemaduras u otras lesiones o enfermedades de la piel: solución al 0,05%.
- Desinfección de quemaduras leves, pequeñas heridas superficiales, grietas y rozaduras: gel al 1,0%.
- Alivio local sintomático de las infecciones bucofaríngeas leves que cursan sin fiebre.

#### 2. POSOLOGÍA

- Vía tópica:
  - 1%: Aplicar sin diluir sobre la superficie a desinfectar, recomendándose no más de 2 aplicaciones/día.
  - Gel: Aplicar 1-2 veces al día después de lavar la herida.
- Vía oral:
  - Adultos y niños mayores de 12 años: 1 comprimido cada 3-4 horas dejándolo disolver lentamente en la boca. No tomar más de 7 comprimidos/día.

#### 3. DESVENTAJAS

- Raramente, irritación, dermatitis o fotosensibilidad, en cuyo caso se debe suspender el tratamiento.

#### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- No se recomienda su aplicación en ojos u oídos. En caso de aplicación accidental, lavar inmediatamente con agua abundante.

- Las soluciones se deben almacenar en botellas opacas con tapones de vidrio, caucho o plástico (no utilizar tapones de corcho).

## 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Tópico dérmico:
  - Aplicar sobre la zona afectada, después de lavar y secar.
  - Este medicamento es sólo para uso externo, no lo ingiera.
  - Evite el contacto del medicamento con los ojos, oídos o mucosas. Si esto ocurre, lávese inmediatamente con abundante agua.
  - Evitar la exposición al sol de la zona afectada.
- Tópico bucal:
  - Uso exclusivo tópico bucal. No ingerir.
  - La clorhexidina puede dejar un sabor amargo. No se debe enjuagar la boca inmediatamente después de usar el medicamento ya que se puede aumentar el sabor amargo.
  - En el caso de utilizar este producto para lavar prótesis dentales, asegurarse antes de que la inflamación no se debe a una mala acomodación de la dentadura.
  - Los blanqueadores a base de hipoclorito (lejías) pueden causar manchas de color pardo en los tejidos que estuvieran en contacto con este preparado. Utilizar en su lugar, blanqueadores a base de perborato sódico.
- Oral:
  - Colocar el comprimido en la boca y dejar disolver lentamente.

# Clorhexidina digluconato

## Clorhexidina digluconato

### 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CONCENTRACIÓN DE CLORHEXIDINA	FORMA FARMACÉUTICA	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
5%	Solución concentrada	Hibimax®	500 mL
4%	Solución	Hibiscrub®	
1%	Gel	Cristalmina film®	30 g
			100 g
	Nebulizador	Septisan®	50 mL
			Solución
	Cristalmina®	25 mL	
		125 mL	
	Curafil®	30 mL	
		60 mL	
	Cuvefilm®	25 mL	
		50 mL	
	Deratin®	30 mL	
		Menalmina®	40 mL
	Solución (dosis unitaria)	Cristalmina®	10 dosis unitarias de 3 mL
Spray	Menalmina®	30 mL	
		60 mL	

CANTIDAD DE CLORHEXIDINA	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
5 mg	Comprimidos para chupar	Sacarosa 860 mg	Deratín comprimidos®	20 comprimidos

### BIBLIOGRAFÍA

- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.

## CODEÍNA

### 1. INDICACIONES

- Antitusígeno para la tos seca de acción central.
- Tratamiento sintomático de la tos improductiva.

### 2. POSOLOGÍA

#### Adultos, oral:

- Jarabes orales: 5-10 mL (10-20 mg)/4-6 horas, hasta un máximo de 60 mL (120 mg) en 24 horas.
- Comprimidos: 1 comprimido/4-6 horas.

#### Niños, oral:

- Niños mayores de 12 años: Dosis igual que en los adultos.
- Niños entre 6-12 años: 2,5-5 mL (5-10 mg)/4-6 horas, hasta un máximo de 30 mL (60 mg)/24 horas.

#### Ancianos, oral:

- Debido a que los ancianos pueden metabolizar y eliminar la codeína más lentamente, puede ser necesario un reajuste posológico, bien reduciendo la dosis administrada o aumentando los intervalos de administración. La dosis deberá ser individualizada para cada paciente.

### 3. DESVENTAJAS

- Puede producir estreñimiento, náuseas, somnolencia, vértigos y dolor de cabeza, especialmente con dosis altas.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- No se recomienda el uso en niños prematuros ni en menores de 4 meses.
- En pacientes ancianos se recomienda precaución en su uso.
- No se recomienda la conducción de vehículos, especialmente al inicio del tratamiento, debido a que puede producir somnolencia.
- La relación riesgo/beneficio de la utilización de este medicamento durante el embarazo y la lactancia materna debe ser valorada exclusivamente por un médico.
- Se debe derivar el paciente al médico en los siguientes casos: cambio del comportamiento o del humor, aparición de dolor abdominal intenso, náuseas, vómitos o pérdida de apetito, persistencia de la tos o aparición de cefalea intensa, fiebre o erupción cutánea
- En caso de tratamientos prolongados, se debe suspender la administración de la codeína paulatinamente.



- Se recomienda evitar la combinación de Inhibidores de la mono-amino-oxidasa (IMAO) con codeína, incluyendo pasados mínimo 14 días del tratamiento con el antidepresivo.
- Interacciones clínicamente relevantes:
  - Sedantes (alcohol, analgésicos opioides, anestésicos generales, antihistamínicos H1, antipsicóticos, barbitúricos, benzodiazepinas). Pueden potenciarse los efectos depresores centrales, con el riesgo de depresión respiratoria profunda y muerte.
  - Inhibidor de la mono-amino-oxidasa (IMAO). La combinación de codeína con este grupo de medicamentos, podría llevar a un mayor efecto narcótico de la codeína, al parecer por inhibición de su metabolismo hepático.
  - IMAO. Se han descrito algunos casos en pacientes predispuestos de reacciones adversas graves y potencialmente fatales al combinar IMAO con analgésicos opioides. Estos efectos podrían deberse a la potenciación de los efectos narcóticos por inhibición del metabolismo hepático del opiáceo por parte del IMAO.

## 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Las soluciones y jarabes pueden tomarse directamente o disueltos en algún otro líquido.
- Excepto en pacientes con algún tipo de restricción hídrica (pacientes con insuficiencia hepática o renal) es recomendable beber abundante cantidad de agua durante el tratamiento.
- Durante la utilización de este medicamento se debe evitar el consumo de bebidas alcohólicas.
- No se debe utilizar más de la cantidad o dosis recomendadas, ya que no se esperan mayores beneficios y existe mayor riesgo de problemas de seguridad.
- Se debe evitar la asociación de codeína con antidepresivos, dejando transcurrir al menos 14 días de descanso entre la administración de ambos fármacos.

**A Abril de 2007, en España no se dispone de medicamentos sin receta que contengan únicamente codeína, aunque sí en asociación con otros principios activos.**

## BIBLIOGRAFÍA

- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.

## DEXCLORFENIRAMINA

### 1. INDICACIONES

- Alergia. Tratamiento sintomático de rinitis alérgica estacional y rinitis alérgica perenne, rinitis vasomotora, conjuntivitis alérgica, manifestaciones alérgicas cutáneas no complicadas y leves de urticaria.
- La dexclorfeniramina puede aliviar las manifestaciones cutáneas tales como dermatitis alérgica, dermatitis atópica, dermatitis por contacto, picaduras de insectos, dermografismos.

### 2. POSOLOGÍA

- Adultos, oral:
  - Comprimidos: 2 mg/6-8 horas, hasta una dosis máxima de 12 mg/24 horas.
  - Grageas: 6 mg/8-12 horas.
  - Jarabe: 2 mg (1 cucharadita)/6-8 horas.
- Niños de 12 años o mayores, oral:
  - Comprimidos: 2 mg/6-8 horas, hasta una dosis máxima de 12 mg/24 horas.
  - Grageas: 6 mg/12 horas.
  - Jarabe: 2 mg (1 cucharadita)/6-8 horas.
- Niños de 6-11 años, oral: 1 mg (media cucharadita)/4-6 horas, hasta un máximo de 6 mg/24 horas.

**Duración de tratamiento:** Máximo 1 semana de tratamiento.

### 3. DESVENTAJAS

- Puede causar somnolencia y efectos anticolinérgicos molestos, especialmente en niños y ancianos. En este grupo de pacientes puede aparecer alteraciones gastrointestinales (náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea y sequedad de boca), neurológicas (somnolencia y desorientación), respiratorias (aumento de la viscosidad de las secreciones bronquiales), genitourinarias (retención urinaria), oculares (visión borrosa o diplopia). Los problemas gastrointestinales se disminuyen si el medicamento se administra con alimentos.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- En pacientes en tratamiento con fármacos sedantes, o mujeres en periodo de lactancia, la valoración del riesgo/beneficio de la utilización de este fármaco debe ser realizada por un médico.



- Los ancianos son más susceptibles de padecer efectos adversos, por lo que se recomienda una especial vigilancia.
- Debido a los efectos antialérgicos, la dexclorfeniramina podría enmascarar los resultados de pruebas dérmicas de hipersensibilidad a extractos antigénicos. Se recomienda suspender la administración de este medicamento al menos 72 horas antes de la prueba.
- Interacciones de relevancia clínica:
  - Fenitoína: La dexclorfeniramina puede aumentar los niveles y efectos adversos de este anticonvulsivante.
  - Alcohol etílico: La administración conjunta de alcohol y dexclorfeniramina podría potenciar los efectos sedantes de ambas sustancias. Se recomienda evitar el consumo de alcohol durante el tratamiento.
  - Fármacos con efectos anticolinérgicos (antiparkinsonianos, antidepresivos tricíclicos, y neurolépticos): La administración conjunta de dexclorfeniramina con este grupo de fármacos puede potenciar los problemas de seguridad anticolinérgicos; por lo que se recomienda evitar esta combinación.
  - Depresores del sistema nervioso central (analgésicos opioides, barbitúricos, benzodiazepinas, antipsicóticos): la administración conjunta de dexclorfeniramina con este grupo de fármacos favorece la aparición de efectos depresores, en especial el efecto hipnótico; por lo que se recomienda extremar las precauciones.

### **5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE**

- Se recomienda tomar este medicamento con las comidas.
- Se debe evitar el consumo de alcohol y la exposición al sol durante el tratamiento con este fármaco.

# Dexclorfeniramina

## Dexclorfeniramina

### 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE DEXCLORFENIRAMINA	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
6 mg	Comprimidos de liberación controlada	Lactosa*	Polaramine®	20 repetabs
		Sacarosa 47,21 mg		
2 mg	Comprimidos	Lactosa*	Polaramine®	20 comprimidos
2 mg/5 mL	Jarabe	Alcohol etílico 24,5 mg/5 mL	Polaramine®	60 mL
		Sacarosa 2 g/5 mL		
		Sorbitol 700 mg/5 mL		

\* Cantidad sin establecer.

### BIBLIOGRAFÍA

- Hasten PD, Horn JR. Hasten and Horn Managing Clinical Important Drug Interactions. St. Louis, Mo: Facts and Comparisons; 2003.
- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.



## DEXTROMETORFANO

### 1. INDICACIONES

- Tos seca. Tratamiento sintomático de la tos improductiva, sobre todo en aquella de naturaleza irritativa o nerviosa.

### 2. POSOLOGÍA

- Se administra por vía oral en dosis de 10 a 20 mg/4 horas, o de 30 mg/6-8 horas, hasta un máximo habitual de 120 mg en 24 horas.
- Niños mayores de 12 años: 10-20 mg/4-6 horas, hasta un máximo de 120 mg/24 horas.
- Niños de 6-12 años: Se les puede administrar de 5-10 mg/4 horas o 15 mg/6-8 horas hasta un máximo de 60 mg en 24 horas.
- Niños de 2-6 años: 2,5 a 5 mg/4 horas o 7,5 mg/6-8 horas, hasta un máximo de 30mg en 24 horas.
- Niños menores de 2 años: No se ha evaluado la seguridad y eficacia, por lo que no se recomienda su utilización.

### 3. DESVENTAJAS

- Generalmente, el dextrometorfano no causa problemas de seguridad importantes. Sin embargo puede causar problemas como náuseas, vómitos, somnolencia y confusión mental. En niños existen casos de aparición de convulsiones asociadas con la utilización de este fármaco.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- Este medicamento puede provocar somnolencia, por lo que se recomienda informar al paciente de tener precaución a la hora de conducir, y no combinarlo con fármacos u otras sustancias sedantes, incluyendo el alcohol.
- Si a la semana de tratamiento la tos continúa o se acompaña de cefalea intensa, fiebre o erupción cutánea, el paciente debe consultar al médico.
- Se debe evitar la asociación de dextrometorfano con antidepresivos, dejando transcurrir al menos 14 días de descanso entre la administración de ambos fármacos.
- Interacciones clínica relevantes:
  - Seleginina. La combinación de dextrometorfano y seleginina puede causar crisis hipertensiva en el paciente, por ello esta combinación se considera contraindicada.
  - Antidepresivos (inhibidores de la mono-amino-oxidasa, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina): La combinación de dextrometorfano con estos fármacos podría ocasionar un síndrome serotoninérgico (excitación, sudoración, rigidez e

hipertensión), el cual puede llevar a la muerte al paciente. Por ello esta combinación se considera contraindicada.

## **5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE**

- Se debe recomendar al paciente el beber abundante cantidad de agua durante el tratamiento (excepto si el paciente tiene restricciones hídricas).



## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE DEXTROMETORFANO	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
20 mg	Comprimidos		Tusorama®	20 comprimidos
15 mg	Cápsulas	Glicerol*	Bexatus®	12 cápsulas
		Propilenglicol*		
	Comprimidos	Lactosa 65 mg	Romilar®	20 comprimidos
10 mg	Pastillas anis-regaliz	Sacarosa 1161 mg	Aquitos®	12 pastillas
		Glucosa 1118 mg		
		Sacarosa 1161 mg	Bexatus®	
		Glucosa 1118 mg		
	Pastillas para chupar	Sacarosa 225 mg	Formulat-us®	12 pastillas
		Glucosa 125 mg		
Pastillas para chupar	Maltitol*	Cinfatos®	20 pastillas	
Comprimidos			20 comprimidos	
5 mg	Pastillas	Sacarosa 1346 mg	Streptuss®	12 pastillas
		Glucosa 1296 mg		
	Pastillas para chupar		Couldetos®	24 pastillas
2 mg	Pastillas para chupar	Sacarosa 140 mg	Pastillas Dr Andreu®	24 pastillas
		Glucosa 97 mg		
18 mg/5 mL	Jarabe	Acido ciclámico 920 mcg/5 mL	Tusorama®	150 ml
		Sacarosa 3 g/5 mL		
		Propilenglicol 400 mg/1 mL		
15 mg/5 mL	Jarabe	Glucosa 5 g/5 mL	Bicasan®	250 mL
		Alcohol etílico 925 mg/5 mL	Romilar®	200 mL
		Sacarosa 3050 mg/5 mL		
		Sorbitol 650 mg/5 mL		
		Alcohol etílico 200 mg/5 mL	Serratos®	150 mL
		Sacarosa 325 mg/ 5mL		
		Glicerol 750 mg/5 mL		
		Alcohol etílico 0,066 mL/5 L	Tussidril® adultos	125 mL
Maltitol 5 g/5 mL				

# Dextrometorfano

Dextrometorfano

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA (continuación)

CANTIDAD DE DEXTROMETORFANO	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
10 mg/5 mL	Jarabe	Propilenglicol*	Bisolvon Antitusivo®	200 mL
		Maltitol*		
		Sorbitol 2 g/5 mL	Cinfatos®	125 mL
		Sacarosa 3,35 g/5 mL		200 mL
		Alcohol etílico 2,5 mL/100 mL	Robitussin DM Antitusivo® adultos	200 mL
		Glicerol 150 mg/5 mL		
		Manitol 1 mg/5 mL		
		Sacarosa 3 g/5 mL	Streptuss® adultos	120 mL
		Bexatus®	200 mL	
9 mg/5 mL	Jarabe	Acido ciclámico 920 mcg/5 mL	Tusorama®	150 mL
		Sacarosa 3 g/5 mL		
7,5 mg/5 mL	Jarabe	Alcohol etílico 0,311 mL/5 mL	Iniston Antitusivo®	120 mL
		Sacarosa 1,625 g/5 mL		200 mL
7,33 mg/5 mL			Sales de sodio 19 mg/5 mL	Frenatus®
6,66 mg /5 mL	Jarabe	Alcohol etílico 0,26 mL/5 mL	Formulatus®	120 ml
		Propilenglicol*		
		Sacarosa 1,85 g/5 mL		
		Glucosa 2,38 mg/5 mL		
		Sorbitol 325 mg/5 mL		
		Glicerol 250 mg/5 mL		
5 mg/5 mL	Jarabe	Maltitol 5 g/5 mL	Tussidril® infantil	125 mL
15 mg/1 mL	Gotas	Alcohol etílico 0,74 mg/1 mL	Romilar®	20 mL

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Hasten PD, Horn JR. Hasten and Horn Managing Clinical Important Drug Interactions. St. Louis, Mo: Facts and Comparisons; 2003.
- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.

## DIFENHIDRAMINA

### 1. INDICACIONES

- Alergia. Alivio sintomático de procesos alérgicos como urticaria, rinitis, conjuntivitis y en trastornos cutáneos pruriginosos.
- Insomnio. Tratamiento a corto plazo del insomnio, particularmente cuando exista dificultad para conciliar el sueño.

### 2. POSOLOGÍA

#### Alergia:

- Adultos 50 mg/6 horas o 10-20 mL/6 horas, hasta un máximo de 300 mg/24 horas o 120 mL/24 horas.
- Niños, oral:
  - Niños mayores de 12 años: 50 mg/6 horas o 10-20 mL/6 horas, hasta un máximo de 300 mg/24 horas o 120 mL/24 horas.
  - Niños entre 6-12 años: 5-10 mL/6 horas hasta un máximo de 60 mL/24 horas. Las formas sólidas de difenhidramina no se deben utilizar en niños menores de 6 años.

#### Insomnio:

- Adultos: 50 mg/24 horas.
- Niños, oral:
  - Niños de 12-18 años: 25-50 mg/24 horas.
  - Niños menores de 12 años: No se ha evaluado la seguridad y eficacia de este medicamento en niños menores de 12 años.

### 3. DESVENTAJAS

- Puede causar somnolencia y efectos anticolinérgicos molestos, especialmente en niños y ancianos. En este grupo de pacientes pueden aparecer alteraciones gastrointestinales (náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea y sequedad de boca), neurológicas (somnolencia y desorientación), respiratorias (aumento de la viscosidad de las secreciones bronquiales), genitourinarias (retención urinaria), oculares (visión borrosa o diplopia). Los problemas gastrointestinales se disminuyen si el medicamento se administra con alimentos.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- Puede provocar somnolencia, por lo que se recomienda tener precaución a la hora de conducir, y no combinarlo con fármacos u otras sustancias sedantes como el alcohol.





- En pacientes en tratamiento con vómitos de origen desconocido o en tratamiento con fármacos sedantes, la valoración del riesgo/beneficio de la utilización de este fármaco debe ser realizada por un médico.
- Si al cabo de una semana el problema de salud continúa o empeora el paciente debe consultar al médico.
- El paciente debe evitar la exposición al sol y/o la exposición a temperaturas extremas durante el tratamiento con este fármaco (mantenerse en un ambiente fresco e hidratarse adecuadamente).
- Debido a los efectos antialérgicos, la difenhidramina podría enmascarar los resultados de pruebas dérmicas de hipersensibilidad a extractos antigénicos. Se recomienda suspender la administración de este medicamento al menos 72 horas antes de la prueba.
- Interacciones de relevancia clínica:
  - Fármacos con efectos anticolinérgicos (antiparkinsonianos, antidepresivos tricíclicos, y neurolépticos): La administración conjunta de difenhidramina con este grupo de fármacos puede potenciar los problemas de seguridad anticolinérgicos, en especial íleo paralítico, retención urinaria o glaucoma crónico. Estos efectos pueden ser más significativos en pacientes de edad avanzada o con mayor sensibilidad a los efectos anticolinérgicos. Por ello, en pacientes en los que se debe evitar la aparición de efectos anticolinérgicos adicionales y en los pacientes de edad avanzada evitar la utilización de esta combinación.
  - Depresores del sistema nervioso central (analgésicos opioides, barbitúricos, benzodiazepinas, antipsicóticos): La administración conjunta de difenhidramina con este grupo de fármacos favorece la aparición de efectos depresores, en especial el efecto hipnótico; por lo que se recomienda extremar las precauciones.
  - Alcohol etílico: La administración conjunta de alcohol y difenhidramina podría potenciar los efectos sedantes de ambas sustancias. Se recomienda evitar el consumo de alcohol durante el tratamiento.
  - Aminoglucósidos y otros fármacos ototóxicos: La difenhidramina puede enmascarar los efectos ototóxicos de dichos fármacos.

## 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Se debe administrar con los alimentos o con leche, media hora antes de acostarse.
- Se debe evitar el consumo de alcohol y la exposición al sol durante el tratamiento con este fármaco.

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE DIFENHIDRAMINA	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
50 mg	Cápsulas		Benadryl®	20 cápsulas
	Comprimidos	Lactosa 255 mg	Soñodor®	10 comprimidos
				16 comprimidos
25 mg	Comprimidos	Lactosa 204,14 mg	Nytol®	20 comprimidos
12,5 mg/5 mL	Jarabe solución	Alcohol etílico 0,763 mL/5 mL	Benadryl®	120 mL
		Sacarosa 1,5 g/5 mL		
20 mg/1 g	Crema		Neosayomol®	30 g

### BIBLIOGRAFÍA

- Strain JJ, Chiu NM, Sultana K, et al. Psychotropic drug versus psychotropic drug – update. Gen Hosp Psychiatric. 2004; 26: 87-105.
- Rhoades KR. Prescribed Medications and OTCs: Interactions and Timing Issues. Diabetes Spectrum. 2002; 15: 256-61.
- Hasten PD, Horn JR. Hasten and Horn Managing Clinical Important Drug Interactions. St. Louis, Mo: Facts and Comparisons; 2003.
- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.



## DOXILAMINA

### 1. INDICACIONES

- Tratamiento sintomático del insomnio.
- Se ha utilizado como componente de preparados compuestos para el tratamiento sintomático de la tos y del resfriado común.

### 2. POSOLOGÍA

- Adultos, oral: 12,5-25 mg/24 horas.
- Niños y adolescentes menores de 18 años, oral: No se ha evaluado la seguridad y eficacia de la doxilamina.

### 3. DESVENTAJAS

- Puede causar somnolencia y efectos anticolinérgicos molestos, especialmente en niños y ancianos. En este grupo de pacientes pueden aparecer alteraciones gastrointestinales (náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea y sequedad de boca), neurológicas (somnolencia y desorientación), respiratorias (aumento de la viscosidad de las secreciones bronquiales), genitourinarias (retención urinaria), oculares (visión borrosa o diplopia).

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- No se recomiendan tratamientos superiores a una semana. Si pasado este tiempo, el insomnio continúa o empeora, se recomienda consultar con el médico.
- En pacientes con vómitos de origen desconocido o en tratamiento con fármacos sedantes, la valoración del riesgo/beneficio de la utilización de este fármaco debe ser realizada por un médico.
- Este medicamento puede provocar somnolencia, por lo que se recomienda informar al paciente de tener precaución a la hora de conducir, y no combinarlo con fármacos u otras sustancias sedantes como el alcohol.
- El paciente debe evitar la exposición al sol y/o la exposición a temperaturas extremas durante el tratamiento con este fármaco (mantenerse en un ambiente fresco e hidratarse adecuadamente).
- Debido a los efectos antialérgicos, la doxilamina podría enmascarar los resultados de pruebas dérmicas de hipersensibilidad a extractos antigénicos. Se recomienda suspender la administración de este medicamento al menos 72 horas antes de la prueba.
- Interacciones clínica relevantes:
  - Aminoglucósidos y otros fármacos ototóxicos: La doxilamina puede enmascarar los efectos ototóxicos de dichos fármacos.

- Fármacos con efectos anticolinérgicos (antiparkinsonianos, antidepresivos tricíclicos, y neurolépticos): La administración conjunta de doxilamina con este grupo de fármacos puede potenciar los problemas de seguridad anticolinérgicos; por lo que se recomienda evitar la esta combinación.
- Depresores del sistema nervioso central (analgésicos opioides, barbitúricos, benzodiazepinas, antipsicóticos): La administración conjunta de doxilamina con este grupo de fármacos favorece la aparición de efectos depresores, en especial el efecto hipnótico; por lo que se recomienda extremar las precauciones.

## 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Tomar el medicamento media hora antes de acostarse.
- El paciente debe hidratarse adecuadamente.

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE DOXILAMINA	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
25 mg	Sobres	Aspartamo 25 mg	Dormidina®	10 sobres
	Comprimidos			16 comprimidos
12,5 mg	Comprimidos recubiertos			

## BIBLIOGRAFÍA

- Hasten PD, Horn JR. Hasten and Horn Managing Clinical Important Drug Interactions. St. Louis, Mo: Facts and Comparisons; 2003.
- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.



## GLICEROL

### 1. INDICACIONES

- Alivio local y sintomático del estreñimiento transitorio y ocasional. El glicerol es un derivado poliólico que se comporta como laxante cuando se administra por vía rectal. El glicerol se clasifica habitualmente como laxante osmótico, pero actúa de manera adicional o alternativa a través de sus efectos irritantes locales; tiene también acción lubricante y de reblandecimiento de las heces.
- Los efectos tardan en aparecer entre 15-30 minutos y una hora.

### 2. POSOLOGÍA

- Adultos y niños mayores de 12 años, rectal: 1-2 supositorios/24 horas o 1 aplicación/24 horas.
- Niños de 2-12 años, rectal: 1-2 supositorios/24 horas o 1 aplicación/24 horas.
- Niños menores de 2 años, rectal: 1-2 supositorios/24 horas.
- No se debe utilizar el producto durante más de una semana.

### 3. DESVENTAJAS

- Irritación, escozor o prurito anal.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- Antes de iniciar el tratamiento, es fundamental identificar la causa del estreñimiento. Igualmente, se recomienda que previo al inicio de un tratamiento para el estreñimiento, el paciente tome mínimo 2 litros de agua al día (excepto si existen restricciones hídricas), ingiera un aporte adecuado de fibra, coordine la ida al baño con el estímulo de la defecación y realice ejercicio aeróbico con una duración mínima de 30 minutos y al menos 4 veces a la semana.
- En pacientes con estreñimiento y dolor abdominal significativo, la utilización de este fármaco debe ser valorado por un médico.
- Si al cabo de 1 semana de utilización, el estreñimiento no mejora, persiste o empeora, el paciente debe consultar al médico. El medicamento no debe utilizarse durante más de una semana.
- Se debe utilizar con precaución en lactantes y embarazo.

### 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Los supositorios se introducirán profundamente en el orificio anal. Hay que retardar la evacuación lo más posible, con el fin de que el preparado pueda ejercer perfectamente su acción.
- En lactantes y niños pequeños deben mantenerse juntos los glúteos durante un tiempo breve.

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE GLICEROL	FORMA FARMACÉUTICA	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	
3,36 g	Supositorios	Supositorios glicerina Mandri® adultos	12 supositorios	
3,4 g			18 supositorios	
3,31 g		Supositorios glicerina Glycilax® adultos	2 supositorios	
3,25 g			12 supositorios	
			Supositorios glicerina Torrent® adultos	12 supositorios
2,93 g	Supositorios	Glicerol Vilardell®	12 supositorios	
2,85 g			18 supositorios	
		Supositorios glicerina Orravan® adultos	3 supositorios	
Supositorios glicerina Viviar® adultos			12 supositorios	
2,7 g		Supositorios glicerina Cuve® adultos	3 supositorios	
		Supositorios glicerina Calber® adultos	6 supositorios	
2,1 g		Supositorios glicerina Cuve® adultos	12 supositorios	
1,86 g		Supositorios glicerina Cinfa® infantil	10 supositorios	
1,85 g		Supositorios glicerina Torrent infantil	12 supositorios	
1,8 g			Vitrosups® adultos	3 supositorios
	12 supositorios			
1,58 g	Supositorios	Glicerol Vilardell® infantil	12 supositorios	
			18 supositorios	
Glicerol Vilardell® infantil		12 supositorios		
1,46 g		Supositorios glicerina Rovi® infantil	15 supositorios	
1,44 g		Supositorios glicerina Calber® infantil	10 supositorios	
1,4 g				3 supositorios
				6 supositorios
1,38 g		Supositorios glicerina Viviar® infantil	12 supositorios	
1,25		Supositorios glicerina Torrent® lactantes	12 supositorios	



## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA (continuación)

CANTIDAD DE GLICEROL	FORMA FARMACÉUTICA	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
0,97 g	Supositorios	Glicerina Quimpe® adultos	10 supositorios
		Supositorios glicerina Rovi® lactantes	
		Glicerina Quimpe® Infantil	
		Supositorios glicerina Cinfa® adultos	12 supositorios
		Supositorios glicerina Cinfa® lactantes	15 supositorios
0,92 g	Supositorios	Supositorios glicerina Brota® adulto	4 supositorios
			12 supositorios
		Supositorios glicerina Brota® infantil	4 supositorios
			12 supositorios
		Glicerol Vilardell® lactantes	6 supositorios
			15 supositorios
0,89 g	Supositorios	Glicerol Vilardell® lactantes	6 supositorios
0,84 g		Supositorios de glicerina Cuve®	12 supositorios
0,7 g	Supositorios	Supositorios glicerina Calber® lactantes	10 supositorios
0,6 g	Supositorios	Vitrosups® infantil	4 supositorios
			12 supositorios
		Supositorios glicerina Viviar® lactantes	6 supositorios
6,14 mL	Enemas	Adulax® adultos	4 enemas 7,5 mL
5,4 mL	Enemas	Comosup® Adultos*	1 enema (7,5 mL)
		Verolax® adultos	6 enemas (7,5 mL)
3,28 mL	Enemas	Paidolax®	4 enemas (4 mL)
1,8 mL	Enemas infantiles	Comosup® Infantil*	1 enema
		Verolax® infantil	6 enemas 2,5 mL

\* Contiene aspartamo (cantidad sin establecer).

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Hasten PD, Horn JR. Hasten and Horn Managing Clinical Important Drug Interactions. St. Louis, Mo: Facts and Comparisons; 2003.
- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.



## HIDROCORTISONA RECTAL

### 1. INDICACIONES

- Glucocorticoide con propiedades antiinflamatorias y antipruriginosas. Hemorroides, tratamiento local sintomático de la inflamación anorrectal y prurito anal asociado con hemorroides. Dermatitis anales y perianales secundarias al proceso inflamatorio hemorroidal.

### 2. POSOLOGÍA

- Adultos y niños mayores de 12 años: 1 aplicación 2-3 veces al día, de unos 2 cm en la zona anorrectal, directamente en el caso de hemorroides externas, o por medio de la cánula, en el caso de hemorroides internas.

### 3. DESVENTAJAS

- En general, los problemas de seguridad son más significativos si se utiliza por tiempo prolongado, en zonas muy amplias, al igual que cuando se emplean vendajes oclusivos, o en pacientes con insuficiencia hepática o en niños.
- Las principales molestias aparecen en el sitio de aplicación (locales): Puede producir ampollas o erupciones en la piel, cambios en la pigmentación de la piel, sensación de quemazón y picor en la piel, disminución del espesor de la piel.
- La utilización de corticoides durante períodos prolongados de tiempo pueden dar lugar a acné, excesivo crecimiento de pelo en la zona y aparición de estrías rojizas en brazos, piernas, cara, tronco e ingles. En casos raros, puede aparecer atrofia cutánea con adelgazamiento.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- La utilización de este producto está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad o historia de alergia a los corticoides. Al igual que en casos de presencia de hemorragia rectal o de infecciones bacterianas, víricas o fúngicas en la zona afectada. Los corticoides presentan efectos inmunosupresores, por lo que podría dar lugar a empeoramiento del cuadro.
- Si se emplea este medicamento durante un periodo de tiempo prolongado se recomienda reducir la dosis administrada gradualmente.
- Se deben evitar la administración de dosis elevadas o durante intervalos de tiempo prolongados en mujeres embarazadas y niños.
- La aplicación en áreas extensas, al igual que su uso por períodos prolongados o con cura oclusiva o pañales, aumenta el riesgo de la aparición de efectos sistémicos (debido a una mayor cantidad absorbida, especialmente cuando se emplea en niños). La administración

# Hidrocortisona rectal

## Hidrocortisona rectal

crónica en niños puede interferir con su crecimiento y desarrollo, recomendándose por ello extremar las precauciones en estos casos.

- El empleo de hidrocortisona no debe sobrepasar el periodo de tiempo recomendado por el médico. Si la aplicación ha sido prolongada se aconseja la retirada gradual del medicamento para evitar recaídas de la enfermedad.
- La utilización de este producto se debe suspender y derivar al paciente al médico si aparece irritación en la zona de aplicación.
- No se han descrito interacciones medicamentosas de importancia clínica para este producto.

### 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Se recomienda que la aplicación se realice después de la evacuación intestinal y realizar una adecuada limpieza del sitio afectado, utilizando agua templada y jabón.
- En el caso de aplicación intrarrectal: Se debe introducir la cánula en el recto, presionando sobre el tubo para depositar una cantidad aproximada a 1-2 centímetros. La cánula se retirará lentamente a medida que se vacía su contenido. Se aconseja aplicar también una pequeña cantidad en la parte exterior del orificio anal y pliegues de los márgenes del ano.
- Debe evitarse cualquier contacto con los ojos o zonas próximas a los mismos, así como las mucosas.
- Lávese las manos después de cada aplicación.

### 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE HIDROCORTISONA RECTAL	FORMA FARMACÉUTICA	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
10 mg/1 g	Pomada	Hemodrén 1%®	30 g y 15 g

### BIBLIOGRAFÍA

- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.

## HIDROCORTISONA TÓPICA

### 1. INDICACIONES

- Alivio temporal sintomático del picor de la piel por irritación de la misma, dermatitis por contacto con jabones, detergentes, metales, picaduras de insectos y ortigas.

### 2. POSOLOGÍA

- Adultos y niños de 12 años o más:
  - Dermatitis: Aplicar sobre la zona afectada una fina película 1 ó 2 veces al día. En casos más severos en los que se utiliza hidrocortisona en forma de base o acetato (baja potencia), puede administrarse hasta 3 ó 4 veces diarias.
- Niños menores de 12 años:
  - Dermatitis: Aplicar sobre la zona afectada una fina película 1 ó 2 veces al día.
  - Dermatitis del pañal: Se suele utilizar hidrocortisona al 1% durante 5-7 días como máximo.

### 3. DESVENTAJAS

- En general, los problemas de seguridad son más significativos si se utiliza por tiempo prolongado, en zonas muy amplias, al igual que cuando se emplean vendajes oclusivos, o en pacientes con insuficiencia hepática o en niños.
- Las principales molestias aparecen en el sitio de aplicación (locales): Puede producir ampollas o erupciones, sensación de quemazón y picor en el sitio de aplicación.
- La utilización de corticoides durante períodos prolongados de tiempo pueden dar lugar a acné y aparición de estrías rojizas en brazos, piernas, cara, tronco e ingles.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- La utilización de este producto está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad o historia de alergia a los corticoides; al igual que en casos de presencia en la zona afectada de infecciones bacterianas, víricas, fúngicas y parasitarias de la región a tratar, como varicela, infección por virus herpes, rosácea. Los corticoides presentan efectos inmunosupresores, por lo que podría dar lugar a empeoramiento del cuadro.
- En general, la aplicación de corticoides tópicos debe evitarse en la piel dañada o presencia de úlceras cutáneas, debido a la probabilidad de una mayor absorción y problemas de seguridad con este tipo de fármacos.
- Si se emplea este medicamento durante un periodo de tiempo prolongado se recomienda reducir la dosis administrada gradualmente.

# Hidrocortisona tópica

## Hidrocortisona tópica

- La utilización de este producto en niños requiere de la valoración riesgo/beneficio por parte del médico. Si el médico recomienda la utilización del producto a niños, en la zona del pañal, se debe evitar el uso de pañales apretados o braguitas de plástico.
- Se deben evitar la administración de dosis elevadas o durante intervalos de tiempo prolongados en mujeres embarazadas y niños.
- A no ser que el médico le indique lo contrario, no se debe colocar ningún vendaje o gasa sobre la zona afectada. En caso de indicación médica de uso de vendaje, este debe renovarse diariamente.
- Debe evitarse la aplicación en las mamas justo antes de amamantar.
- Se debe evitar la aplicación en áreas extensas de piel, al igual que el uso de cosméticos o de otro tipo de productos para la piel.
- El empleo de hidrocortisona no debe sobrepasar el periodo de tiempo recomendado por el médico. Si la aplicación ha sido prolongada se aconseja la retirada gradual del medicamento para evitar recaídas de la enfermedad.
- No se han descrito interacciones medicamentosas de importancia clínica para este producto.

### 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Se debe limpiar y secar bien la zona a tratar antes de la aplicación.
- Aplique una capa fina de crema sobre la zona afectada.
- Se debe evitar el contacto de la crema con los ojos u otras mucosas. Si le cae accidentalmente en el ojo, lávese con agua abundante.
- Lávese las manos después de cada aplicación.

### 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE HIDROCORTISONA TÓPICA	FORMA FARMACÉUTICA	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
5 mg/1 g	Aerosol	Hidrocortisona Esteve Espuma 0,5%®	50 g
	Crema	Hidrocisdin 0,5%®	50 g
30 g			
5 mg/1 mL	Loción	Scalpicin capilar 0,5%®	50 mL
2,50 mg/1 g	Pomada	Schericur 0,25%®	30 g

# Hidrocortisona tópica

## Hidrocortisona tópica

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.

## HIPROMELOSA

### 1. INDICACIONES

- Tratamiento sintomático de la sequedad ocular. La hipromelosa se adhiere bien a la córnea y a la conjuntiva y proporciona una adecuada humectación capaz de disminuir los síntomas de irritación causados por parpadeo cuando existe deficiencia de fluido lagrimal y de prevenir los consecuentes síntomas de desecación epitelial.

### 2. POSOLOGÍA

- Vía oftálmica: Instilar una gota en el saco conjuntival 3-5 veces/día o, si fuera necesario, más frecuentemente. El tratamiento del síndrome del ojo seco requiere un régimen individualizado de dosificación que debe ser establecido por el médico.

### 3. DESVENTAJAS

- Muy raramente, puede causar irritación ocular visión borrosa y adherencia de párpados.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- La utilización de este producto debe evitarse en pacientes con historia de hipersensibilidad o alergia a la hipromelosa o a cualquiera de los excipientes.
- Se recomienda aplicarlo unos 30 minutos antes de acostarse, lo que previene la adhesión de los párpados.
- En el caso de uso de lentes de contacto blandas, se deben retirar antes de la administración de este colirio y esperar como mínimo 15 minutos para volver a colocarlas.
- Si aparece dolor ocular, cambios de visión, enrojecimiento o irritación ocular continuada, o si los síntomas empeoran o persisten, el paciente debe derivarse al médico.
- Debido a su viscosidad puede ocasionar sensación de "visión borrosa", que desaparece usualmente a los 5-10 minutos y tras varios parpadeos, por lo que se recomienda evitar la conducción de vehículos o la utilización de maquinaria de precisión, durante este espacio de tiempo.
- No se han descrito interacciones de relevancia clínica para este producto.

### 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- En el caso del colirio:
  - Agitar bien antes de la administración.



- Con la cabeza inclinada hacia atrás, separar hacia abajo el párpado inferior y dejar caer las gotas en el saco conjuntival, mientras se dirige la mirada hacia arriba y evitando que el gotero entre en contacto con el ojo o con cualquier superficie.
- Cerrar los ojos suavemente y mantenerlos cerrados durante algunos segundos.
- Esperar como mínimo 15 minutos antes de utilizar otro medicamento vía oftálmica.
- En el caso de los envases en dosis unitarias, se debe:
  - Separar primero de la tablilla, sosteniendo el envase por la etiqueta.
  - Girar el tapón e instilar el colirio en el ojo colocando el envase perpendicularmente a éste
  - Cerrar los ojos suavemente y mantenerlos cerrados durante algunos segundos.
  - Esperar como mínimo 15 minutos antes de utilizar otro medicamento vía oftálmica.
  - Desechar el sobrante del envase después de cada aplicación, debido a que no tienen conservantes.

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE HIPROMELOSA	FORMA FARMACÉUTICA	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
3,20 mg/1 mL	Colirio	Artific®	10 mL
			30 dosis unitarias de 0,5 mL

## BIBLIOGRAFÍA

- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.

## IBUPROFENO

### 1. INDICACIONES

- Dolores leves o moderados, incluyendo dolores de cabeza, dentales, musculares (contracturas), de espalda (lumbalgias), etc.
- Alivio sintomático de la fiebre y de la dismenorrea.

El ibuprofeno, el ácido acetil salicílico (AAS) y el paracetamol se consideran seguros a las dosis recomendadas como especialidades farmacéuticas publicitarias. En general, no existe evidencia para establecer diferencias en la eficacia y seguridad de estos tres fármacos en el tratamiento de resfriados y gripe, exceptuando condiciones muy específicas, caso de los estados febriles en niños. Adicionalmente, no se dispone de evidencia de que la utilización de estos fármacos prolongue el curso del resfriado o la gripe, por posible modificación del sistema inmune o por disminuir la fiebre.

### 2. POSOLOGÍA

La dosis habitual por vía oral para procesos dolorosos en el adulto es de 1,2 a 1,8 g/día en dosis fraccionadas; sin embargo, dosis de mantenimiento de 0,6 a 1,2 g/día pueden ser eficaces en algunos pacientes.

- Fiebre: La dosis en adultos es de 200 a 400 mg cada 4 o 6 h, hasta un máximo de 1,2 g/día.
- Dismenorrea: 400 mg de Ibuprofeno hasta el alivio del dolor, hasta una dosis máxima diaria de 1.200 mg.
- Niños:
  - Dosis total diaria administrada en dosis fraccionadas (3 o 4 tomas) puede expresarse en términos de edad: de 6 a 12 meses, 150 mg; de 1 a 2 años, de 150 a 200 mg; de 3 a 7 años, de 300 a 400 mg, y de 8 a 12 años, de 600 a 800 mg.
  - Dosis pediátricas recomendadas para la fiebre, de 5 a 10 mg/kg (según la intensidad de la fiebre) y para el dolor, 10 mg/kg; pueden administrarse las tomas cada 6 u 8 h hasta una dosis máxima diaria de 40 mg/kg.

### 3. DESVENTAJAS

- Puede producir náuseas, dolor abdominal, estreñimiento, mareos, acidez de estómago y dolor de cabeza.
- Consulte al médico si presenta vómito o diarrea con sangre, heces oscuras, tinnitus (silbido en los oídos), visión borrosa, inflamación de las manos, pies, tobillos o piernas, sarpullido, prurito.



## 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- Debido al riesgo de la aparición de problemas de seguridad gastrointestinales importantes, en cualesquiera de las siguientes situaciones, el riesgo/beneficio de la utilización de ibuprofeno debe ser valorado por un médico:
  - Pacientes mayores de 65 años;
  - Pacientes con historia previa de hemorragia gastrointestinal, o perforación o úlcera gastroduodenal;
  - Pacientes que estén utilizando otros AINE de forma crónica, anticoagulantes orales, corticosteroides, antidepressivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; o
  - Pacientes con la presencia de problemas de salud serios tales como enfermedad cardiovascular, fallo hepático o renal, diabetes o hipertensión arterial.

Desde la perspectiva de la seguridad gastrointestinal el ibuprofeno se considera más seguro que el AAS y el naproxeno.

- En general, **en pacientes mayores de 65, con depleción de volumen, con hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, diabetes o con enfermedad renal existe un mayor riesgo de la presentación de toxicidad renal** por el empleo de AINES, por ello en este grupo de pacientes, la valoración del riesgo/beneficio de la utilización de este grupo de medicamentos debería ser realizada por un médico. Adicionalmente, se debería seguir la aparición de este problema de seguridad, utilizando indicadores de dicho efecto negativo, como puede ser la creatinina sérica.
- Interacciones de relevancia clínica:
  - Bloqueantes beta: El ibuprofeno puede antagonizar el efecto antihipertensivo de este grupo de fármacos.
  - Bloqueantes alfa y beta: El ibuprofeno puede antagonizar el efecto antihipertensivo de este grupo de fármacos.
  - Diuréticos tiazídicos: El ibuprofeno puede antagonizar el efecto antihipertensivo de este grupo de fármacos.
  - Acenocumarol o warfarina: El ibuprofeno aumenta el riesgo de hemorragia gastrointestinal.
  - Litio: El ibuprofeno disminuye la excreción del litio y puede aumentar los problemas de seguridad.
  - Ciclosporina: El ibuprofeno aumenta el riesgo de nefrotoxicidad de este inmunosupresor.
  - Fenitoína: El ibuprofeno puede potenciar el efecto de la fenitoína.

- Glibenclamida: El ibuprofeno puede potenciar el efecto hipoglucemiante de la glibenclamida
- Metotrexato: El ibuprofeno reduce la excreción de metotrexato y aumenta el riesgo de problemas de seguridad.
- Quinolonas (ácido nalidixico, ciprofloxacino, ofloxacino, norfloxacino): El ibuprofeno aumenta el riesgo de la aparición de convulsiones.

## **5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE**

- Se recomienda tomar junto con las comidas y con un vaso de agua.
- Debe evitar el consumo excesivo de alcohol.

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE IBUPROFENO	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
400 mg	Cápsulas	Propilenglicol*	Advil®	20 cápsulas
	Comprimidos		Diltix®	12 comprimidos
			Feminalin forte®	
			Nurofen®	
			Nodolfen®	20 comprimidos
	Comprimidos bucodispersables		Ibuprofeno gayoso®	20 comprimidos
			Oberdol®	
	Comprimidos recubiertos		Ratiadol®	10 comprimidos 20 comprimidos
			Doctril forte®	
			Ibubex®	12 comprimidos
Ibufen®			20 comprimidos	
200 mg	Cápsulas	Lactosa*	Altior®	10 cápsulas 30 cápsulas
	Comprimidos			Dorival®
		Feminalin®		
		Ibuprofeno Normon®		
	Comprimidos recubiertos	Sacarosa 120 mg	Nurofen®	10 comprimidos 30 comprimidos
			Doctril®	
	200 mg/5 mL	Suspensión	Sacarosa 500 mg/5 mL Glucosa 1,50 g/5 mL	Narfen®
100 mg/5 mL				Suspensión
	Diltix®	200 mL		
	Sacarosa 2 g/5 mL Glicerol 0,25 g/5 mL	Fiedosin®	200 mL	
		Sacarosa 500 mg/5 mL Glucosa 1,50 g/5 mL	Narfen®	

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA (continuación)

CANTIDAD DE IBUPROFENO	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	
10 %	Solución dérmica	Alcohol etílico 375 mg	Ibuprox tópico®	200 mL	
		Propilenglicol 50 mg			
5 %	Gel		Gelobufen®	30 g	
			Nurofen Tópico®	60 g	
		Alcohol benzílico 10 mg/g	Articalm®	60 g	
		Alcohol benzílico*	Ibuprofeno Pharmagenus®	30 g	
			Ibuprofeno Farmasierra®	50 g	
			Ibuprofeno Tópico Gayoso®	60 g	
		Propilenglicol*	Ibubex Gel®	30 g	
			Solvium®	60 g	
			Ratiodol Gel®		
		Alcohol etílico 375 mg/g	Diltix Tópico®	30 g	
		Propilenglicol 50 mg/g		60 g	
		Alcohol etílico 375 mg/g	Ibufen Tópico®	50 g	
		Propilenglicol 50 mg/g			
		Solución dérmica	Alcohol etílico 339 mg/g	Diltix Tópico®	60 mL
			Propilenglicol 50 mg/g		
		Spray	Alcohol etílico*	Solvium Spray Cutáneo®	60 mL
Propilenglicol*					

\* Cantidad sin establecer.



## **BIBLIOGRAFÍA**

- Eccles R. Efficacy and safety of over-the-counter analgesics in the treatment of common cold and flu. *J Clin Pharm Ther.* 2006; 31: 309-19.
- Rhoades KR. Prescribed Medications and OTCs: Interactions and Timing Issues. *Diabetes Spectrum* 2002; 15: 256-61.
- Peterson GM. Selecting nonprescription analgesics. *Am J Ther.* 2005; 12: 67-79.
- Silhvo S, Klaukka T, Martikainen J, Hemminki E. Frequency of daily over-the-counter drug use and potential clinical significance over-the-counter-prescription drug interactions in the Finnish adult population. *Eur J Clin Pharmacol* 2000; 56: 495-9.
- Hasten PD, Horn JR. Hasten and Horn Managing Clinical Important Drug Interactions. St. Louis, Mo: Facts and Comparisons; 2003.
- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.

## LORATADINA

### 1. INDICACIONES

- Alergia. Tratamiento sintomático de afecciones alérgicas tales como rinitis alérgica o urticaria crónica idiopática, previamente diagnosticada.

### 2. POSOLOGÍA

- Adultos, oral: 10 mg/24 horas (comprimidos) o 10 ml/24 horas (jarabe).
- Niños de 12 años o mayores: 10 mg/24 horas (comprimidos) o 10 ml/24 horas (jarabe).
- Niños de 2-11 años, oral:
  - De más de 30 kg: 10 mg/24 horas (comprimidos) o 10 ml/24 horas (jarabe).
  - De 30 kg o menos: 5 ml/24 horas (jarabe).
- Niños menores de 2 años, oral: No se ha evaluado su seguridad y eficacia.

### 3. DESVENTAJAS

- En general, la utilización de los antihistamínicos no sedantes, por regla general, presenta las mismas desventajas que los sedantes, pero con una incidencia mucho menor o lo hacen en muy raras ocasiones a las dosis terapéuticas recomendadas. En todo caso, el empleo de loratadina puede causar somnolencia y efectos anticolinérgicos molestos, especialmente en niños y ancianos. Adicionalmente, puede generar alteraciones gastrointestinales (náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea y sequedad de boca), neurológicas (cefalea, somnolencia y desorientación), respiratorias (aumento de la viscosidad de las secreciones bronquiales), genitourinarias (retención urinaria), oculares (visión borrosa o diplopia). Los problemas gastrointestinales se disminuyen si el medicamento se administra con alimentos.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- En pacientes en tratamiento con fármacos sedantes, o mujeres en periodo de lactancia, la valoración del riesgo/beneficio de la utilización de este fármaco debe ser realizada por un médico.
- Se debe insistir en no utilizar más de la dosis recomendada, debido a que ello favorece la aparición de sedación.
- Los ancianos son más susceptibles de padecer efectos adversos, por lo que se recomienda una especial vigilancia.
- Debido a los efectos antialérgicos, la loratadina podría enmascarar los resultados de pruebas dérmicas de hipersensibilidad a extractos antigénicos. Se recomienda suspender la administración de este medicamento al menos 72 horas antes de la prueba.

- Interacciones de relevancia clínica: inhibidores enzimáticos de la CYP3A4 (eritromicina, ketoconazol) o del CYP2D6 (cimetidina): La utilización conjunta de loratadina con estos inhibidores se relaciona con un aumento en los niveles plasmáticos del fármaco; sin embargo, el aumento en estos niveles no se ha podido relacionar con problemas de seguridad importantes.

## 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Se recomienda tomar este medicamento con las comidas y a la misma hora.
- Se debe evitar la exposición al sol durante el tratamiento con este fármaco.

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE LORATADINA	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
10 mg	Comprimidos	Lactosa*	Clarityne®	20 Comprimidos
5 mg/5 mL	Jarabe	Sacarosa 3g/5 mL	Clarityne®	120 mL
		Propilenglicol 500 mg/5 mL		
		Glicerol 500 mg/5 mL		

\* Cantidad sin establecer.

## BIBLIOGRAFÍA

- Hasten PD, Horn JR. Hasten and Horn Managing Clinical Important Drug Interactions. St. Louis, Mo: Facts and Comparisons; 2003.
- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.

## MAGALDRATO

### 1. INDICACIONES

- Dispepsia, hiperacidez gástrica. Tratamiento sintomático de las alteraciones de estómago relacionadas con hiperacidez (ardores, indigestión, acidez de estómago).

### 2. POSOLOGÍA

- De 400 a 2000 mg, 1-2 horas después de las comidas y antes de acostarse (en caso de utilizar la dosis de 2000 mg). Dosis máxima 8 g/día.
- Niños mayores de 6 años, oral: Utilizar la mitad de la dosis del adulto.

### 3. DESVENTAJAS

- Puede producir estreñimiento o diarrea, mareo, sequedad de boca, flatulencia, dolor de cabeza, erupciones en la piel y dolor de estómago.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- En caso de que el paciente esté utilizando hidróxidos de magnesio y aluminio, la toma del magaldrato se debe distanciar unas dos horas de los hidróxidos.
- En caso de presentar somnolencia o convulsiones el paciente debe consultar a su médico inmediatamente.
- El riesgo/beneficio de la utilización de este medicamento durante el embarazo y la lactancia debe ser establecido por un médico.
- A no ser que el médico establezca lo contrario, el uso crónico de este producto se considera inadecuado.
- Interacciones de relevancia clínica: existen informes de casos y algunos estudios en los que se establece que algunos antiácidos (magaldrato, hidróxidos de magnesio y aluminio) causan una disminución en la absorción de algunos fármacos; bien sea por la formación de complejos insolubles o por aumento del pH gastrointestinal. Sin embargo, la relevancia clínica de dichas interacciones es muy cuestionada. A pesar de ello, los fármacos de margen o índice terapéutico estrecho y los fármacos con problemas de solubilidad se deberían administrar espaciados mínimo 2 horas (antes o después) de los antiácidos, entre ellos: bloqueantes beta (atenolol), digitálicos (digoxina, digitoxina), antifúngicos azoles (ketoconazol e itraconazol), quinolonas (ciprofloxacino), tetraciclinas (minociclina, doxiciclina, clortetraciclina, demeclociclina) y sales de hierro (sulfato de hierro y otros).





## 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Los comprimidos se deben masticar perfectamente antes de deglutirse y a continuación beber un vaso de agua; (en su defecto se pueden disolver en medio vaso de agua y tomarse). Por su parte, la el frasco con la suspensión debe agitarse suficientemente antes de su uso.
- El medicamento no se debe tomar con leche.
- Cuando se utilice como antiácido, se recomienda tomar este medicamento después de las comidas o cuando se presenten las molestias. Por su parte, si se usa este para aliviar síntomas de indigestión, no se debe tomar durante más de dos semanas sin valoración del médico.

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE MAGALDRATO	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
2 g	Gel	Ácido ciclámico 25 mg	Bemolan®	30 sobres
			Minoton®	
	Suspensión	Ácido ciclámico 25 mg	Gastromol®	
800 mg	Comprimidos masticables		Bemolan®	30 comprimidos
		Sorbitol 918,2 mg	Minoton®	30 comprimidos
	Gel	Ácido ciclámico 20 mg	Bemolán®	30 sobres
			Minoton®	30 sobres
450 mg	Comprimidos masticables	Manitol *	Magion®	40 comprimidos
450 mg	Comprimidos masticables		Bemolan®	60 comprimidos

\* Cantidad sin establecer.

## BIBLIOGRAFÍA

- Rhoades KR. Prescribed Medications and OTCs: Interactions and Timing Issues. *Diabetes Spectrum*. 2002; 15: 256-61.
- Silhvo S, Klaukka T, Martikainen J, Hemminki E. Frequency of daily over-the-counter drug use and potential clinically significance over-the-counter-prescription drug interactions in the Finnish adul population. *Eur J Clin Phamacol*. 2000; 56: 495-9.
- Hasten PD, Horn JR. Hasten and Horn Managing Clinical Important Drug Interactions. St. Louis, Mo: Facts and Comparisons; 2003.
- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.



## METILCELULOSA

### 1. INDICACIONES

- Alivio sintomático y ocasional del estreñimiento. Facilita la evacuación en caso de hemorroides. La metilcelulosa se comporta como laxante aumentador del bolo intestinal. Al no ser digerida por el organismo, incrementa el volumen del bolo fecal y absorbe agua, por lo que va a favorecer el peristaltismo intestinal y la humectación de las heces, facilitando su eliminación. La acción comienza al cabo de 1-3 días.

### 2. POSOLOGÍA

- Adultos, oral: Hasta 6 g/día divididos en varias tomas, ingeridas con gran cantidad de líquido. Inicialmente 1,5 g/8 horas. Una vez regularizado el hábito intestinal se debe administrar 1,5 g/24 horas o incluso menos, según las necesidades del paciente.
- Niños mayores de 6 años, oral: 500 mg/12 horas.

### 3. DESVENTAJAS

- Flatulencia, distensión abdominal y, por el empleo de poca cantidad de agua, obstrucción intestinal y esofágica.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- Antes de iniciar el tratamiento, es fundamental identificar la causa del estreñimiento. Igualmente, se recomienda que previo al inicio de un tratamiento para el estreñimiento, el paciente tome mínimo 2 litros de agua al día (excepto si existen restricciones hídricas), ingiera un aporte adecuado de fibra, coordine la ida al baño con el estímulo de la defecación y realice ejercicio aeróbico con una duración mínima de 30 minutos y al menos 4 veces a la semana.
- En pacientes con estreñimiento y dolor abdominal significativo, en mujeres en embarazo o lactancia, y en niños menores de 6 años, el riesgo/beneficio de la utilización de este medicamento debe ser valorado por un médico
- El uso de este medicamento durante un largo periodo de tiempo puede provocar un efecto rebote. También puede producir una menor motilidad del intestino.
- El efecto aparece de 1 a 3 días después de haber comenzado el tratamiento.
- Se recomienda que los pacientes ancianos comiencen con la mitad de la dosis de los adultos.
- En el caso de su empleo como antidiarreico, si a los de 3 ó 4 días la diarrea continua, la continuidad del tratamiento debe ser valorada por un médico.
- Interacciones de relevancia clínica:

- Antidiabéticos orales o insulina: En pacientes con diabetes, la metilcelulosa podrá potenciar los efectos de los antidiabéticos, especialmente los orales. En caso de administración de este medicamento junto con antidiabéticos orales o insulina, puede ser necesario ajustar la pauta de los mismos.
- Antidiarreicos: La combinación de antidiarreicos tipo loperamida con laxantes aumentadores del bolo intestinal como metilcelulosa, ispagula, agar o goma esterculia, se considera contraindicada, debido a que puede causar obstrucciones intestinales importantes.
- Nitrofurantoína, digitálicos, ácido acetilsalicílico o estrógenos: La metilcelulosa puede disminuir la cantidad absorbida y efectos de estos fármacos. Por ello, su administración se debe distanciar mínimo dos horas. Recomendación que debe seguirse, en general, en el caso de que el paciente esté tomando otros medicamentos.

## 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- El medicamento debe disolverse en medio vaso de agua. Si se toma antes de las comidas, puede disminuir el apetito.
- Mientras se esté tomando este medicamento, a menos que se tengan restricciones hídricas, se debe ingerir una abundante cantidad de agua. Se recomienda beber unos 2 litros de líquido, preferiblemente agua, para evitar la aparición de obstrucciones intestinales.
- Si al cabo de 1-2 semanas, el estreñimiento no mejora, persiste o empeora, se debe consultar al médico.

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE METILCELULOSA	FORMA FARMACÉUTICA	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
500 mg	Cápsulas	Muciplazma®	50 cápsulas



## **BIBLIOGRAFÍA**

- Rhoades KR. Prescribed Medications and OTCs: Interactions and Timing Issues. *Diabetes Spectrum*. 2002; 15: 256-61.
- Silhvo S, Klaukka T, Martikainen J, Hemminki E. Frequency of daily over-the-counter drug use and potential clinically significance over-the-counter-prescription drug interactions in the Finnish adul population. *Eur J Clin Phamacol*. 2000; 56: 495-9.
- Hasten PD, Horn JR. Hasten and Horn Managing Clinical Important Drug Interactions. St. Louis, Mo: Facts and Comparisons; 2003.
- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.

## NAPROXENO

### 1. INDICACIONES

- Alivio sintomático de los dolores ocasionales leves o moderados, como cefalea, odontalgia o dismenorrea, dolor muscular o de espalda.
- El naproxeno (200-400 mg) podría ser más efectivo que el ibuprofeno (200 mg) o el paracetamol (1000 mg) en el control del dolor y los síntomas asociados a la dismenorrea primaria.

### 2. POSOLOGÍA

- Adultos, oral: 200 mg/8-12 horas. También se puede comenzar con 400 mg seguidos, si fuera necesario, de 200 mg al cabo de 12 horas.
- No se debe sobrepasar la cantidad de 600 mg diarios, salvo criterio médico.
- Ancianos: No utilizar más de 400 mg al día, salvo criterio médico.
- Insuficiencia renal: Reducir la dosis. No se recomienda un tratamiento crónico con naproxeno en pacientes con un aclaramiento de la creatinina inferior a los 20 mL/minuto.
- Insuficiencia cardíaca: Administre la dosis menor efectiva. Conviene controlar periódicamente los parámetros clínicos y de laboratorio, sobre todo en caso de tratamiento prolongado.
- Insuficiencia hepática: Reducir la dosis en pacientes con cirrosis hepática y otras formas de hepatopatía, se recomienda administrar la dosis mínima efectiva.

En los trastornos agudos osteomusculares y dismenorrea, la dosis inicial empleada habitualmente es la equivalente a 500 mg de naproxeno, seguida de 250 mg cada 6 a 8 horas, hasta una dosis máxima diaria de 1.250 mg después del primer día.

### 3. DESVENTAJAS

- Puede producir dolor de cabeza, náuseas, vómitos, mareos, dolor abdominal, dispepsia, o acidez de estómago, diarrea o estreñimiento, somnolencia, y coloración amarilla de la piel o las mucosas. Raramente puede producir sofocos, conjuntivitis, somnolencia, sordera que desaparece al finalizar el tratamiento, erupciones en la piel, mareos, visión borrosa y ansiedad.
- El paciente debe consultar al médico si presenta vómito o diarrea con sangre, heces oscuras, visión borrosa, inflamación de las manos, pies, tobillos o piernas, sarpullido, prurito.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- Debido al riesgo de la aparición de problemas de seguridad gastrointestinales importantes, en cualesquiera de las siguientes situaciones, el riesgo/beneficio de la utilización de naproxeno debe ser valorado por un médico:



- Pacientes mayores de 65 años;
- Pacientes con historia previa de hemorragia gastrointestinal, o perforación o úlcera gastroduodenal;
- Pacientes que estén utilizando otros AINE de forma crónica, anticoagulantes orales, corticosteroides, antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; o
- Pacientes con la presencia de problemas de salud serios tales como enfermedad cardiovascular, fallo hepático o renal, diabetes o hipertensión arterial.

Desde la perspectiva de la seguridad, el naproxeno presenta SEIS veces más de riesgo de daño gastrointestinal que el ibuprofeno, y DOS veces mayor que el ácido acetil salicílico (AAS).

- Igualmente, en mujeres en embarazo, el riesgo/beneficio de la utilización de naproxeno debe ser realizada de forma exclusiva por el médico.
- En general, en pacientes mayores de 65 años, con depleción de volumen, con HTA, insuficiencia cardíaca, diabetes o con enfermedad renal existe un mayor riesgo de la presentación de toxicidad renal por el empleo de AINE, por ello en este grupo de pacientes, la valoración del riesgo/beneficio de la utilización de este grupo de medicamentos debería ser realizada por un médico. Adicionalmente, se debería seguir la aparición de este problema de seguridad, utilizando indicadores de dicho efecto negativo, como puede ser la creatinina sérica.
- Interacciones de relevancia clínica:
  - Bloqueantes beta: El naproxeno puede antagonizar el efecto antihipertensivo de este grupo de fármacos.
  - Bloqueantes alfa y beta: El naproxeno puede antagonizar el efecto antihipertensivo de este grupo de fármacos.
  - Diuréticos tiazídicos: El naproxeno puede antagonizar el efecto antihipertensivo de este grupo de fármacos.
  - Acenocumarol o warfarina: El naproxeno aumenta el riesgo de hemorragia gastrointestinal.
  - Clopidogrel: El naproxeno podría aumentar el riesgo de hemorragia.
  - Litio: El naproxeno disminuye la excreción del litio y puede aumentar los problemas de seguridad.
  - Ciclosporina: El naproxeno aumenta el riesgo de nefrotoxicidad de este inmunosupresor.
  - Fenitoína: El naproxeno puede potenciar el efecto de la fenitoína.
  - Glibenclamida: El naproxeno puede potenciar el efecto hipoglucemiante de la glibenclamida.
  - Metotrexato: El naproxeno reduce la excreción de metotrexato y aumenta el riesgo de problemas de seguridad.

- Quinolonas (ácido nalidixico, ciprofloxacina, ofloxacina, norfloxacina): El naproxeno aumenta el riesgo de la aparición de convulsiones.

## 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Se recomienda tomar junto con las comidas (o con leche) y con un vaso de agua.
- Debe evitar el consumo excesivo de alcohol.

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE NAPROXENO	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
200 g	Comprimidos recubiertos	Lactosa 44 mg	Momen®	12 comprimidos
	Sobres (granulado)	Sacarosa 4,20 g		12 sobres
		Aspartamo 40 mg		
		Sales de potasio 81,88 mg		
	Sales de sodio 20 mg			

\* Cantidad sin establecer.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bansal V, Dex T, Proskin H, Garreffa S. A look at the safety profile of over-the-counter naproxen sodium: a meta-analysis. *J Clin Pharmacol.* 2001; 41: 127-38.
- Schiff M, Minic M. Comparison of the analgesic efficacy and safety of nonprescription doses of naproxen sodium and ibuprofen in the treatment of osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol.* 2004; 31: 1373-83.
- Milsom I, Minic M, Dawood MY, Akin MD, Spann J, Niland NF, et al. Comparison of the efficacy and safety of nonprescription doses of naproxen and naproxen sodium with ibuprofen, acetaminophen, and placebo in the treatment of primary dysmenorrhea: a pooled analysis of five studies. *Clin Ther.* 2002; 24: 1384-400.
- Peterson GM. Selecting nonprescription analgesics. *Am J Ther.* 2005; 12: 67-79.
- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.





## OXIMETAZOLINA

### 1. INDICACIONES

- La oximetazolina es fundamentalmente un agonista alfa-2 adrenérgico, con cierta actividad alfa-1, por lo que produce vasoconstricción y disminuye la hinchazón y la congestión cuando se aplica en las mucosas. Actúa a los pocos minutos y el efecto dura hasta 12 horas. Se emplea en forma de hidrocloreuro para el alivio sintomático de la congestión nasal.

### 2. POSOLOGÍA

- En adultos y niños de más de 6 años, se aplica una solución al 0,05% de hidrocloreuro de oximetazolina por vía tópica en forma de gotas nasales o aerosol, generalmente dos veces al día en cada una de las fosas nasales según sea necesario.
- Adultos, nasal: Una nebulización en cada fosa nasal, máximo dos veces al día.
- No existe evidencia de buena calidad sobre el uso de oximetazolina en niños.

### 3. DESVENTAJAS

- Puede causar sensación de quemazón, dolor, estornudo y sequedad de la mucosa nasal, especialmente con las primeras aplicaciones.
- Aunque muy raro, la absorción de cantidades importantes de este fármaco podría causar efectos sistémicos, tales como mareo, vértigo, náuseas, vómito, nerviosismo, taquicardia, hipertensión arterial, sudoración y palidez.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- El tratamiento no debe exceder los 3-5 días.
- Durante el embarazo y la lactancia, la valoración del riesgo/beneficio de la utilización de este fármaco debe ser realizada por un médico.
- El tratamiento debe ser suspendido y derivar al médico si los síntomas persisten, empeoran o si aparece fiebre alta, mareos, insomnio o nerviosismo.
- No se han descrito interacciones importantes con la aplicación nasal de este fármaco.

### 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Limpie la nariz antes de cada aplicación.
- Aplique el medicamento evitando el contacto del frasco con alguna superficie.
- No se debe utilizar más de la cantidad o dosis recomendadas, ni por más de 3 días, debido a que puede aparecer congestión de rebote.

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CONCENTRACIÓN DE OXIMETAZOLINA	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
0,5 mg/mL	Nebulizador	Glucosa*	Antirrinum® adulto	15 mL
		Alcohol etílico 2%	Serranasal®	
		Sorbitol 57.14 mg/mL	Couldespir®	
			Respibien®	
	Nasolina® 0,05%	20 mL		
	Sorbitol*	Nebulicina® 0,05% adultos	10 mL	
Propilenglicol 100 mg/mL		Respir® 0,05%		
Spray	Propilenglicol 100 mg/mL	Corilisina spray® 0,05%	10 mL	
		Respir® 0,05%	20 mL	
Gotas	Propilenglicol 100 mg/mL	Respir® 0,05%	10 mL	
	Cloruro de benzalconio 0,2 mg/mL	Utabon adultos® 0,05%	15 mL	
0,25 mg/ml	Nebulizador	Sorbitol*	Nebulicina® 0,025% Infantil	10 mL
	Gotas	Sorbitol*	Utabon infantil® 0,025%	15 mL
35 mcg/pulsación	Nebulizador	Cloruro de benzalconio*	Utabon®	15 mL

\* Cantidad sin establecer.

### BIBLIOGRAFÍA

- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.



## PARACETAMOL

### 1. INDICACIONES

- Estados febriles. Alivio sintomático de los dolores ocasionales leves o moderados, como dolores de cabeza y dolores dentales.

El paracetamol, el ácido acetil salicílico (AAS) y el ibuprofeno se consideran seguros a las dosis recomendadas como especialidades farmacéuticas publicitarias. En general, no existe evidencia para establecer diferencias en la eficacia y seguridad de estos tres fármacos en el tratamiento de resfriados y gripe, exceptuando condiciones muy específicas, caso de los estados febriles en niños. Adicionalmente, no se dispone de evidencia de que la utilización de estos fármacos prolongue el curso del resfriado o la gripe, por posible modificación del sistema inmune o por disminuir la fiebre.

### 2. POSOLOGÍA

- **Adultos:** La dosis **oral** usual para analgesia y antipiresis es de 650 mg a 1000 mg cada 4 o 6 horas hasta una máximo de 4 gramos / día. **Vía rectal:** 650 mg administrados cada 4 o 6 horas no superando los 4 g/día.
- **Niños (oral):** Las dosis que se exponen a continuación pueden repetirse con un intervalo mínimo de 4 h no superando las dosis diarias máximas.

Edad	Dosis (mg)	Dosis diaria (mg)
0 a 3 meses	40	200
4-11 meses	80	200
12-23 meses	120	600
2 a 3 años	160	800
4 a 5 años	240	1200
6 a 8 años	320	1600
9 a 10 años	400	2000
11 años	480	2400

Puede también establecerse un esquema de dosificación de 10 mg/kg, por toma, con un intervalo mínimo de 4 h, o bien de 15 mg/kg, por toma, cada 6 h.

## Dosis según peso del niño:

Peso (kg)	Dosis (mg)	Dosis diaria (mg)
2.0 a 5.4	40	200
5.5 a 7.9	80	400
8.0 a 10.9	120	600
11.0 a 15.9	160	800
16.0 a 21.9	240	1200
22.0 a 26.9	320	1600
27.0 a 31.9	400	2000
32.0 a 43.9	480	2400

No tomar más de 5 días consecutivos sin prescripción médica.

## Niños (rectal):

Edad	Dosis (mg)	Dosis diaria (mg)
3-11 meses	80 cada 6 horas	
1 A 3 años	80 cada 4 horas	
3 a 6 años	120 a 125 cada 4 a 6 horas	720 mg
6 a 12 años	325 cada 4 a 6 horas	2600 mg

## 3. DESVENTAJAS

- Raramente puede causar malestar, hipotensión, reacciones de hipersensibilidad y alteraciones sanguíneas.
- La toma de una dosis excesiva puede generar diarrea, sudoración, falta de apetito, náuseas o vómitos, dolor en el estómago, inflamación o dolor en el abdomen y, lo más grave toxicidad hepática. El riesgo de sobredosis es mayor en ancianos y niños.

## 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- No se debe superar la dosis diaria recomendada (máximo 4 g/día; o 2 g/día en pacientes alcohólicos). La utilización de dosis altas o los tratamientos prolongados, sin control médico, pueden producir alteraciones hepáticas, especialmente en pacientes que ingieren bebidas alcohólicas de forma habitual. Por ello, el paracetamol no se debe utilizar por más de 7-10 días continuos sin control médico.



- En pacientes con alteraciones hepáticas o renales importantes, alcoholismo, anemia, malnutrición crónica o deshidratación, al igual que los que estén empleando AINE de forma crónica, el riesgo/beneficio de la utilización de paracetamol debe ser valorada por un médico.
- El uso a corto plazo está aceptado en el embarazo y la lactancia.
- Interacciones medicamentosas de relevancia clínica. A pesar de la frecuente utilización simultánea del paracetamol con otros fármacos, la disponibilidad de evidencia de interacciones de relevancia clínica es muy escasa. Siendo lo más destacado, el aumento del posible riesgo aditivo de toxicidad hepática con otros reconocidos fármacos hepatotóxicos, como la isoniazida, la rifampicina. Adicionalmente, el paracetamol, especialmente a dosis altas, podría aumentar el efecto anticoagulante del acenocumarol y la warfarina. Sin embargo, el paracetamol es considerado el fármaco analgésico de elección en pacientes en tratamiento con anticoagulantes, debido a su menor efecto en la agregación plaquetaria. En todo caso, en pacientes en tratamiento con anticoagulantes y que requieran paracetamol a dosis cercanas a los 4 gramos/día sería conveniente realizar un seguimiento de los valores de INR.

### **5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE**

- Debe tomar el medicamento, si se tolera, con el estómago vacío (los alimentos retardan la velocidad de absorción del paracetamol). En caso de que aparezcan molestias estomacales, se debe tomar con los alimentos.
- Debe evitarse el consumo de alcohol.
- La orina puede volverse oscura durante el consumo de paracetamol, debido a la presencia de uno de sus metabolitos (la fenacetina).

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE PARACETAMOL	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD		
1000 mg	Comprimidos		Gelocatil®	20 comprimidos		
				40 comprimidos		
	Comprimidos efervescentes			Dafalgan®	8 comprimidos	
					20 comprimidos	
					40 comprimidos	
		Sorbitol 252,2 mg	Efferalgan®	8 comprimidos		
				20 comprimidos		
				40 comprimidos		
	Sobres			Paracetamol Belmac®	20 sobres	
					Paracetamol Davur®	40 sobres
		Sacarosa 3,60 g	Paracetamol Cuve®	12 sobres		
				Propilenglicol*	Gelocatil®	20 sobres
		Sorbitol*	40 sobres			
		Sobres efervescente	Manitol*	Sales de sodio 82,6 mg	Paracetamol Cinfa® (granulado)	20 sobres
	Paracetamol Cinfamed® (polvo efervescente)					40 sobres
	Manitol*		Sales de sodio 82,6 mg	Paracetamol Stada®	20 sobres	
					Aspartamo*	Lafetamol®
	Sales de sodio 545 mg		40 sobres			
					Bolidol®	20 sobres
						Coflumol®
	Sacarosa 2,044 mg		Sales de sodio 528,7 mg	Efetamol®	20 sobres	
					40 sobres	
Sacarosa 993,7 mg	Panadol®		12 sobres			
Sales de sodio 386 mg	Paracetamol Alter® y Paracetamol Kern Pharma®		20 sobres			
Sorbitol*						



### 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA (continuación)

CANTIDAD DE PARACETAMOL	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD		
1000 mg (continuación)	Sobres efervescente (continuación)	Aspartamo*	Paracetamol Gayoso®	12 sobres		
		Sales de sodio*				
		Sacarosa 2,31 g	Resolvebohm®	10 sobres		
		Glucosa 1,53 g				
		Sales de potasio 300 mg				
		Sales de sodio 264,5 mg				
		Sacarosa 2044 mg	Xumadol®	20 sobres		
Sales de Sodio 528,7 mg	40 sobres					
650 mg	Comprimidos		Dolostop® Febrectal® adultos Paracetamol Cuve® Paracetamol Esteve® Paracetamol Gelos® Paracetamol Mundogen® Paracetamol Sandoz® Paracetamol Pensa® Termalgin®	20 comprimidos		
			Gelocatil® Paracetamol Kern Pharma® Paracetamol Pharmagenus®	20 comprimidos		
				40 comprimidos		
			Comprimidos recubiertos		Paracetamol cinsa® y Paracetamol cinsamed®	20 comprimidos
						40 comprimidos
			Sobres granulado	Propilenglicol*	Gelocatil®	20 sobres
				Sorbitol*		
					Paracetamol Belmac® Paracetamol Davur®	20 sobres
	Supositorios		Termalgin® adultos	8 supositorios		
	600 mg	Supositorios		Efferalgan®	10 supositorios	
			Febrectal® adultos	6 supositorios		

\* Cantidad sin establecer.

# Paracetamol

Paracetamol

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA (continuación)

CANTIDAD DE PARACETAMOL	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
500 mg	Cápsulas		Efferalgan®	20 cápsulas
	Comprimidos		Paracetamol Serra Pamiés®	10 comprimidos
			Panadol®	12 comprimidos
			Auxidor® Tylenol®	16 comprimidos
			Cupanol® adultos Dolgesic® Duorol® Eftazid® Paracetamol Gelos® Paracetamol Mundogen® Paracetamol Sandoz® Paracetamol Serra® Paracetamol Winthrop® Talgo® Termagil®	20 comprimidos
			Acertol® Paracetamol Cuve® Sinmol®	10 comprimidos 20 comprimidos
			Comprimidos bucodispersables	Sorbitol 30,50 mg
	Comprimidos efervescentes	Sorbitol 300 mg	Efferalgan®	20 comprimidos
	Comprimidos recubiertos		Antidol®	20 comprimidos
	Sobres granulados		Paracetamol Belmac® Paracetamol Davur® y Paracetamol Rlmfar®	20 sobres
	Sobres efervescentes	Manitol*	Termocatil®	10 sobres
	Supositorios		Apiretal®	5 supositorios





## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA (continuación)

CANTIDAD DE PARACETAMOL	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
325 mg	Supositorios		Termalgin® infantil	8 supositorios
300 mg	Supositorios		Efferalgan®	6 supositorios
			Febrectal Infantil®	6 supositorios
250 mg	Comprimidos	Sorbitol*	Cupanol® infantil	20 comprimidos
	Comprimidos bucodispersables	Aspartamo*	Apiretal flash®	12 comprimidos
		Manitol*		24 comprimidos
		Aspartamo*	Gelocatil®	20 comprimidos
		Manitol*		
	Supositorios infantil		Apiretal Infantil®	5 supositorios
Melabon Infantil®			10 supositorios	
160 mg	Comprimidos	Manitol*	Apiretal®	20 comprimidos
	Comprimidos masticables		Tylenol®	16 comprimidos
150 mg	Supositorios		Efferalgan®	6 supositorios
			Febrectal lactantes®	
			Termalgin® lactantes	8 supositorios
100 mg/mL	Gotas	Glicerol*	Apiretal®	30 mL
				60 mL
	Solución	Glicerol*	Gelocatil infantil®	30 mL
		Propilenglicol* Sorbitol*		60 mL
65 mg/mL	Solución	Propilenglicol*	Gelocatil®	200 mL
		Sorbitol*		
30 mg/mL	Solución	Sacarosa 2 g/5 mL	Efferalgan®	90 mL
		Ácido sórbico*		
		Glicerol*		

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA (continuación)

CANTIDAD DE PARACETAMOL	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
24 mg/mL	Solución	Sacarosa 400 mg	Febrectal Infantil®	120 mL
		Propilenglicol*		
		Glucosa 2,13 g	Termalgin®	
	Suspensión	Sacarosa 2 g/5 mL	Cupanol®	120 mL

\* Cantidad sin establecer.

### BIBLIOGRAFÍA

- Eccles R. Efficacy and safety of over-the-counter analgesics in the treatment of common cold and flu. *J Clin Pharm Ther.* 2006; 31: 309-19.
- Hasten PD, Horn JR. Hasten and Horn Managing Clinical Important Drug Interactions. St. Louis, Mo: Facts and Comparisons; 2003.
- Toes MJ, Jones AL, Prescott L. Drug interactions with paracetamol. *Am J Ther.* 2005; 12: 56-66.
- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.



## PARAFINA

### 1. INDICACIONES

- Estreñimiento. La parafina es un laxante de tipo lubricante, formada por mezclas de hidrocarburos alifáticos de cadena larga. Actúa recubriendo las heces de una capa hidrofóbica que impide que el agua contenida en el bolo fecal sea absorbida por el intestino, favoreciendo que las heces permanezcan blandas, lo que facilita su eliminación. La acción comienza a las 6-8 horas de su administración.

### 2. POSOLOGÍA

#### Adultos y niños mayores de 12 años, oral:

- Solución: 15 mL/12-24 horas. A medida que se vaya regularizando el hábito intestinal, se debe disminuir la dosis diaria y luego espaciarlas cada 2-3 días.
- Sobres (4g/sobre): 1 sobre/24 horas, administrado antes de acostarse y, si es necesario, otro por la mañana 2 horas antes o después del desayuno. Disminuir progresivamente la dosis a medida que se obtenga la normalización deseada.

#### Niños, oral:

- Niños de 6-12 años: 5 mL/12-24 horas.
- Niños menores de 6 años: no se ha evaluado la eficacia y seguridad de este medicamento en estos pacientes.

### 3. DESVENTAJAS

- Irritación o prurito anal y hemorroides.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- Antes de iniciar el tratamiento, es fundamental identificar la causa del estreñimiento. Igualmente, se recomienda que previo al inicio de un tratamiento para el estreñimiento, el paciente tome mínimo 2 litros de agua al día (excepto si existen restricciones hídricas), ingiera un aporte adecuado de fibra, coordine la ida al baño con el estímulo de la defecación y realice ejercicio aeróbico con una duración mínima de 30 minutos y al menos 4 veces a la semana.
- En pacientes con estreñimiento y dolor abdominal significativo, la utilización de este fármaco debe ser valorado por un médico.
- Si al cabo de 1 semana de utilización, el estreñimiento no mejora, persiste o empeora, el paciente debe consultar al médico. El medicamento no debe utilizarse durante más de una semana.

- Antes de iniciar un tratamiento, el paciente debe estar correctamente hidratado y sus niveles de electrolitos ser normales. No se debe iniciar un tratamiento si dichos niveles están alterados.
- Interacciones de relevancia clínica:
  - Docusato sódico: Este laxante podría aumentar la absorción de la parafina, debido a su efecto tensoactivo. Por ello, se debe separar la administración de los dos medicamentos, mínimo en 2 horas.
  - Vitaminas liposolubles (vitaminas A, D, E y K): La puede alterar la absorción de las vitaminas. Por ello, se debe separar su administración, mínimo en 2 horas.

## 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Se recomienda administrar este medicamento al acostarse, y si fuera necesaria una segunda dosis, por la mañana con el estómago vacío.

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD O CONCENTRACIÓN PARAFINA	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
7,17 g	Emulsión	Glicerol 1435 mg	Emuliquen simple®	10 Sobres (15 mL)
800 mg/mL	Solución		Hodernal®	100 mL
				300 mL
478 mg/mL	Emulsión		Emuliquen simple®	230 mL

## BIBLIOGRAFIA

- Hasten PD, Horn JR. Hasten and Horn Managing Clinical Important Drug Interactions. St. Louis, Mo: Facts and Comparisons; 2003.
- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.

## PERÓXIDO DE BENZOILO

### 1. INDICACIONES

- El peróxido de benzoilo tiene propiedades queratolíticas leves y actividad antimicrobiana (frente a *Staphylococcus epidermidis* y *Propionibacterium acnes*).
- Se utiliza principalmente en el tratamiento del acné leve o moderado en forma de preparados de aplicación tópica que contienen entre un 2,5 y un 10% de peróxido de benzoilo.

### 2. POSOLOGÍA

#### Vía tópica:

- 1-2 aplicaciones al día sobre el área afectada. Pacientes con piel muy sensible, iniciar el tratamiento con una aplicación al día.
- Duración del tratamiento: 4-6 semanas.

### 3. DESVENTAJAS

- Descamado, eritema y ocasionalmente edema; reacciones de hipersensibilidad, dermatitis por contacto (ardor, escozor y enrojecimiento).

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- En caso de escozor excesivo, lavar el producto con agua y jabón, y no volver a aplicarlo hasta el día siguiente.
- Evitar el contacto con los ojos, membranas mucosas, piel inflamada o erosionada y cabello.
- Puede blanquear el pelo y los tejidos teñidos o de color.

### 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- No se recomienda su aplicación en ojos u oídos. En caso de aplicación accidental lavar inmediatamente con agua abundante.
- Debe evitar el consumo excesivo de alcohol.

# Peróxido de benzoilo

Peróxido de benzoilo

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE PERÓXIDO DE BENZOILO	FORMA FARMACÉUTICA	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
10 %	Crema	Stop Espinilla Normaderm®	10 mL
	Gel	Peroxacne 10%®	30 g
		BenoxyGel 10%®	40 g
		Oxiderma 10%®	
		Peroxiben 10%®	30 g 60 g 150 g
	Loción	Panoxyl wash 10%®	150 mL
			30 g
5 %	Gel	BenoxiGel 5%®	40 g
		Oxiderma 5%®	
		Peroxacne 5%®	30 g
		Peroxiben 5%® gel color	
	Peroxiben 5%® gel	60 g	
	Peroxiben 5%® gel limpiador	150 g	
Gel (wash)	Oxiderma wash 5%®	100 g	
Gel (con color)	Peroxiben 5%®	30 g	
4 %	Crema	Solucel 4%®	6 g
			40 g
2,5 %	Gel	BenoxyGel 2,5%®	40 g
			Peroxiben 2,5%®

### BIBLIOGRAFÍA

- Hasten PD, Horn JR. Hasten and Horn Managing Clinical Important Drug Interactions. St. Louis, Mo: Facts and Comparisons; 2003.
- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.



## PLANTAGO OVATA

### 1. INDICACIONES

- Estreñimiento. En contacto con el agua, el mucílago forma un gel viscoso y voluminoso que incrementa el volumen de las heces, que además permanecen blandas, promueve el peristaltismo y le confiere el efecto laxante mecánico.
- Antidiarreico. Los mucílago de la ispagula actúan como reguladores del peristaltismo intestinal. En caso de diarrea, pueden adsorber el exceso de agua de la luz intestinal debido a su gran poder higroscópico.

### 2. POSOLOGÍA

Adultos, ancianos y niños mayores de 12 años, oral:

- Estreñimiento: 3,2-10 g/día, según necesidad y respuesta.
- Diarrea: 3,2-20 g/día, según necesidad y respuesta.

### 3. DESVENTAJAS

- Flatulencia, distensión abdominal y, por el empleo de poca cantidad de agua, obstrucción intestinal y esofágica. Puede producir sofocos y astenia.
- En general, la utilización de formas farmacéuticas granuladas de laxantes derivados del psyllium, incluyendo los compuestos de celulosa y plantago se ha relacionado con un mayor riesgo de producción de obstrucción del esófago, en comparación de otras formas farmacéuticas; comprimidos, polvos, o cápsulas.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- Antes de iniciar el tratamiento, es fundamental identificar la causa del estreñimiento. Igualmente, se recomienda que previo al inicio de un tratamiento para el estreñimiento, el paciente tome mínimo 2 litros de agua al día (excepto si existen restricciones hídricas), ingiera un aporte adecuado de fibra, coordine la ida al baño con el estímulo de la defecación y realice ejercicio aeróbico con una duración mínima de 30 minutos y al menos 4 veces a la semana.
- En pacientes con estreñimiento y dolor abdominal significativo, embarazadas o en periodo de lactancia, y en niños menores de 6 años, el riesgo/beneficio de la utilización de este medicamento debe ser valorado por un médico.

- El uso de este medicamento, durante un largo periodo de tiempo, puede provocar un efecto rebote, haciendo necesario tomar el medicamento para conseguir la evacuación. También puede producir una menor motilidad del intestino.
- El efecto aparece de 1 a 3 días después de haber comenzado el tratamiento.
- Se recomienda que los pacientes ancianos comiencen con la mitad de la dosis de los adultos.
- En el caso de su empleo como antidiarreico, si a los de 3 ó 4 días la diarrea continua, la continuidad del tratamiento debe ser valorada por un médico.
- Interacciones de relevancia clínica:
  - Antidiabéticos orales o insulina: En pacientes con diabetes, la ispagula puede potenciar los efectos de los antidiabéticos, especialmente los orales. En caso de administración de este medicamento junto con antidiabéticos orales o insulina, puede ser necesario ajustar la pauta de los mismos.
  - Antidiarreicos: La combinación de antidiarreicos tipo loperamida con laxantes aumentadores del bolo intestinal como ispagula, metilcelulosa, agar o goma esterculia, se considera contraindicada, debido a que puede causar obstrucciones intestinales importantes.
  - Nitrofurantoína, digitálicos, ácido acetilsalicílico o estrógenos: La ispagula puede disminuir la cantidad absorbida y efectos de estos fármacos. Por ello, su administración se debe distanciar mínimo dos horas. Recomendación que debe seguirse, en general, en el caso de que el paciente esté tomando otros medicamentos.

## 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- El medicamento debe disolverse en medio vaso de agua. Si se toma antes de las comidas, puede disminuir el apetito.
- Mientras se esté tomando este medicamento, a menos que se tengan restricciones hídricas, se debe ingerir una abundante cantidad de agua. Se recomienda beber unos 2 litros de líquido, preferiblemente agua, para evitar la aparición de obstrucciones intestinales.
- Si al cabo de 1-2 semanas, el estreñimiento no mejora, persiste o empeora, se debe consultar al médico.





## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD	FORMA FARMACÉUTICA	EXCIPIENTE Y CANTIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
3,5 g	Sobres	Manitol 1,56 g	Laxabene®	24 Sobres
			Plantaben®	30 Sobres
3,26 g		Aspartamo*	Metamucil®	10 Sobres
				30 Sobres

\* Cantidad sin establecer.

## BIBLIOGRAFÍA

- Hasten PD, Horn JR. Hasten and Horn Managing Clinical Important Drug Interactions. St. Louis, Mo: Facts and Comparisons; 2003.
- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.
- Food and Drug Administration, HHS. Laxative drug products for over-the-counter human use; psyllium ingredients in granular dosage forms. Final rule. Fed Regist. 2007; 72: 14669-74.

## POVIDONA IODADA

### 1. INDICACIONES

- Antiséptico de amplio espectro, antibacteriano (bactericida), antifúngico (fungicida), antiviral, antiprotozoario, esporicida.
- Solución dérmica, pomada, gel, apósito: Antiséptico y desinfectante de la piel de uso general, pequeñas heridas y cortes superficiales, quemaduras leves, escaras.
- Tratamiento complementario de afecciones dermatológicas susceptibles de sobreinfección, desinfección por irrigación de zonas sépticas corporales.
- Scrub: Lavado desinfectante de las manos y de la piel.
- Champú: Lavado desinfectante de las zonas pilosas del cuerpo.

### 2. POSOLOGÍA

#### Vía tópica:

- Solución: Dependiendo de la indicación puede utilizarse puro o diluido. Se aplicará directamente sobre el área afectada después de lavar y secar. Para irrigación de zonas sépticas diluir entre 2% y 10% en suero fisiológico.
- Pomada y gel: De 1 a 3 aplicaciones/24 horas después de lavar y secar aplicándolo directamente sobre la superficie afectada. Después de la aplicación, es aconsejable cubrir la zona con una gasa.
- Scrub: Utilizar una pequeña cantidad de producto frotando unos 2-5 min hasta obtener espuma. Aclarar con abundante agua o con una gasa estéril empapada en agua.

### 3. DESVENTAJAS

- Normalmente la yodopovidona no produce efectos adversos. En raras ocasiones puede producir irritación local y alteraciones de hipersensibilidad. Es importante, tener presente que la aplicación de este antiséptico sobre heridas extensas puede generar problemas de seguridad sistémicos, tales como acidosis metabólica, hipernatremia y alteraciones renales.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- La povidona yodada puede teñir la piel próxima a la herida o los tejidos.
- No se recomienda utilizar povidona yodada en recién nacidos.
- En mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, el riesgo/beneficio de la utilización de este producto debe ser valorado por un médico.

# Povidona yodada

## *Povidona yodada*



- El yodo absorbido puede interferir en las pruebas analíticas de la función tiroidea. Igualmente, puede generar falsos positivos de sangre oculta en orina o heces.

### **5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE**

- Aplicar sobre la zona afectada, después de lavar y secar.
- Este medicamento es sólo para uso externo, no lo ingiera.
- Evite el contacto del medicamento con los ojos, oídos o mucosas. Si esto ocurre, lávese inmediatamente con abundante agua.

# Povidona iodada

Povidona iodada

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CONCENTRACIÓN O CANTIDAD POVIDONA (dermo)	FORMA FARMACÉUTICA	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	
10 %	Gel	Betadine®	30 g	
			100 g	
	Solución dérmica	Polividona Yodada Neusc®	Orto Dermo "P" Sanoyodo	30 mL
				50 mL
		Acydona® Betadine®	50 mL	
			125 mL	
			500 mL	
		Curadona®	30 mL	
			60 mL	
			250 mL	
		Iodina®	40 mL	
			125 mL	
		Polividona Yodada Cuve®	50 mL	
			100 mL	
			500 mL	
		Topionic®	25 mL	
100 mL				
500 mL				
Solución dérmica (dosis unitarias)	Betadine®	5 dosis unitarias de 5 mL		
		10 dosis unitarias de 10 mL		
7,5 %	Champú	Betadine Champú®	125 mL	
	Solución jabonosa	Orto Dermo "P"®	250 mL	
		Betadine Scrub®	500 mL	
		Topionic Scrub®	100 mL	
1000 mL				
4 %	Solución jabonosa	Betadine®	125 mL	
			500 mL	
250 mg	Apósitos	Betatul apósito®	10 Apósitos	

# Povidona yodada

## Povidona yodada

CONCENTRACIÓN POVIDONA (estomatológica)	FORMA FARMACÉUTICA	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
10 %	Solución	Betadine Bucal®	125 mL

CONCENTRACIÓN POVIDONA (ginecológica)	FORMA FARMACÉUTICA	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
10 %	Solución	Betadine Vaginal®	125 mL

### BIBLIOGRAFÍA

- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.

## PREDNISOLONA RECTAL

### 1. INDICACIONES

- Dolor, prurito asociado con hemorroides. La Prednisolona es un glucocorticoide de síntesis, de acción intermedia, con mínima potencia mineralocorticoide. Prednisolona es el metabolito activo de la prednisona.

### 2. POSOLOGÍA

- El primer día, hasta 4 aplicaciones, en capa fina. En días sucesivos 2 aplicaciones diarias. Después de terminadas las molestias, se recomienda seguir aplicando la crema 1 vez diaria durante 1 semana.

### 3. DESVENTAJAS

- En general, los problemas de seguridad son más significativos si se utilizan vendajes oclusivos, al igual que en pacientes con insuficiencia hepática o en niños.
- Las principales molestias aparecen en el sitio de aplicación (locales): Puede producir ampollas o erupciones en la piel, cambios en la pigmentación de la piel, sensación de quemazón y picor en la piel, disminución del espesor de la piel.
- La utilización de corticoides durante períodos prolongados de tiempo pueden dar lugar a acné, excesivo crecimiento de pelo en la zona y aparición de estrías rojizas en brazos, piernas, cara, tronco e ingles. En casos raros, puede aparecer atrofia cutánea con adelgazamiento.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- La utilización de este producto está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad o historia de alergia a los corticoides. Al igual que en casos de presencia en la zona afectada de infecciones bacterianas, víricas, fúngicas y parasitarias de la región a tratar, como varicela, infección por virus herpes, rosácea. Los corticoides presentan efectos inmunosupresores, por lo que podría dar lugar a empeoramiento del cuadro.
- En general, la aplicación de corticoides tópicos debe evitarse en la piel dañada o presencia de úlceras cutáneas, debido a la probabilidad de una mayor absorción y problemas de seguridad con este tipo de fármacos.
- Si se emplea este medicamento durante un periodo de tiempo prolongado se recomienda reducir la dosis administrada gradualmente.

- La utilización de este producto en niños requiere de la valoración riesgo/beneficio por parte del médico. Si el médico recomienda la utilización del producto a niños, en la zona del pañal, se debe evitar el uso de pañales apretados o braguitas de plástico.
- Se deben evitar la administración de dosis elevadas o durante intervalos de tiempo prolongados en mujeres embarazadas y niños.
- A no ser que su médico le indique lo contrario, no se coloque un vendaje o gasa sobre la zona afectada. En caso de indicación médica de uso de vendaje, este debe renovarse diariamente.
- Debe evitarse la aplicación en las mamas justo antes de amamantar.
- Se debe evitar la aplicación en áreas extensas de piel, al igual que el uso de cosméticos o de otro tipo de productos para la piel.
- El empleo de hidrocortisona no debe sobrepasar el periodo de tiempo recomendado por el médico. Si la aplicación ha sido prolongada se aconseja la retirada gradual del medicamento para evitar recaídas de la enfermedad.
- No se han descrito interacciones medicamentosas de importancia clínica para este producto.

### **5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE**

- Se debe limpiar y secar bien la zona a tratar antes de la aplicación.
- Aplique una capa fina de crema sobre la zona afectada.
- Se debe evitar el contacto de la crema con los ojos u otras mucosas. Si le cae accidentalmente en el ojo, lávese con agua abundante.
- Lávese las manos después de cada aplicación.

**A junio de 2007, en España no se dispone de medicamentos sin receta que contengan únicamente prednisolona, aunque si en asociación con otros principios activos.**

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.

## PSEUDOEFEDRINA

### 1. INDICACIONES

- La pseudoefedrina es un simpaticomimético de acción directa e indirecta. Es un estereoisómero de la efedrina y posee una acción similar a ésta, pero con menor actividad vasotensora y menos efectos sobre el sistema nervioso central. La pseudoefedrina y sus sales administradas por vía oral se emplean para el alivio sintomático de la congestión nasal.

### 2. POSOLOGÍA

- El hidrocloruro o el sulfato de pseudoefedrina se suele administrarse a dosis de 60 mg tres o cuatro veces al día por vía oral. También se dispone de formas de liberación modificada; la dosis habitual para un adulto y para niños mayores de 12 años es de 120 mg cada 12 horas
- No se ha evaluado la seguridad y eficacia en niños menores de 12 años.
- En pacientes con insuficiencia renal, puede ser necesario un reajuste posológico en función del aclaramiento de creatinina.

### 3. DESVENTAJAS

- En general, a las dosis recomendadas los problemas de seguridad con pseudoefedrina son poco comunes.
  - Las alteraciones más frecuentes, especialmente a dosis altas, son: Digestivas (náuseas, vómitos, dispepsia y boca seca) y manifestaciones de estimulación del sistema nervioso central (nerviosismo, excitabilidad, insomnio), al igual que mareo o vértigo.
  - Más raramente se han descrito casos de astenia, cefalea y temblor. En algunos casos, especialmente por sobredosis, puede aparecer ansiedad, somnolencia, convulsiones y alucinaciones.
  - Cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, arritmias. Además puede aparecer hipertensión.
  - Genitourinarias. Retención urinaria en pacientes con hipertrofia prostática.
- En casos excepcionales puede presentarse reacciones alérgicas y dermatológicas. Reacciones de hipersensibilidad, erupciones cutáneas, en algunos casos asociados a agranulocitosis (anemia, leucopenia y trombocitopenia).

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- La valoración del riesgo-beneficio de la utilización de este medicamento en embarazo y lactancia debe ser determinada por el médico. Esta misma medida se debe seguir en pacientes con diabetes, arritmias, insuficiencia cardíaca, hipertensión, enfermedad coronaria (angina, infarto), hipertiroidismo o glaucoma.





- Se debe evitar utilizar mayor cantidad de la dosis diaria recomendada.
- Se debe suspender el tratamiento y acudir al médico si los síntomas persisten por más de cinco días, si empeoran o si aparece fiebre alta, mareos, insomnio o nerviosismo.
- Se recomienda suspender el tratamiento al menos 24 horas antes de una intervención quirúrgica.
- Se recomienda monitorizar periódicamente la presión arterial en pacientes hipertensos y la glucemia en pacientes diabéticos.
- La utilización de pseudoefedrina debe separarse del uso de inhibidores de la mono-aminoxidasa, mínimo 14 días.
- Interacciones medicamentosas de relevancia:
  - Anestésicos inhalados. La administración de pseudoefedrina, previa o posterior, de este tipo anestésicos podría incrementar el riesgo de arritmias ventriculares graves, especialmente en pacientes con cardiopatía preexistente. Por ello, si el paciente tiene una intervención quirúrgica programada, se recomienda suspender la administración de este medicamento al menos 24 horas antes de la operación.
  - Antidepresivos tricíclicos. Los antidepresivos tricíclicos podrían potenciar los efectos vasopresores de la pseudoefedrina y causar crisis hipertensivas. Se recomienda evitar la asociación.
  - Antihipertensivos. La administración de pseudoefedrina junto con bloqueantes beta, la metildopa o los diuréticos podría reducir el efecto antihipertensivo, debido al efecto vasoconstrictor de la pseudoefedrina. Adicionalmente, los bloqueantes beta, debido al bloqueo beta, podría favorecer la unión de la pseudoefedrina a los receptores alfa-adrenérgicos y causar crisis hipertensivas.
  - Digoxina. La administración simultánea de digoxina con pseudoefedrina podría aumentar el riesgo de arritmias cardíacas.
  - Estimulantes nerviosos (anfetaminas, cocaína, xantinas). La administración conjunta podría potenciar la estimulación nerviosa, dando lugar a excitabilidad intensa. Se recomienda evitar la asociación.
  - Hormonas tiroideas. Podría producirse una potenciación de los efectos de ambos fármacos, con riesgo de hipertensión arterial e insuficiencia coronaria.
  - IMAO. Los IMAO han dado lugar a potenciación de los efectos de la pseudoefedrina debido a la inhibición del metabolismo de la noradrenalina, intensificándose y prolongándose los efectos vasopresores y estimulantes cardíacos, y dando lugar a cefalea, arritmias cardíacas, vómitos o crisis hipertensivas y/o hiperpiréticas repentinas e intensas. La pseudoefedrina no debe administrarse durante el tratamiento con IMAO ni durante los 14 días posteriores a un tratamiento con estos fármacos.

- Levodopa. La administración de levodopa junto con simpaticomiméticos aumenta el riesgo de arritmias cardíacas, por lo que podría ser necesario una disminución de la dosis del agonista adrenérgico.
- Nitratos. La pseudoefedrina actúa como vasoconstrictor, por lo que podría antagonizar los efectos antianginosos de los nitratos. Se recomienda evitar la asociación.

## 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Las cápsulas deben ingerirse enteras, sin masticar ni aplastar, con la ayuda de un vaso de agua o cualquier otro líquido. Si resultase demasiado grande para tragar, se recomienda mezclar el contenido con mermelada o jalea, y tragarlo sin masticar.
- Si se administra la pseudoefedrina por la noche, se recomienda hacerlo 2-4 horas antes de acostarse para disminuir al mínimo la posibilidad de insomnio.

## 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CANTIDAD DE PSEUDOEFEDRINA	FORMA FARMACÉUTICA	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
120 mg	Cápsulas de liberación prolongada	Neo Durasina®	10 Cápsulas

## BIBLIOGRAFÍA

- Hasten PD, Horn JR. Hasten and Horn Managing Clinical Important Drug Interactions. St. Louis, Mo: Facts and Comparisons; 2003.
- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.

## SULFURO DE SELENIO

### 1. INDICACIONES

- Tratamiento de la caspa común en cuero cabelludo seco.
- El sulfuro de selenio posee propiedades antimicóticas y antiseborreicas. Se emplea en forma de champú en el tratamiento de la caspa (pityriasis capitis) y la dermatitis seborreica que afecta al cuero cabelludo.

### 2. POSOLOGÍA

- Se aplica entre 5 y 10 ml de suspensión de sulfuro de selenio al 2,5% en el cuero cabelludo húmedo, posteriormente se aclara el cabello y se repite la aplicación. La suspensión de sulfuro de selenio debe estar en contacto con el cuero cabelludo durante 2 o 3 minutos cada vez. Se aclara bien el cabello después de realizar el tratamiento y se eliminará cualquier resto de suspensión que haya quedado en manos y uñas. Generalmente se utiliza dos veces por semana, por 2 semanas y, transcurridas éstas, se aplica una vez por semana durante 2 semanas más; posteriormente se aplica sólo cuando sea necesario.

### 3. DESVENTAJAS

- Puede causar irritación cutánea, sequedad o grasa no habitual.
- Con su uso prolongado puede producir alopecia, cambios de color del cabello y reacciones de hipersensibilidad.

### 4. PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES

- La aplicación de este producto debe evitarse en los casos en los que el área de la piel o del cuero cabelludo en el que se va a aplicar está lesionada.
- Se debe evitar el contacto del sulfuro de selenio con los ojos. En caso de que se produzca el contacto con los ojos, se debe enjuagarlos con abundante agua por unos 2-3 minutos.
- Evitar dejar el sulfuro de selenio en el cabello, cuero cabelludo o piel durante períodos largos (por ejemplo, de la noche a la mañana) porque es irritante. Enjuague toda la loción.
- Cuando se aplica en la piel, es recomendable utilizar una cantidad pequeña de agua tibia (unos 10-15 mL) con la loción en la zona afectada en forma de capas, realizando un leve masaje cada vez. La loción se debe dejar sobre la piel durante 10 minutos; luego enjuague a fondo.
- De este producto no se conocen interacciones medicamentosas relevantes.

# Sulfuro de selenio

## Sulfuro de selenio

### 5. USO CORRECTO POR PARTE DEL PACIENTE

- Agitar el frasco y verter la cantidad indicada en la de la mano.
- Aplicar en la zona a tratar a modo de masaje, agregando agua tibia.
- Dejar actuar, mínimo durante 2-3 minutos y máximo 10-15 minutos.
- Enjuagar con abundante agua hasta la eliminación completa del producto.

### 6. MEDICAMENTOS DISPONIBLES DEL PRINCIPIO ACTIVO SOLO Y SIN RECETA

CONCENTRACIÓN DE SULFURO DE SELENIO	FORMA FARMACÉUTICA	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
2,5 g/100 mL	Suspensión ( <i>champú</i> )	Abbottselsun®	120 mL
		Bioselenium®	100 mL
25 mg/1 g		Caspiselenio®	120 g
		Sebumselen®	70 g

### BIBLIOGRAFÍA

- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en internet]. Pharma Editores S.L. 2007 [citado 2007 junio 27]. Disponible en: [www.emartindale.com/paradigma/](http://www.emartindale.com/paradigma/)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT tradicional: Bases de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; abril de 2007.









Con la colaboración de:



Fundación Abbott