

# BOLETIN DEL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE CIUDAD REAL



**INFORMATIVO  
PROFESIONAL**

N.º 132  
Mayo-Junio  
1987





**BOLETIN INFORMATIVO  
DEL ILUSTRE COLEGIO  
OFICIAL DE MEDICOS  
DE LA PROVINCIA DE  
CIUDAD REAL**

**DIRECTOR:**

Santos Martínez Martínez-Conde

**CONSEJO DE REDACCION**

La Junta Directiva

**COLABORADORES**

Todos los colegiados

REDACCION Y  
ADMINISTRACION:  
Plaza de la Provincia, 3  
Teléfono 21 14 32

**Imprime:**

G. Cervantes, Paz, 2 - C. Real

**Depósito Legal:**

C.R. 451-1981  
SVR 209.

Soporte válido M. Sanidad:

N.º 132

Mayo-Junio

1987

SUMARIO

	Págs.
Editorial.....	3
Actividades Colegiales:	
Fiesta de la Patrona.....	4
Gastos de reparación y renovación del Colegio Oficial de Médicos de C. Real.	9
Asamblea General Extraordinaria para el Seguro de Responsabilidad Civil.....	10
Visto y Leído:	
«Terrorismo Médico o delirio de Igno- rantes».....	12
«B.O.E.», 98. (Regulada Orden Civil de Sanidad por Real Decreto).....	14
De Interés General:	
Comunicado de la Comisión Permanen- te de la O.M.C.....	16
Circular de la Sección de Médicos Ju- bilados.....	17
Circular del Patronato de Huérfanos de Mé- dicos (Premio Jesús Galán).....	18
Aviso muy Importante.....	19
Nota informativa, sobre el Informe al Esta- tuto Marco y sobre el Texto Alternativo.	20
Altas y Bajas.....	23
Farmacoterapia en Geriátria.....	24

# LE ABRIMOS LAS PUERTAS DEL FUTURO

- Le ofrecemos la más amplia gama de servicios
- 122 sucursales y muchos amigos para ayudarle



CAJA DE AHORROS DE  
CUENCA Y CIUDAD REAL

**NUESTRA CAJA**

## EDITORIAL

*Una luz de esperanza, aún tenue, parece querer abrirse paso entre las brumas que nublan y oscurecen el triste, decepcionante panorama sanitario, en estos comienzos del verano 87. En la tarde del sábado 20, la Organización Médica Colegial (O.M.C.), que había sido requerida por el Ministerio de Sanidad para intermediar ante la Coordinadora de Hospitales, conseguía, por medio de su Presidente, el doctor Ricardo Ferré, que ésta desconvocase la huelga, ya demasiado tiempo sostenida. Dos días más tarde, las asambleas de base ratificaban la decisión desconvocatoria.*

*Las autoridades del Ministerio y las comisiones de trabajo de la Coordinadora tienen ahora que sentarse a negociar. Esperemos que el recuerdo de lo pasado en estas largas semanas de confrontación, en las que todos, administración, médicos y enfermos, hemos perdido mucho, no caiga en saco roto. Confíemos en que el gesto de unos y otros al aceptar sentarse juntos a discutir los problemas no quede, como tantas otras veces ha ocurrido, reducido a actitudes puramente testimoniales, en las que nadie da «su brazo a torcer». Que por ambas partes haya una sincera y firme decisión de superar dogmatismos e incomprensiones para que el diálogo no sea, una vez más, un diálogo de sordos.*

*Van a ser negociaciones, importa aclarar, exclusivamente entre Ministerio y Coordinadora, en las que la O.M.C. no va a actuar más que como expectadora, si bien que muy interesada, y, a lo sumo, como fedataria de lo que unos y otros hagan. Pero sólo ellos, Coordinadora y Ministerio, serán los responsables de sus resultados.*

*He dicho que la O.M.C. está muy interesada en este diálogo, y añado ahora que por ello le ha propiciado. La razón es obvia: paralelamente a él, hay otro importantísimo. Diría, sin temor a pecar de hiperbólico, que fundamental, vital para el porvenir de nuestra clase y de la Sanidad Española toda. Me refiero a la discusión del «Estatuto Marco del Personal al Servicio del Sistema de Salud», esta vez entre la Administración y la O.M.C. Hasta ahora, parece que han sido relativamente bien acogidos tanto los reparos y objeciones que la O.M.C. ha opuesto al proyecto ministerial, como el Proyecto alternativo de Estatuto Marco que la propia O.M.C. ha elaborado y ofrecido. En que en esto se llegue a un acuerdo satisfactorio, está la clave de todo lo demás. Por eso, deseamos vivamente y esperamos confiados que el buen sentido se impongan y que, cuando el nuevo curso comience, haya vuelto la paz a nuestros hospitales y a nuestros consultorios.*

Santos MARTINEZ-CONDE

## **ACTIVIDADES COLEGIALES:**

### *FIESTA DE LA PATRONA...*

Como se había anunciado en la separata del «Boletín Informativo», el sábado 13 se celebró el día de la Patrona con una serie de actos de los que pasamos a informaros.

Tras una previa reunión del Pleno de la Junta Directiva, tuvo lugar la habitual y preceptiva Asamblea General Ordinaria, dedicada este año a explicar pormenorizadamente las obras de restauración y arreglo llevadas a cabo en el Colegio, explicación que fue seguida con gran interés por todos los asistentes. Todos debéis saber que la realización de estas obras era ya inaplazable, por el estado de deterioro progresivo en que la humedad había colocado el portal y los locales comerciales de la planta baja, por el estado lamentable en que se encontraba el salón de actos debido a sus numerosas goteras y por la situación de ruina a que habían llegado puertas, butacas, muebles, paredes, etc., a todo lo cual había que añadir la peligrosidad e insuficiencia del sistema de calefacción-refrigeración y la igualmente peligrosa y deplorable situación de la instalación eléctrica. Era también importante resolver cuanto antes el drenaje de las aguas que recoge la azotea que sirve de cubierta al edificio y la reparación de ésta.

Nos hemos planteado, con estas obras, tres objetivos fundamentales: en primer término conservar en buen estado el inmueble, porque entendemos que, independientemente de los lazos afectivos que a cada uno de nosotros nos pueda, unir a él, constituye un patrimonio común, que en este momento nos pertenece pero que hemos recibido de nuestros antecesores y que debemos entregar, mejorado si fuera posible y si no al menos bien conservado, a quienes nos sucedan. En segundo término, dar a nuestras oficinas, a nuestro edificio social, la mayor funcionalidad por un lado y, por otro, la belleza y la dignidad que exigen nuestro propio decoro y el prestigio de nuestra profesión. Y todo ello, por último, sin alardes, sin lujos excesivos e innecesarios, economizando al máximo. Creemos haberlo logrado, como parecen querer indicarlo el interés con que fueron seguidas nuestras explicaciones y la salva de aplausos con que se cerró el acto. En todo caso, celebraremos y agradeceremos profundamente que la gestión y la labor realizadas hayan sido del agrado de todos. En otro lugar de este número se incluye un resumen de los gastos. A disposición de todo aquel que quiera comprobarlos, se hallan los justificantes y facturas correspondientes.

Se dio después un pequeño descanso, en el curso del cual llegó a nuestra sede el Ilmo. Sr. Presidente del Consejo General de Colegios de Médicos de España, Dr. D. Ricardo Ferré Alemán, a quien habíamos invitado especialmente para la ocasión. Tras enseñarle todas nuestras dependencias, se dio comienzo bajo su presidencia, a la Asamblea General Extraordinaria que habíamos convocado para tratar de resolver el problema que la compañía aseguradora nos había creado con la rescisión de nuestra póliza de responsabilidad civil, de lo que os informaremos después, finalizando el acto con un largo parlamento del doctor Ferré, en que pasó revista detallada a la situación del conflicto que la Coordinadora de Hospitales, y un poco todos nosotros con ella, mantenía con la Administración. También, del triunfo de España en la reunión de Munich del Comité Permanente de Trabajo de los Médicos de la Comunidad Económica Europea, al conseguir, por once votos contra uno, la sede para nuestra patria del Secretariado y la Presidencia de dicho comité para el trienio 1989-91. Ya comprenderéis la gran trascendencia que esto puede tener si consideráis, por una parte, el gran flujo de información Comunidad-España, España-Comunidad, y la notable influencia que a su través puede ejercerse sobre el Consejo de Ministros de Sanidad de la susodicha C.E.E., por otra.

Como de costumbre, se celebró a continuación una Misa por los compañeros que, a lo largo de este último curso, nos han dejado y, finalmente, la tradicional cena de hermandad, este año, ya lo sabéis, en el Hotel Castillos. Muy animada, pues acudió un gran número de compañeros, terminó con unas palabras del Presidente, Dr. Martínez-Conde, y con un nuevo discurso del Dr. Ricardo Ferré, que volvió a comentar, para los que no lo habían oído por la tarde, las incidencias y la situación de conflicto que el sector hospitalario vivía ya varias semanas y de la marcha de las negociaciones que la O.M.C. intentaba mantener con la Administración y que, por fortuna, han servido al menos para encontrar, una semana más tarde, una salida al conflicto. Se entregaron, seguidamente, los Diplomas e Insignias de Colegiados Honorarios a los compañeros que se han jubilado este año, terminando así la fiesta.











**GASTOS DE REPARACION Y RENOVACION DEL COLEGIO OFICIAL DE  
MEDICOS DE CIUDAD REAL**

	<b>Pesetas</b>
Albañilería (oficinas y sede).....	1.712.735
Albañilería (portal y escaleras).....	758.107.
Electricidad (oficinas y sede).....	779.683
Pintura y decoración (oficinas y sede).....	688.500
Pintura y decoración (portales y escaleras).....	141.520
Carpintería y mobiliario (oficinas y sede).....	3.632.765
Carpintería (portal).....	57.568
Cristalería (oficinas y sede).....	292.839
Cristalería (portal).....	80.179
Aire acondicionado.....	560.995
Reparación del parquet (oficinas y sede).....	48.755
<hr/>	
TOTAL.....	8.753.646
Participación del Colegio Oficial de Veterinarios (27,81 % sobre 902.874 ptas.).....	251.089
<hr/>	
TOTAL NETO.....	8.502.557
<hr/>	

Frente a esto, el coste habría sido:

**Según el Presupuesto del arquitecto:** 12.086.000 ptas.

Más honorarios del arquitecto.

Más impuestos.

Menos importe ascensor (1.500.000 aproxi.)

Más coste de carpintería mobiliario y enseres.

**Según presupuesto del decorador:** 11.667.624 pesetas.

Más honorarios del decorador.

Más impuestos.

Menos importe del ascensor (1.500.000 aproxi.)

Más coste carpintería, mobiliario y enseres.

## **ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

Como se ha dicho ya en la reseña con que se inicia este «Boletín», se celebró el pasado día 13, bajo la presidencia de los doctores Ferré Alemán, Presidente del Consejo General de Colegios Médicos, Martínez-Conde, Presidente del Colegio de Ciudad Real, García Bolaños, Secretario del mismo, y Rodríguez Sánchez, Tesorero.

Por el doctor Martínez-Conde se volvió a exponer detalladamente, la situación que ya, en carta circular, se había hecho conocer a todos los colegiados, así como las posibles soluciones al problema, vital desde todos los puntos de vista, que la rescisión unilateral de la póliza que cubría ese riesgo para todos los colegiados nos había planteado.

Se inició, a continuación, un animadísimo debate que resultó en extremo clarificador, procediéndose, seguidamente, a votar en primer término la cuantía de las garantías que habría de cubrir la nueva póliza: por unanimidad de los presentes y con votos en contra de los recibidos por correo, se aprobó que la cuantía fuera como la de la anterior, es decir, 100.000.000 pesetas; inmediatamente después se sometió a votación la modalidad de financiación, optándose por la modalidad A, es decir, por la subida lineal de las cuotas en 500 pesetas mensuales, por unanimidad de todos los presentes y con el voto en contra de los que nos mandaron su opción por correo.

Yo sé que esta solución no va a ser muy bien vista por un corto número de compañeros, pero ha sido democráticamente elegida y hay que respetarla. Sí quisiera decir a los que hubieran preferido otra solución, que consideren que por 6.000 pesetas al año, van a estar cubiertos con cien millones de pesetas, tanto en responsabilidad civil como en fianzas, y van a tener asegurada y gratuita la defensa jurídica. Que piensen que nadie, por parco y prudente que sea en su ejercicio profesional, está libre de una reclamación, fundada o infundada, pero que de momento le proporciona un susto considerable. Que esta actitud de reclamar daños y perjuicios al médico se va haciendo más y más frecuente por virtud de la moda, de la influencia de los telefilmes americanos, de la actitud y los consejos de algunas autoridades, de los medios de comunicación, que en esto como en tantas otras cosas no nos son nada proclives, y del trabajo de ciertos agentes, que ya se han detectado en hospitales, mortuorios, etc. Sin olvidar que por 6.000 pesetas, si negociáis directa y aisladamente vuestro seguro, difícilmente vais a conseguir una cobertura superior a diez millones de pesetas, a todas luces insuficientes aún para el más modesto.

Una vez resueltas las dudas iniciales, iniciaremos rápidamente las negociaciones con las compañías aseguradoras que nos han mandado presupuestos, para que antes del 30 del presente mes, en que tiene su término la póliza anterior, esté en vigor la nueva, sin solución de continuidad.

Os tendremos al corriente de todo.

Votos favorables a 100.000 pesetas.....	33
Votos en contra.....	5
Abstenciones.....	0
Votos favorables a 75.000.000 pesetas.....	0
Votos favorables a 50.000.000 pesetas.....	0
Votos favorables a 25.000.000 pesetas.....	5
Votos en contra.....	33
Abstenciones.....	0
Votos a favor de la elevación de cuotas.....	33
Votos en contra.....	5
Abstenciones.....	0
Votos a favor de póliza pequeña y suplemento i.....	5
Votos en contra.....	33
Abstenciones.....	0
Votos a favor de no hacer póliza.....	0
Votos en contra.....	38
Abstenciones.....	0



## VISTO Y LEIDO

(A.B.C., pág. 80)

### *«Terrorismo Médico o delirio de Ignorantes»*

Por José Miguel LOPEZ-IBOR ARIÑO

Siendo estudiante leí un trabajo sobre la vocación médica en el que el autor decía: «Yo puedo afirmar categóricamente que toda organización médica que destruya la relación personal del médico con el enfermo es antinatural y, por tanto, propensa a una radical inmoralidad».

No estoy dispuesto a perder mi dignidad ni a someterme al imperio de la inmoralidad. Denuncio a todos aquellos que se inmiscuyen en la relación personal entre médicos y enfermos, comenzando por los gerentes de algunos hospitales públicos, que son capaces de ordenar a sus directores médicos que presionen, amenacen e insulten a los médicos, obligándoles a efectuar determinadas exploraciones o consultas. Me dan náuseas.

Los médicos, en nuestras relaciones con los enfermos, encontramos nuestra propia realización. Por eso denuncio a los que emplean el nombre de usuarios de la Medicina afirmando que los enfermos están amenazados por los médicos y tienen miedo. ¿Se puede realizar un encuentro entre médico y enfermo con amenazas y miedo? Los que esto afirman o deliran o son incompetentes. Cómo se puede decir que se va al médico a sabiendas que éste le va a amenazar o a producir algún mal. ¿Terrorismo médico? Más bien delirio de ignorantes.

Denuncio a los pocos médicos que se someten por miedo a las amenazas. Sobre todo denuncio a los que más responsabilidades tienen y que se venden por migajas y lisonjas sin sentido. Estos responsables médicos no tienen autoridad y sólo saben ejercer el autoritarismo. Autoridad deriva de autor. Son incapaces de crear nada, si se excluye la adulación al prepotente de turno.

Denuncio a los mediocres ganapanes de la Medicina que se esconden y se arropan ante el prestigio de la Medicina hospitalaria española. Son los incapaces de dignificar su profesión. Corveidiles presuntuosos que sólo saben denigrar a sus compañeros. Indignos de defender en público opiniones discrepantes en busca de encontrar una salida a esta penosa huelga. Además nos quieren dar lecciones éticas, cuando les hemos visto pedir la huelga en situaciones mucho menos justificables.

Denuncio a tanto enfermo agradecido que no lucha junto a sus médicos por acabar con esta situación.

Denuncio a las enfermeras, auxiliares y secretarías que todavía creen que los hospitales no van con ellas y se esconden en la estúpida frase «es un problema de los médicos».



A los residentes, médicos en formación, no voy a hacerles recriminaciones, ya que es tanta la tristeza que producen que casi no merecen comentarios. ¿Cómo serán en un futuro? No dudaré de sus calificaciones técnicas, pero sí de las humanas, ya que no saben, en principio, comprender lo que ocurre en los hospitales.

Pero yo soy optimista, creo en los enfermos y en los médicos. Creo en las enfermeras, auxiliares y secretarías. Por ello estoy seguro que a pesar de las incomprensiones, al final, a pesar de todo, los nuevos hospitales que surgirán de la destrucción de los actuales tendrán que ser mejores.

Un conflicto tan largo, insisto, sólo puede llevar a la muerte de los hospitales. Fallecimiento buscado por determinados médicos, que han engañado al ministro de Sanidad. Llegó pidiendo paciencia, ya que esperaba aprender, y le dieron lecciones equivocadas. No hay otra explicación. No hay excusas. Un mínimo de dignidad supondría la limpieza inmediata de ese enjambre de ineficaces asesores.

No disculpo un ápice al ministro de Sanidad. Como tampoco tiene disculpas el presidente del Gobierno. El Partido Socialista tiene muchos médicos serios, rigurosos, de trayectoria intachable, que han sido desplazados. No es necesario dar nombres, porque están en el ánimo de todos los que conozcan algo de lo que es la Sanidad Española. Esos no insultan.

Hay que recuperar el pulso y construir. No es un problema ideológico. Estamos ante un problema de Estado. No es tampoco necesario devanarse mucho los sesos, con mirar hacia Europa basta.

Los hospitales han muerto. ¡Vivan los hospitales!

**«B.O.E.», núm. 98. Viernes, 24 de abril-1987**

**MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**

**9778** ORDEN de 14 de abril de 1987 por la que se determina la composición y funciones del Consejo de la Orden Civil de Sanidad.

*Regulada la Orden Civil de Sanidad por Real Decreto 1.270/1983, de 30 de marzo, por Orden de 31 de agosto de 1983 se establecieron las funciones y composición del Consejo y la Secretaría de la Orden.*

*Por otra parte, el Real Decreto 1.943/1986, de 19 de septiembre reguló la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, lo que exige la adaptación del Consejo de la Orden Civil de Sanidad a la nueva estructura y distribución de competencias establecidas en aquél.*

*En su virtud, previa aprobación del Ministro para las Administraciones Públicas y haciendo uso de las facultades conferidas por la disposición final primera del Real Decreto 1.270/1983, de 30 de marzo, he dispuesto:*

*Primero.—Corresponde al Consejo de la Orden Civil de Sanidad la asistencia e información al Ministro de Sanidad y Consumo en cuantas funciones atribuye a éste el artículo 8º del Real Decreto 1.270/1983.*

*Segundo.—El Consejo de la orden Civil de Sanidad tendrá la siguiente composición:*

*Gran Canciller, el Ministro de Sanidad y Consumo.*

*Canciller, el Subsecretario de Sanidad y Consumo.*

*Cuatro Vocales. Dos de los cuales deberán estar en posesión de la Gran Cruz de la orden y los otros dos de la encomienda de la misma.*

*Secretario, el Oficial Mayor del Ministerio de Sanidad y Consumo.*

*Tercero.—Los Vocales del Consejo serán designados y separados libremente de sus cargos por el Gran Canciller a propuesta del Canciller de la Orden.*

*El ejercicio de sus funciones tiene carácter honorífico no llevando aparejada retribución alguna salvo, en su caso, lo dispuesto en el Real Decreto 1.344/1984, de indemnizaciones por razón del servicio.*

*La Secretaría del Consejo estará vinculada orgánica y funcionalmente a la Dirección General de Servicios.*

*Cuarto. —Serán funciones del Secretario del Consejo:*

- a) Extender las actas de las reuniones y dar fe de su contenido.*
- b) Cuidar de la perfecta integración documental y ordenación de los asuntos en que el Consejo tiene participación.*
- c) Expedir las certificaciones que procedan.*
- d) Llevar y mantener actualizado el Libro de Registro de la Orden Civil de Sanidad.*
- e) Custodiar los libros, documentos y sellos de la Institución.*
- f) Actualizar periódicamente —y en todo caso cada dos años— los expedientes de cuantos pertenezcan a la Orden, y*
- g) las demás que el Consejo le confie.*

*Quinto.—Instruido el expediente de ingreso en la Orden Civil de Sanidad a que se refiere el artículo 5º del Real Decreto 1.270/1983, será remitido a la Secretaría del Consejo para su posterior tramitación.*

*Las propuestas de ingreso serán formuladas por el Canciller de la Orden Civil de Sanidad a la vista de los expedientes instruidos y previos los informes del Consejo que en cada caso se consideren precisos.*

*Sexto.—Por la presente Orden, que entrará en vigor el mismo día de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado», queda derogada la Orden de 31 de agosto de 1983 («Boletín Oficial del Estado», de 6 de septiembre).*

*Madrid, 14 de abril de 1987*

**GARCIA VARGAS**

*Ilmos. Sres. Subsecretario y Director general de Servicios.*

## DE INTERES GENERAL:

GABINETE DE PRENSA, Madrid, 29 de mayo de 1987

### COMUNICADO DE LA COMISION PERMANENTE DE OMC

La Comisión Permanente de la Organización Médica Colegial (OMC), durante una reunión celebrada hoy y en la que han participado un grupo de Presidentes provinciales y Consejeros nacionales, decidió lo siguiente:

**Primero.**—Mostrar a la opinión pública la gran preocupación de la OMC por la situación de conflicto que mantienen diferentes grupos profesionales, dado que su persistencia está provocando un deterioro de la salud pública. En este sentido, la OMC responsabiliza a la Administración, al no ser capaz de encontrar los necesarios mecanismos de negociación que resuelvan los motivos que originaron el conflicto.

**Segundo.**—todo lo que sea adoptar medidas disciplinarias y sancionadoras contra los médicos por parte de la Administración, agravará aún más el conflicto que mantiene un importante sector de médicos de hospitales.

**Tercero.**—La OMC apoya todas aquellas reivindicaciones dirigidas a mejorar la calidad asistencial, así como a salvaguardar la ética y dignidad profesionales, indispensables para garantizar un buen ejercicio médico que redunde en beneficio del enfermo.

**Cuarto.**—La OMC, haciendo uso de sus atribuciones legales para representar a todos los médicos y velar por el buen ejercicio de la profesión médica, se ofrece como mediadora entre todas las partes en conflicto para buscar vías de acercamiento entre la Administración y las organizaciones en litigio, bien entendido que con esta medida no pretende entrar en temas que son de exclusiva competencia sindical.

**Quinto.**—Se aprueba el informe que sobre el futuro Estatuto Marco para el Personal del Sistema Nacional de Salud ha elaborado la Asesoría Jurídica del Consejo General de Colegios Médicos, recogiendo el trabajo de los distintos Colegios provinciales, Vocafías y expertos, para que sea presentado a la Administración en trámite de audiencia.

**Sexto.**—Igualmente se aprueba que el texto alternativo al Estatuto Marco para el personal del Sistema Nacional de Salud, elaborado por el equipo anteriormente citado, sea presentado a la Administración en el momento más oportuno. Previamente se ofrecerá a todas las organizaciones profesionales, y especialmente a las firmantes de los acuerdos del pasado 19 de marzo, para que su conocimiento les permita aunar criterios en torno al proyecto.

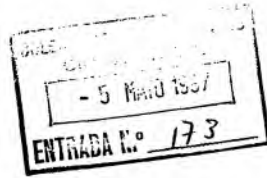


CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS MEDICOS

REPRESENTANTE NACIONAL DE LA SECCION  
DE MEDICOS JUBILADOS

Villanueva, 11 - 28001 MADRID

*Handwritten mark or signature.*



Madrid, 24 de abril de 1.987

Dr. D. Alfredo García Fernández  
Vocal Provincial de la Sección de Médicos Jubilados  
CIUDAD REAL

Estimado compañero y amigo:

La Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de diciembre de 1.986. relativa a la sujeción al I.R.P.F. de las pensiones de Invalidez cuando el perceptor alcance la edad de jubilación, — permite que a aquellos médicos a quienes se les ha venido reteniendo — o han ingresado cantidades por este concepto, reclamen de la Delegación Provincial de Hacienda respectiva, la deducción de dichas cantidades abonadas.

El escrito solicitando la devolución, debe ir acompañado de los documentos acreditativos del abono o retención — por el concepto del I.R.P.F., que deberá presentarse ante la Delegación de Hacienda provincial.

Lo que te comunico con el ruego de que en la forma que creas más eficaz lo pongas en conocimiento de los médicos de tu provincia que puedan estar afectados.

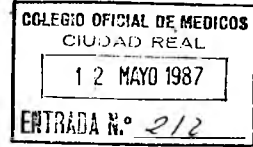
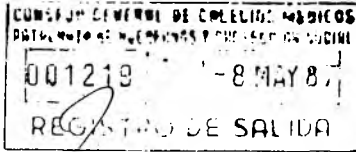
Un cordial saludo

Fdo.: Luis Rivera Pérez



ORGANIZACION MEDICA COLEGIAL  
PATRONATO DE HUÉRFANOS DE MEDICOS

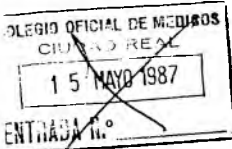
Villanueva, 11  
28001 MADRID



PREMIO "JESUS GALAN".-

PE.

El Patronato de Huérfanos de Médicos, en sesión celebrada en 24 de Mayo de 1.980, acordó instituir el Premio - "Jesús Galán" en memoria de la actuación de dicho Doctor - como Vicepresidente del mismo, consistente en la cantidad de 75.000.-Ptas., en favor del huérfano que justifique mejores notas al término de su carrera Superior.



Con objeto de que los huérfanos pertenecientes a esa provincia puedan solicitar dicho Premio, notifico a V.I. - la Convocatoria, cuyo texto es el siguiente:

"El huérfano de Médico que haya finalizado la carrera superior en el curso 85-86, y justifique haber obtenido -- las mejores calificaciones de entre todos los solicitantes, le será concedido un Premio de 75.000.-Ptas., y creandose un accesit por importe de 25.000.-Ptas., entregandose a juicio de la Junta Rectora. Las solicitudes, con la correspondiente certificación de estudios deberán dirigirse al Patronato de Huérfanos de Médicos, en Madrid, calle de Villa nueva, nº 11, antes del próximo día 15 de Julio."

Las solicitudes serán remitidas a traves del Colegio Oficial de Médicos de la provincia, los cuales informarán las peticiones con arreglo a los datos que posean en relación a la familia del huérfano solicitante, número de hermanos, edad de los mismos y estudios que realizan.

Las solicitudes que tengan entrada en el Patronato de Huérfanos de Médicos pasado el 15 de Julio citado, no serán válidas.

Lo comunico a V.I. para su conocimiento y efectos con siguientes, rogándole lo comunique a los interesados a sus efectos.

Dios guarde a V.I. muchos años  
Madrid, 8 de Mayo de 1.987-  
EL SECRETARIO GENERAL

Ricardo Cedrón

IIMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE CIUDAD REAL



## AVISO MUY IMPORTANTE

Para facilitar el buen funcionamiento de nuestros servicios, rogamos a todos nuestros colegiados que, cuando se cambien de domicilio o de entidad bancaria, nos lo comuniquen a la mayor brevedad, utilizando el siguiente formulario:

---

D.....

Colegiado núm..... deseo que se modifiquen los siguientes datos de mi ficha:

DOMICILIO.....

LOCALIDAD.....

TELEFONO.....

ENTIDAD BANCARIA.....

LOCALIDAD DE LA ENTIDAD BANCARIA.....

DOMICILIO DE LA ENTIDAD BANCARIA.....

NÚMERO DE MI CUENTA.....

ESPECIALIDAD.....

ESTADO CIVIL.....

Fecha y firma:

---

**EL HORARIO DE OFICINAS DEL COLEGIO, DURANTE LOS MESES DE  
JULIO Y AGOSTO, SERÁ EL SIGUIENTE:**

**Mañanas de 9 a 14,30 horas**

---

## **NOTA INFORMATIVA SOBRE EL INFORME AL ESTATUTO MARCO Y SOBRE EL TEXTO ALTERNATIVO**

El Presidente de este Consejo General solicita de esta Asesoría Jurídica nota informativa sobre el informe elaborado referente al borrador del Estatuto Marco del personal del Sistema Nacional de la Salud, trasladado al Ministerio de Sanidad y Consumo, y sobre el borrador del texto alternativo que en su día se elevará a la Administración si la Asamblea General lo considera oportuno, a lo que procede informar lo siguiente:

### **I.—Notas al Informe sobre el Estatuto Marco**

1. El Estatuto Marco no cumple con los principios que establece la Ley General de Sanidad, y, en concreto, con la distinción que la misma hace entre el personal estatutario (artículo 84) y el personal funcionario (artículo 85). Al no calificar la Ley General de Sanidad de funcionarial la relación del personal estatutario fijo, tendrá que seguir siendo una relación estatutaria de carácter especial.

2. Esta relación estatutaria de carácter especial determina que supletoriamente se aplique, en unos casos la legislación funcionarial (por ejemplo, en las materias reguladas por el propio Estatuto Marco) y en otros la legislación laboral (como por ejemplo, en materia de sindicación, negociación colectiva y huelga).

Igualmente esta relación estatutaria especial obliga, en unos casos, a acudir a la jurisdicción contencioso-administrativa y en otros, a la jurisdicción laboral.

3. El Estatuto Marco, al ser una normativa básica, tiene ciertos límites. Entendemos que esos límites no han sido tenidos en cuenta por el borrador, en cuanto se excede de lo que es propio de una regulación básica y, posiblemente, agote de competencias a las Comunidades Autónomas.

Igualmente se cuestiona si esa regulación puede dictarla el Gobierno, pues lo normal será que la normativa básica la dicte el Parlamento.

4. El Estatuto Marco es contrario igualmente a la Disposición Derogatoria de la Ley General de Sanidad, al ir más allá de su contenido cuando deroga incluso disposiciones legales, y en concreto, varios artículos de la vigente Ley General de la Seguridad social.

5. En distintos apartados del Estatuto Marco se deduce una posible infracción del principio de igualdad, pues se establece una desigualdad de trato que carece de una justificación objetiva y razonable, sobre todo en lo que se refiere a la relación y provisión de puestos de trabajo.

6. Tampoco queda, en el Estatuto Marco, garantizada la estabilidad en la categoría profesional y respecto a la estabilidad de empleo, la movilidad geográfica alcanza tal amplitud que roza la arbitrariedad y que puede ser contraria a los propios princi-

prios de la legislación funcionarial y laboral. (Por ejemplo, en el supuesto del personal en situación de destino provisional.)

7. La jubilación anticipada podría ser inconstitucional, si se aplica la doctrina de la sentencia constitucional de 2 de julio de 1981, referente a personal laboral, que consideró inconstitucional rebajar la edad de jubilación de los trabajadores. Y no hay que olvidar que se parte de una relación estatutaria especial, sometida supletoriamente a la normativa laboral.

8. En el régimen retributivo se propugna que el complemento de atención continuada que viene a sustituir el concepto de guardias, no sea considerado como causa de incompatibilidad en el ejercicio privado.

Igualmente se exige un mayor criterio de valoración, tanto subjetiva como objetiva, a la hora de determinar el complemento de productividad, de lo contrario podría dar lugar a una actuación arbitraria de la Administración.

## **II.—Notas aclaratorias al texto alternativo**

### *A) Generales: finalidad del texto alternativo*

1. Cumplir con el carácter de norma básica, estableciendo los principios generales sobre los que deberán actuar posteriormente las Comunidades Autónomas.

2. Ofrecer al personal al servicio del Sistema Nacional de Salud, la mayor garantía posible de sus derechos, restringiendo en la mayor medida, las protestades discrecionales de la Administración, para evitar una actuación arbitraria de las distintas entidades públicas (por ejemplo, se refuerza la estabilidad de empleo, y se limita la movilidad).

3. Crear el Consejo Superior del Personal al Servicio del Sistema Nacional de Salud, como órgano encargado de velar por la aplicación del Estatuto con funciones consultivas, de impulso y coordinación, llamado a garantizar los derechos del personal.

4. Concretar la relación estatutaria especial del personal, destacando el carácter híbrido —laboral y funcionarial— de la relación sometida supletoriamente en unas cosas a la legislación laboral, y por ende, a la jurisdicción contencioso-administrativa o laboral según los casos.

### *B) Particulares*

1. No se atribuyen competencias al Gerente del Área, se deja a la regulación autonómica.

2. Se delimitan los conceptos de plantilla orgánica y relación de puestos de tra-

bajo, obligando a confeccionarlos por Centros para conseguir mayor seguridad y menores posibilidades de movilidad.

**3. Respecto selección personal**, se exige publicación «B.O.E.», garantizando mayor publicidad. Se extiende la promoción interna a todo el personal del Sistema, como exigencia de igualdad. El conocimiento de la lengua autonómica no es eliminatorio y se integra en la fase del concurso. Se previene que el Barèmo sea general y previo, de acuerdo con los principios de igualdad, mèrito y capacidad. Se exige publicación de las retribuciones y el Centro al que està adscrita la vacante. Se limita la posibilidad de utilizar la libre designación al àmbito no asistencial, eliminando la posible arbitrariedad en los puestos asistenciales. Se establece la obligación de convocatorias anuales.

**4. Respecto de las situaciones del personal**, se incluye la situación de servicios especiales en los casos de la Ley de medidas de la Reforma de la Función Pública, garantizando con ello la reserva de puesto de trabajo a las incluidas en esta situación. También se incluye la jubilación. Se incluyen como situaciones de activo con reserva de plaza los cargos no asistenciales de libre designación y los que, después de cese, se impongan como prestación de servicios en otros puestos de trabajo dentro de las mismas Administraciones Públicas. Respecto del reingreso al servicio activo, es más beneficioso al eliminarse el destino provisional y establecerse la reserva de plaza.

**5. En lo referente a los derechos del personal**, se independiza la regulación de las vacaciones, garantizando la totalidad de las retribuciones. Se incluyen los permisos para actividades sindicales y asuntos propios. Se regula el permiso sin sueldo, las recompensas y se prevé la acción social.

**6. En relación con el sistema retributivo**, se definen los conceptos retributivos, destacándose la compatibilidad con actividades privadas en caso de percepción del complemento de atención continuada. En las pagas extraordinarias se incluyen las retribuciones totales, no sólo las básicas. Se incluyen las horas extraordinarias y la indemnización por residencia.

Estas son, sin perjuicio de mayores concreciones, las notas más destacadas del borrador de texto alternativo de la O.M.C. que a su vez son, diferencias sustanciales respecto del borrador del Estatuto Marco elaborado por la Administración.

Finalmente, hay que señalar que el informe jurídico al Estatuto Marco de la Administración y el borrador del texto alternativo, tienen las conexiones que son propias de una misma idea: lograr lo mejor para los médicos estatutarios del Sistema Nacional de la Salud dentro de un marco estrictamente legal.

Madrid, 10 de junio de 1987

Pedro González Salinas  
ASESOR JURIDICO

## ALTAS

- 2.857 D. Félix Javier Dabrio Archaval. Pl. San Gregorio, 6-5º B. PUERTOLLANO.  
2.858 D. Víctor Nicolás López Román. ALCAZAR DE SAN JUAN.  
2.859 D<sup>a</sup> María Angeles Chavert del Pozo. Avda. 1 de Mayo. PUERTOLLANO.  
2.860 D. Jesús Ocaña García Donas. Imagen. 11. ALCOLEA DE CALATRAVA.  
2.861 D<sup>a</sup> María Amparo González González. Urb. La Solana del Cristo. ALMADEN.  
2.862 D. Bartolomé Francisco Díaz López. Mata, 47. CIUDAD REAL.  
2.863 D<sup>a</sup> Ana María Malagón Tendero. PUERTOLLANO.  
2.864 D. Enrique Espejo Hans. PUERTOLLANO.  
2.865 D. Gerardo Sánchez Girón. Ronda Cisneros. 26-3º G. CIUDAD REAL.  
2.866 D<sup>a</sup> María Cristina Perera Briones. Alarcos. 13-5º A. CIUDAD REAL.  
2.867 D. José Portillo Sánchez PUERTOLLANO.  
2.868 D. Virginio García Cepas. Imagen, 11. ALCOLEA DE CALATRAVA.  
2.869 D<sup>a</sup> Sofía Echalecu Moreno. Fdez. Risel. MORAL DE CALATRAVA.  
2.870 D<sup>a</sup> María Isabel Mudarra Barrero. Pozo Concejo. 3-1º E. CIUDAD REAL.  
2.205 D<sup>a</sup> Gloria Agullo Trillo. Cerrada, 14. ALCAZAR DE SAN JUAN (Reingreso).  
2.306 D. Fernando Bermejo Corrales. Gral. Rey, 10 B, 1-2º CIUDAD REAL (Reingreso).

## BAJAS

- 2.085 D<sup>a</sup> María Isabel Ponce de León Jiménez. ALICANTE.  
2.796 D<sup>a</sup> Recaredo Majua Bernardo. SEVILLA.  
2.417 D. Antonio Martínez Fernández. ALMERIA.  
1.003 D<sup>a</sup> María Amelia Bordonaba Naval. VOLUNTARIA.  
2.743 D. José Antonio Minguez Parra. PALENCIA.  
2.740 D<sup>a</sup> María Amparo Esteban San Andrés. GUADALAJARA.  
2.709 D<sup>a</sup> Milagros Gómez Lucena. GRANADA.  
2.809 D. José María Rodríguez Vegas. ZAMORA.  
2.733 D<sup>a</sup> María Adela Arce Marina. ORENSE.  
2.676 D. Antonio Cabrera Aguirre. EXTRANJERO.  
2.714 D. Fernando Miranda Valbuena. PONTEVEDRA.  
2.828 D. Francisco Ramiro Toro. MADRID.

# «Farmacoterapia en Geriatría»

M.<sup>a</sup> Rosa GARCIA - R. MUÑOZ CAMACHO

## INTRODUCCION

La población anciana, definida arbitrariamente como el grupo de personas mayores de 65 años, ha experimentado un gran incremento en las últimas décadas, representando en la actualidad un 10-12 por 100 de la población en los países desarrollados (11 por 100 en España), y calculándose que para fin de siglo llegará al 15-17 por 100.

La farmacoterapia constituye uno de los capítulos destacados de la terapéutica geriátrica. El consumo de medicamentos en personas mayores de 65 años alcanza un 20-25 por 100 del gasto total; ello se debe a que los ancianos con su habitual pluriopatología están sometidos en muchos casos, a una polifarmacia y por otro lado, al ser su patología con mucha frecuencia crónica, los tratamientos suelen ser muy prolongados. No ha de sorprendernos, por tanto, que las reacciones adversas y las interacciones medicamentosas sean más frecuentes en este grupo de población. Las estadísticas de varios hospitales revelan que de un 15-20 por 100 de los ancianos ingresados presentan efectos iatrogénicos y que éstos son la causa de ingreso de un 3-5 por 100.

Por otra parte, la farmacocinética y la farmacodinamia de muchos fármacos que se administran a los ancianos, están alteradas, por el propio envejecimiento, por las alteraciones funcionales y estructurales que se producen en la senescencia.

Los estudios realizados por Shock y su escuela ponen de manifiesto los tres principios básicos para el estudio de la farmacoterapia en los ancianos:

1.º) Los resultados medios de las exploraciones funcionales realizadas en los seres humanos descienden regularmente a partir de los 30 años.

2.º) La disminución media no es igual para todas las funciones, en algunas esta disminución no es constante, como ocurre con la filtración glomerular que presta una reducción del 60 por 100 entre los 30 y los 80 años.

3.º) Las variaciones funcionales de unos individuos a otros se hacen más patentes en los ancianos de más edad.

## CAMBIOS FARMACOCINETICOS QUE ACOMPAÑAN AL ENVEJECIMIENTO

### Absorción

A nivel del tracto digestivo son diversos los cambios que se producen en el envejecimiento: deterioro de la dentición, disminución de las secreciones, salival, gástrica, etc., disminución de la motilidad esofágica y de la velocidad de vaciado gástrico.



disminución de la perfusión sanguínea intestinal, disminución de la actividad del transporte activo y colonización bacteriana. Sin embargo, la absorción de los medicamentos se modifica poco con la edad ya que en su mayoría, son absorbidos por difusión pasiva. Por otra parte, la disminución del vaciado gástrico, de la perfusión intestinal y la atrofia de la mucosa, se ven compensadas por la disminución del peristaltismo, con lo que los medicamentos permanecen más tiempo en contacto con la mucosa intestinal.

## **Distribución**

Los principales factores que influyen en la distribución de los medicamentos son:

- 1) La composición del organismo determinada por la masa protoplásmica activa o masa magra, el contenido en agua y las grasas.
- 2) La concentración de proteínas plasmáticas.
- 3) La distribución local del flujo sanguíneo hacia los diversos órganos y tejidos.

El envejecimiento acarrea cambios en todos estos factores. Con la edad se produce un aumento de la grasa corporal total en un 18-36 por 100 en los varones y 33-48 por 100 en las hembras lo que explica la prolongación de los efectos y/o aparición de respuestas anormales de sustancias liposolubles como, por ejemplo, los barbitúricos. La disminución de la masa muscular puede ocasionar un descenso en el número de sitios de fijación con el consecuente aumento de la fracción libre del fármaco en el espacio extravascular. El agua total está disminuida en un 15 por 100 de los 20 a los 80 años, con un aumento relativo de los líquidos extracelulares lo que va a alterar el volumen de distribución.

La disminución de la albúmina (principal proteína a la que se unen los fármacos) es un hecho frecuente en el anciano (3,5 grs. por 100 en comparación con los 4-4,5 grs. por 100 de adultos más jóvenes). Se sabe que la fracción libre de un fármaco, la no ligada a proteínas, es la activa farmacológicamente, por tanto, los fármacos con capacidad para unirse a proteínas plasmáticas (anticoagulantes orales, antidiabéticos orales, ANE y algunos antimicrobianos) ocasionarán en el anciano, a dosis habituales, mayor frecuencia de aparición de reacciones adversas.

La perfusión hística de la mayor parte de los tejidos disminuye con la edad debido a la reducción del gasto cardíaco que disminuye a partir de los 30 años en un 1 por 100. A los 65 años el flujo sanguíneo hepático ha disminuido en un 40 por 100 y el renal en un 30 por 100, aproximadamente.

Por todo ello, y aunque no existan normas generales para prever los cambios de distribución de un medicamento en las personas de edad avanzada, valorando la posología más en función de la respuesta que de la cinética del fármaco, se deberán extremar las precauciones cuando se prescriban drogas que se fijan ampliamente a las proteínas plasmáticas o que como los psicofármacos o la digoxina se distribuyan en los tejidos adiposo y muscular, respectivamente.

## Eliminación

Una vez que alcanzan el torrente circulatorio, los fármacos pueden ser eliminados o inactivados mediante dos vías:

1. Biotransformación, en la que ocupa el hígado un lugar preferente.
2. Por excreción renal.

La velocidad de eliminación de un fármaco mediante biotransformación, se expresa como aclaramiento metabólico que vendrá determinado por: a) cantidad de enzimas disponibles y afinidad de éstas hacia el fármaco. b) perfusión sanguínea al órgano que transporta el medicamento y c) fracción del medicamento libre en plasma.

En el envejecimiento, el flujo sanguíneo hepático está disminuido lo que puede afectar la metabolización de fármacos que, como el propanolol o la lidocaina dependen del flujo hepático para su eliminación. Por otra parte, la reducción del peso del hígado con la edad podría, teóricamente, ocasionar una disminución de la cantidad de enzimas disponibles.

El funcionalismo renal, valorado mediante la depuración de la insulina o la depuración endógena de la creatinina, disminuye con la edad. Sin embargo, debido a la disminución de la masa muscular en el anciano, los niveles de creatinina sérica suelen encontrarse dentro de la normalidad por disminución de su biosíntesis por lo que no deberá utilizarse la cifra de creatinemia como índice de función renal. Conociendo la edad, sexo, peso y valores de creatinemia, el aclaramiento de ésta puede determinarse por la fórmula:

$$\frac{\text{Peso (kgs.)} \times 140 - \text{edad en años}}{72 \times \text{Cr. (mg. \% )}}$$

En mujeres: la misma fórmula multiplicado por 0.85

El aclaramiento de todos los fármacos que se eliminan mayoritariamente por excreción renal (litio, fenobarbital, etambutol, clorpromacina, metotrexato, cimetidina, aminoglucósidos y sulfamidas) está disminuido, siendo aconsejable un ajuste de dosis cuando sean utilizados y, siempre que sea posible, determinar los niveles plasmáticos de los mismos.

La reducción de la velocidad de excreción renal de los compuestos con actividad farmacológica parece ser, con mucho, la alteración cinética más importante en la senescencia.

## RESPUESTA ANOMALA A CIERTOS MEDICAMENTOS EN EL ANCIANO

Es un hecho conocido, que las reacciones adversas a ciertos medicamentos es mucho más frecuente en personas de edad avanzada. Desde que se describiera la disminución de la tolerancia al fenobarbital, han sido numerosos los fármacos implica-

dos en una respuesta anómala en el anciano. Los mayores riesgos de hemorragia tras la administración de anticoagulantes pueden ser explicados por una disminución de la respuesta hemostática, por la disminución de la síntesis de factores de coagulación y por la mayor fragilidad capilar. La disminución del número y/o la afinidad por los receptores, ha sido implicada en la disminución de la respuesta al isoproterenol y un cierto grado de resistencia a los efectos cardiovasculares de los beta bloqueantes. La frecuente aparición de hipotensión ortostática, en los ancianos sometidos a tratamiento con hipotensores, neurolépticos y diuréticos, se ha relacionado, entre otros, con la disminución de la actividad de los baroreceptores.

Finalmente, no hay que olvidar que la disminución de las funciones intelectuales, los frecuentes cambios de ritmo de vida, la disminución de la fuerza, los temblores y la disminución de la agudeza visual, que frecuentemente sufren los ancianos pueden, hasta en un 25-50 por 100 conducir a frecuentes errores en el seguimiento de un esquema terapéutico, condicionando la respuesta anómala al mismo.

## **Digitálicos**

La mayor susceptibilidad a la intoxicación digitálica por el anciano es por todos conocida, tanto para la digoxina como para digitoxina. A ello contribuyen, entre otros, los siguientes factores: 1) Alteraciones en la función renal. 2) Disminución del tamaño corporal y de la masa muscular cardíaca 3) Trastornos del equilibrio hidroelectrolítico.

La eliminación renal de la digoxina (80-90 por 100) está disminuida en el anciano (67 por 100) por el efecto del envejecimiento sobre la filtración glomerular. La vida media que viene a ser de 36 horas en los adultos jóvenes, en el anciano es de 72 horas por lo que debe disminuirse la dosis de mantenimiento. El aclaramiento de la digoxina es paralelo al de la creatinina, lo que puede servir de guía para determinar la dosis que se ha de administrar.

La disminución de la ingesta, el uso abusivo de laxantes y la utilización concomitante de diuréticos, contribuyen a la frecuente situación de hipopotasemia en la que se encuentran los ancianos, siendo un hecho demostrado el aumento de la frecuencia de intoxicación digitálica en dichas situaciones.

Finalmente, es una costumbre muy extendida en geriatría mantener, con fines preventivos, la administración de digitálicos lo que condiciona la mayor frecuencia de intoxicación con estos fármacos.

Finalmente, es una costumbre muy extendida en geriatría mantener, con fines preventivos, la administración de digitálicos lo que condiciona la mayor frecuencia de intoxicación con estos fármacos.

## Diuréticos

En general, tienen un margen terapéutico grande, siendo la toxicidad clínica secundaria a alteraciones hidroelectrolíticas. Muy difundidas en geriatría, en muchas ocasiones sus efectos adversos se deben a que son utilizados a dosis elevadas y durante periodos largos (generalmente innecesarios). Son muchos los trabajos en que se estudia un elevado número de ancianos sometidos a tratamiento con diuréticos y digitálicos que en un 80 por 100 no presentan recaída cuando se suspenden ambos fármacos, lo que demuestra que no eran necesarios.

Se ha sugerido que, en el anciano, los diuréticos más seguros y de más fácil manejo son los ahorradores de potasio ya que al estar enlentecidos los sistemas de regulación hidroelectrolítica, no son infrecuentes las situaciones de alcalosis metabólica en pacientes tratados con furosemida o ácido atacrínico. Siempre que sea posible, deben administrarse en días alternos y si el tratamiento es combinado de tiazidas con ahorradores de potasio, pueden prescribirse en varios días o semanas alternos.

## Hipotensores

La alta incidencia de efectos secundarios de los fármacos hipotensores en el anciano ha hecho afirmar a algunos autores, que el uso incorrecto de los mismos sea más peligro que la propia hipertensión. Quizá, más difícil de establecer como cifras límites a los 65 años las de 180/105 para iniciar la terapéutica (salvo que exista repercusión visceral para niveles inferiores)

En general, no existen grandes diferencias en el tratamiento de la H.T.A. del adulto joven y el anciano si se tiene en cuenta que los efectos negativos de algunos de estos fármacos, que en el adulto pueden ser molestos en el senescente pueden ser peligrosos, así, la alfametildopa, la reserpina y la guanetidina pueden provocar hipotensión ortostática dando lugar a episodios sincopales con las catastróficas consecuencias que a estas edades tienen las caídas. La alfametildopa, la reserpina y la clonidina pueden inducir o agravar depresiones. Es por ello que algunos autores han sugerido que a pesar de todos los riesgos (insuficiencia cardíaca, broncoespasmo, trastornos de la circulación periférica, etc.) puedan utilizarse, en el anciano, dosis bajas de betabloqueantes asociados a diuréticos ahorradores de potasio. Sin embargo, y dado que en el hipertenso anciano existe como principal alteración un aumento de las resistencias vasculares periféricas debido a vasoconstricción, ha motivado que autores tan prestigiosos como Bühler et al, sitúen a los calcioantagonistas en el primer escalón del tratamiento de la H.T.A. en el anciano. Recientemente, Guillén Llera et al, publican un trabajo en el que tratan a un grupo de ancianos con nifedipina retard (40-80 mg./día) con un 93 por 100 de éxitos y con mínimas reacciones adversas. Finalmente, es de destacar la acción beneficiosa sobre la insuficiencia cardíaca y la ausencia de efectos sobre el S.N.C. y el simpático de los reciente y progresivamente introducidos, fármacos inhibidores de la encima de conversión, como el captopril.

## Psicofármacos

Los tranquilizantes constituyen el grupo de fármacos más utilizados en el anciano. Su volumen de distribución está aumentado con la edad, lo que origina un aumento de la vida media (90 horas a los 80 años en comparación con las 20 horas a los 20 años), aconsejándose una disminución en las dosis habituales. Aunque el uso de las fenotiacinas y butirofenonas sea de indiscutible valor en el tratamiento de los ancianos con demencia y agitación, la mayor sensibilidad de estos a sus múltiples efectos tóxicos (estreñimiento intenso, distonias, parkinsonismo, alteraciones cardíacas, hipotermia, ictericia colostásica, etc.) hacen que su empleo deba limitarse a patologías bien definidas y seleccionadas. En relación con las benzodiaceprinas, la mayoría de los autores preconizan el uso de las de acción corta dado el riesgo de acumulación que, no infrecuentemente se observa en el anciano, respecto de las que poseen una larga vida media biológica, habiéndose sugerido por su menor intensidad de efectos tóxicos al oxacepam como de primera elección en pacientes geriátricos.

Por diversos factores (determinados estados, soledad, jubilación, etc.), las depresiones son más frecuentes en el anciano y en muchas ocasiones suelen ir acompañadas de síntomas de demencia. El aumento que se produce con la edad de la actividad de la monoaminoxidasa ha sugerido a los IMAO como los antidepresivos de primera elección en la senectud. Sin embargo, su mayor toxicidad, así como la mayor frecuencia de interacciones medicamentosas y el no poder ser administrados con los alimentos que contiene tiramina, ha motivado que su uso quede desplazado por los antidepresivos tricíclicos, siendo de elección la amitriptilina cuando existe componente de ansiedad y agitación o la imipramina en las depresiones inhibidas. Los efectos adversos (mareos, hipotensión, estreñimiento, retención urinaria, sequedad de boca, etc.) se presentan con mayor frecuencia en el anciano al alcanzar niveles plasmáticos más altos lo que obliga a reducir la dosis para ir subiendo paulatinamente. Por otra parte, las numerosas interacciones con otros fármacos exige un buen conocimiento en su manejo. Los antidepresivos tetracíclicos como la maprotilina y mianserina, están indicados en los pacientes geriátricos por sus menores efectos secundarios.

El uso de los hipnóticos es frecuente en la práctica geriátrica diaria, aunque la causa del insomnio en los ancianos es, la mayoría de las veces motivado por una causa subyacente, por lo que su tratamiento deberá ser etiológico. Los barbitúricos están proscritos en geriatría ya que con frecuencia producen intranquilidad nocturna, reacciones delirantes y, en tratamientos prolongados pueden producir fenómeno de rebote al suspenderlos; aunque existen otros hipnóticos como el hidrato de cloral o la dicloral fenazona, mejor tolerados por las personas de edad, parece lo más prudente recurrir a las benzodiacepinas con pocos efectos secundarios y con rápido comienzo de acción como el nitracepam y en menor grado el oxacepam y siempre por periodos cortos hasta que mejore la causa del insomnio.

## **Hipoglucemiantes**

El 90 por 100 de las hipoglucemias graves se dan en personas mayores de 60 años tratados con antidiabéticos orales de acción muy larga como la clorpropamida, por lo que se aconseja el uso de los de vida media corta como la glicacida y glipicida comenzando con dosis bajas. Conviene tener en cuenta que algunas interacciones medicamentosas (sulfamidas, fenilbutazonas, bloqueantes beta, dicumarínicos, etc.) pueden potenciar y prolongar el efecto hipoglucemiante de estos fármacos con consecuencias, en muchos casos, graves.

## **Analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos**

Aunque muy difundidos en la práctica geriátrica, existen muy pocos estudios farmacocinéticos y farmacodinámicos de los mismos. En general, los ancianos son más sensibles a las reacciones adversas de los narcóticos, tienen mayor tendencia a sangrar por el tubo digestivo con el ácido acetil salicílico; está disminuida la unión a las proteínas plasmáticas de la fenilbutazona. Se muestran eficaces y con menos efectos tóxicos los derivados del ácido propiónico como el ibuprofén, ketoprofén, etc.

## **Antibióticos**

La reducción del aclaramiento renal y la mayor frecuencia de reacciones alérgicas, motivan que las reacciones adversas sean más graves y tres veces más frecuentes en los ancianos. Por ello, los antibióticos con potencial nefrotoxicidad como los aminoglucósidos y las cefalosporinas deben utilizarse con extremada precaución y siempre bajo una estrecha vigilancia de la función renal. Las tetraciclinas sufren también acumulación en caso de insuficiencia renal por lo que de utilizarse se recomienda la doxiciclina y, por su gran poder de difusión en los tejidos, la minociclina tiene gran aceptación geriátrica en algunos países.

## **Anticoagulantes**

Aunque muy empleada, sobre todo de forma preventiva en el anciano (tromboembolismo, intervenciones traumatológicas, etc.) no existen estudios importantes sobre la farmacocinética de la heparina, ni tampoco unidad de criterio sobre el uso preventivo de la misma. De cualquier modo, en caso de utilizarse deben vigilarse estrechamente los índices de coagulación. Se ha descrito la mayor incidencia de hemorragias en mujeres mayores de 60 años con respecto a adultos jóvenes, utilizada a dosis terapéuticas (no constando en hombres).

Mayores riesgos presentan los fármacos antivitaminas K dada la gran frecuencia con que se presentan en los ancianos hemorragias, que, como ya se comentó al ha-



blar de una respuesta anómala a ciertos medicamentos puede ser explicada por la disminución de la síntesis de los factores de coagulación, por una disminución de la respuesta hemostática y por la mayor fragilidad capilar.

## CONCLUSIONES

Siguiendo a O'Malley podemos concluir diciendo que los principios para una buena farmacoterapia geriátrica pueden resumirse en los siguientes:

1.º) Los ancianos son más sensibles a los efectos indeseables de los fármacos siendo más frecuentes las reacciones adversas.

2.º) la respuesta a los fármacos puede modificarse por alteraciones en su farmacocinética o en su farmacodinamia.

3.º) Los mecanismos compensadores homeostáticos se deterioran con la edad por lo que los efectos indeseables pueden hacerse más patentes.

4.º) Deben considerarse los riesgos farmacológicos y prever sus efectos adversos antes de utilizar los fármacos, sin olvidar la condición patológica del enfermo.

5.º) En general el anciano necesita dosis menores que el adulto joven.

6.º) El número de interacciones farmacológicas en el anciano es mayor que en el adulto.

7.º) Las instrucciones han de ser claras y detalladas, facilitando listas en las que estén claramente establecidas las normas diarias, rotulando el nombre de la medicación, número de tomas y relación con las comidas y usando, a ser posible, envases y medicamentos de distintos colores. A todos estos efectos son de incalculable valor el uso de las cartillas sanitarias para la tercera edad.

Finalmente puede decirse, que siguiendo estas normas y sin olvidar que el anciano debe ser contemplado bajo cuatro aspectos: clínico, funcional, mental y social, puede explicarse el desarrollo que en los últimos 50 años ha adquirido la terapéutica geriátrica.

## BIBLIOGRAFIA

1. BOCHNER, F.; CARRUTHERS, G.; KAMPMANN, J.; STEINER, J.: «Manual de farmacología». Edi. Salvat. 1980.
2. BUHLER, F.R.: «Age and Cardiovascular Response Adaptation». *Hypertensión* 1983, 5 (Suppl. III), pp. 94-100.

3. GUILLEN LLERA, F.; REUSS, J. M.; TOBARES, N.; TORRES, M.; VIGUERA, S.: «Eficacia y tolerancia de la nifedipina retard en el tratamiento de la hipertensión arterial moderada en el anciano. Estudio multicéntrico comparativo.» *Rv. Clin. Esp.*, 1986, pp. 179-443.
4. O'MALLEY, K.; JUDGE, T.G.; CROOKS, J.: «Geriatric clinical pharmacology and therapeutics.» *In G.S. Avery (Ed.) Drugs Treatment Acton*, Mass. Adis Press. Sydney and Publishing Sciences Group. 1975, pp. 123-142
5. ORTS, A.: «Farmacoterapia en geriatría». *Medicine*, 3, pp. 71-81.
6. SALGADO, A.; GUILLEN LLERA, F.; DIAZ DE LA PEÑA, J.: «Tratado de Geriatría y Asistencia geriátrica». Ed. Salvat. 1986, pp. 563-575.
7. SANCHEZ GARCIA, P.: «Bases farmacológicas de la terapéutica en el anciano». *Inf. Ter. de la Seg. Soc.*, 1982, 6, pp. 197-203
8. SOUICH, P.: «Cambios farmacocinéticos en los ancianos, su repercusión en farmacocinética». *Medicine*, 1984, 3, pp. 28-46.
9. WILIAMS, P.; RUSH, D.: «Polifarmacia en geriatría». *Hosp. Prac.*, 1986, 1, pp. 55-67.



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS

Plaza de la Provincia, 3  
CIUDAD REAL

FE DE ERRATAS

En el artículo "Farmacoterapia en Geriatria" figura por error como autor M<sup>a</sup> Rosa GARCIA y R. MUÑOZ CAMACHO.

El verdadero nombre de los autores es Manuel ROSA GARCIA y Rosa MUÑOZ CAMACHO.