

## FÁRMACOS EN EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON / SIN HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

El TDAH es un trastorno neurobiológico crónico, sintomáticamente evolutivo, de probable transmisión genética, que afecta a un 5 a 10% de la población infantil, prolongándose hasta la edad adulta en el 60% de los casos<sup>1</sup>. Los signos y síntomas característicos son la falta de atención y/o la hiperactividad-impulsividad. Estos comportamientos pueden ser graves y comprometer el desarrollo académico, el bienestar y las interacciones sociales<sup>2</sup>. Requiere de un abordaje multidisciplinar, con implicación de la familia, los centros educativos y sus equipos de orientación, los profesionales de pediatría de Atención Primaria (AP) y las Unidades de Salud Mental (USM). El enfoque terapéutico ha de ser multimodal, incluyendo fármacos, psicoterapia (terapia cognitivo-conductual) y el apoyo y soporte familiar y académico<sup>3</sup>.

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los **fármacos** financiados en el Sistema Nacional de Salud (SNS) para el tratamiento del TDAH son el *metilfenidato*, *lisdexafetamina*, *atomoxetina* y *guanfacina*<sup>4,5</sup>.

La *Guía de práctica clínica del Ministerio de Sanidad sobre intervenciones terapéuticas TDAH*, no recomienda el tratamiento farmacológico en menores de 6 años, (en función de la gravedad se podría valorar su uso en casos seleccionados, si el tratamiento psicoterapéutico y el apoyo en los entornos principales del niño no son efectivos). Una vez iniciado, debe continuarse para evitar recaídas, mantener la mejoría de la sintomatología y los resultados académicos, aunque se pueden plantear descansos en periodos vacacionales. Es fundamental asegurar la adherencia para garantizar un buen pronóstico. En adultos, se indica tratamiento farmacológico en casos moderados-graves<sup>4</sup>, y aunque a corto plazo puede producir una mejoría de los síntomas, a largo plazo, no hay datos suficientes sobre seguridad y eficacia<sup>6</sup>.

Las guías clínicas actuales coinciden en la seguridad del tratamiento cuando se realiza bajo supervisión médica<sup>7,8,9</sup>. Debido a los posibles efectos secundarios, debe realizarse controles antropométricos y de constantes vitales (tensión arterial y frecuencia cardiaca). La *Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas*<sup>10</sup> recomienda en relación con el uso de medicamentos en el TDAH en niños y adolescentes realizar:

- **En pacientes sin enfermedad cardiológica conocida**, antes del inicio del tratamiento:
  1. Anamnesis y exploración física sin necesidad de pruebas complementarias. Remitir a Cardiología infantil, en caso de síntomas o signos de alarma, o antecedentes familiares significativos.
  2. Medir peso y talla, así como presión arterial (PA) y frecuencia cardiaca (FC), con controles cada 3-6 meses.
  3. No realizar electrocardiograma de rutina, salvo en casos de tratamiento con guanfacina o atomoxetina, en combinación con otros medicamentos que puedan prolongar el intervalo QT, o en tratamientos que combinen metilfenidato con risperidona.
- **En pacientes con patología cardiogénica de base** individualizar el manejo.
- **No se recomienda iniciar tratamiento en pacientes con cardiopatías congénitas** (CC) hemodinámicamente inestables, debiendo resolver o tratar antes las lesiones y en pacientes con CC e HTA residual mejorar la PA antes de instaurar el tratamiento.

Las guías clínicas de la *Academia Americana de Pediatría* y la guía elaborada por el *NICE*, inciden también en la importancia de una buena anamnesis con antecedentes familiares cardiovasculares<sup>11</sup>, TA y FC al inicio y con cada cambio de dosis. En aquellos pacientes con taquicardia mantenida en reposo (> 120 lpm), arritmias o PA sistólica superior al percentil 95, medidos en más de 2 ocasiones, disminuir la dosis y derivar a cardiología infantil<sup>12</sup>.

### FÁRMACOS ESTIMULANTES

Son derivados de las anfetaminas que actúan inhibiendo la recaptación de dopamina y noradrenalina, aumentando su liberación. Producen efectos beneficiosos sobre la atención y la memoria, al actuar sobre el núcleo estriado y la corteza prefrontal a nivel del sistema nervioso central<sup>13</sup>. Actualmente se comercializan en España exclusivamente para el tratamiento del TDAH: *metilfenidato* y *lisdexanfetamina*.

## Metilfenidato (MTF)

Es el fármaco de primera elección en el tratamiento del TDAH, con un 60-75% de respuesta<sup>14</sup>. Mejora los síntomas y el entorno del paciente desde el punto de vista educativo, familiar y social<sup>15,16</sup>. Está indicado como parte de un programa de tratamiento integral del TDAH en niños a partir de 6 años y adultos cuando otras medidas sean insuficientes. El diagnóstico se debe realizar de acuerdo con los criterios DSM actuales o CIE y estar basado en la historia y evaluación completas del paciente, siendo conveniente confirmación por parte de otro especialista<sup>17</sup>. Debe ser iniciado y supervisado por un profesional entrenado y con experiencia en esta patología (pediatra experto, psiquiatra infanto-juvenil o de adultos)<sup>4,13</sup>.

Es aconsejable consultar la ficha técnica de cada uno de los medicamentos, dadas las peculiaridades de las distintas presentaciones en cuanto a disponibilidad del principio activo.

**Tabla 1. Presentaciones según forma de liberación y particularidades:**

Principio activo	Formulación	Dosis y nombre comercial	Posología	Observaciones
MTF Comprimidos	Liberación inmediata	<i>Medicebrán® 5mg, 10mg, 20mg</i>	dosis total diaria en 2-3 tomas	Administrar preferiblemente por la mañana
		<i>Rubifér® 5mg, 10mg, 20mg</i>		
MTF cápsulas liberación modificada**	50% liberación inmediata 50% gradual al cabo de 4 h	<i>Medikinet® 5mg (4,35*), 10mg (8,65*), 20mg (17,30*), 30mg (25,95*), 40mg (34,60*), 50mg (43,25*), 60mg (51,90*)</i>	1 vez al día por la mañana	Pueden abrirse las cápsulas para administrar su contenido  Las cápsulas y su contenido no se deben triturar ni machacar
		<i>Rubifen retard® 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>		
	30% liberación inmediata 70% gradual al cabo de 3 h	<i>Equasym® 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 50mg</i>		
		<i>Methysym retard® 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 50mg, 60mg</i>		
MTF comprimidos de liberación prolongada	22% liberación inmediata 78% gradual al cabo de 2 h	<i>Atenza® 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	1 vez al día por la mañana con o sin alimentos	No se deben partir ni machacar, ni triturar  Mejor adherencia
		<i>Concerta® 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>		
		<i>Doprilten® 54mg</i>		
		<i>MTF Mylan® 18mg, 36mg, 54mg</i>		
		<i>MTF Sandoz® 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>		

\*Cantidad real de MFT de liberación inmediata; \*\* MTF de liberación modificada: la parte de liberación gradual de cada dosis está diseñada para mantener la respuesta al tratamiento sin tener que tomar la dosis de medio día.

La dosis eficaz de MTF oscila entre 0,7 a 2,1 mg/Kg/día<sup>3</sup>. La formulación de **liberación inmediata** no está autorizada para su uso en adultos ya que no se ha establecido la seguridad y eficacia en este grupo de edad. En niños > 6 años y adolescentes hasta los 18 años se puede iniciar el tratamiento con 5 mg una o dos veces al día (desayuno y almuerzo) pudiendo incrementarse, en caso necesario 5-10 mg semanalmente, hasta la dosis máxima diaria de 60 mg. Se recomienda emplear la pauta que logre el control sintomático a la dosis mínima eficaz. Las formulaciones de MTF de **liberación prolongada** pueden usarse de inicio a dosis de 18 mg una vez al día. Si el paciente usaba previamente MTF de liberación inmediata tres veces al día, puede realizarse el cambio oscilando la dosis óptima entre 15 a 60 mg (consultar en FT). Para las formulaciones de MTF de **liberación modificada** se recomienda iniciar previamente el tratamiento con una formulación de MTF de liberación inmediata y una vez estabilizado el paciente, cambiar a la dosis diaria equivalente según tabla recogida en FT<sup>17</sup>.

El tratamiento con MTF puede verse limitado por los efectos secundarios: disminución del apetito con pérdida de peso, aparición de insomnio de inducción, cefaleas y gastralgias. Estos efectos suelen ser transitorios, pero pueden aumentar con el incremento de dosis e impedir el buen control de la enfermedad. En estos casos debe valorarse un cambio de molécula por la USM. Los efectos sobre el crecimiento son mínimos<sup>18</sup>. No existe evidencia concluyente sobre la aparición de tics, aunque se recomienda vigilar a aquellos pacientes que los presentaran previamente<sup>19,20</sup>. A nivel cardiovascular, se ha constatado el aumento de la PA independiente de la dosis, sin evidencia de alteraciones ecocardiográficas a medio plazo (36 meses) ni estructurales, ni funcionales<sup>21</sup> y sin incremento de las probabilidades de muerte súbita (MS)<sup>22</sup>. Otras contraindicaciones a tener en cuenta antes de instaurar el tratamiento son: antecedentes de glaucoma, hipertiroidismo, tirotoxicosis o antecedentes psicóticos.

La seguridad y eficacia del uso a largo plazo de MTF no se ha evaluado de forma sistemática en estudios controlados. El tratamiento no debería ser indefinido, suspendiéndose generalmente durante o después de la pubertad. Si se decide utilizar MTF durante periodos prolongados (> 12 meses) en niños y adolescentes con TDAH se deben realizar evaluaciones periódicas de la utilidad del fármaco. Se recomienda suspender el medicamento al menos una vez al año para valorar el estado del niño sin medicación (preferiblemente durante las vacaciones) pudiendo ocurrir que la mejoría obtenida se mantenga tras la suspensión.

Se debe vigilar cuidadosamente a los pacientes por el riesgo de abuso, mal uso o tráfico de MTF.

## Lisdexanfetamina (LDX)

*Elvanse®* es un medicamento de Diagnóstico Hospitalario (DH), sujeto a visado de inspección en el SNS. Indicado como parte de un programa de tratamiento integral para el TDAH en niños a partir de 6 años, cuando la respuesta al tratamiento previo con MTF se considere clínicamente inadecuada<sup>23,24</sup>. El diagnóstico de TDAH debe realizarse según los criterios de DSM o las directrices del CIE. El tratamiento debe estar bajo la supervisión de un especialista en trastornos del comportamiento en niños y/o adolescentes. Se metaboliza en dexanfetamina presentando menor riesgo de sobredosis y de uso indebido puesto que no produce los síntomas buscados para este uso.

Las dosis recomendadas varían en función de la edad del paciente, siendo de 30 mg en niños de 6-9 años, 50 mg en niños de 9-12 años y 70 mg en > 12 años. El inicio debe ser progresivo con la mínima dosis posible, aumentando 10 a 20 mg por semana. La dosis máxima recomendada es de 70 mg al día<sup>13</sup>. Si los síntomas nucleares no mejoran tras un ajuste adecuado, se aconseja suspender el tratamiento tras un mes. Las cápsulas se pueden abrir, vaciar y mezclar su contenido con un alimento blando como un yogur, o un vaso de agua o de zumo de naranja<sup>25</sup>.

Sus efectos secundarios suelen ser insomnio, disminución del apetito, cefalea y nerviosismo. No aumenta las posibilidades de problemas de crecimiento o MS<sup>23</sup>.

Principio activo	Nombre comercial	Observaciones
Lisdexanfetamina	<i>Elvanse®</i> 30mg, 50mg, 70mg	En niños > 6 años como segunda línea cuando no haya mejoría con MTF
	<i>Elvanse adultos®</i> 30mg, 50mg, 70mg	Solo para tratamiento de adultos con síntomas de TDAH preexistentes en la infancia

## FÁRMACOS NO PSICO-ESTIMULANTES

El uso de estos fármacos en el TDAH está indicado en casos de falta de respuesta a fármacos estimulantes (10-30% de los casos), efectos adversos, riesgo potencial de abuso o negativa por parte del paciente o cuidadores a la toma de derivados de las anfetaminas<sup>13</sup>. Los fármacos comercializados en España son *atomoxetina* y *guanfacina*.

### Atomoxetina (ATX)

Inhibidor de la recaptación de noradrenalina, que aumenta su concentración en la región intersináptica. Indicado exclusivamente para el tratamiento del TDAH<sup>26</sup>, es una molécula segura que rivaliza en eficacia con el MTF, siendo de elección en casos de potencial abuso de fármacos, pacientes con Tics (los disminuye) y en caso de existir ansiedad comórbida<sup>20</sup>.

La dosis recomendada de inicio en < 70 Kg es de 0,5 mg/Kg/día, pudiendo aumentarse hasta 1,2 mg/Kg/día en una semana (max. 1,8 mg/Kg/día). En > 70 Kg la dosis inicial es de 40 mg/día que se puede aumentar progresivamente en una semana hasta los 80 mg/día (max. 100 mg). Se debe administrar una sola vez al día con o sin alimentos.

Como efectos secundarios pueden aparecer náuseas, epigastralgias, hiporexia, alteraciones del sueño (somnia), mareos y cansancio, además de eventos adversos cardiovasculares como el aumento de la FC y PA<sup>27</sup>.

Principio activo	Nombre comercial	Observaciones
Atomoxetina	<i>Atamax®</i> cáps 10mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg	Indicado en el tratamiento del TDAH en niños a partir de los 6 años, en adolescentes y en adultos con síntomas de TDAH y antecedentes en la infancia de este trastorno
	<i>EATX Cinfa®</i> cáps 10mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg	
	<i>Strattera®</i> cáps 10mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, <i>Strattera®</i> solución oral: 4 mg/ml	

### Guanfacina (GFC)

*Intuniv®* es un medicamento de DH, sujeto a visado de inspección en el SNS. Indicado para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes de 6 a 17 años cuando los estimulantes (MTF y LDX) y la ATM están contraindicados, no se toleren o han mostrado ser ineficaces. Se debe utilizar como parte de un programa de tratamiento integral que incluya medidas psicológicas, educativas y sociales. Es un agonista alfa-2-adrenérgico, que presenta un efecto leve-moderado sobre el comportamiento oposicionista de jóvenes con TDAH<sup>4</sup>. Sin embargo, constituye una alternativa de tercer nivel, ya que no ha demostrado una eficacia superior ni igual al resto de medicamentos actualmente aprobados para el tratamiento del TDAH<sup>28</sup>.

La dosis de inicio es de 1 mg/día, aumentando no más de 1 mg a la semana, con un intervalo de 0,05 a 0,12 mg/Kg/día, usando como referencia el calendario disponible en su ficha técnica. Es necesario un ajuste de dosis cuidadoso y un seguimiento estrecho al principio por los riesgos de reacciones adversas clínicamente significativas como síncope, hipotensión, cefalea, bradicardia, somnolencia, cansancio y sedación (hasta en

el 45% de los pacientes). La somnolencia y sedación pueden aparecer especialmente al inicio del tratamiento o con los aumentos de dosis. Si son clínicamente preocupantes o persistentes, se debe considerar disminuir la dosis o suspender el tratamiento. Puede aumentar el índice de masa corporal y prolongar el intervalo QT, efectos dependientes de la dosis y del tiempo de exposición<sup>29</sup>.

Principio activo	Nombre comercial	Observaciones
Guanfacina	<i>Intuniv® comps lib prolongada: 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	Alternativa de tratamiento cuando la respuesta a estimulantes o ATX no sea eficaz o cuando estén contraindicados o exista intolerancia

Todos los fármacos mencionados presentan un riesgo bajo para la lactancia materna, salvo el MTF, que tiene un riesgo muy bajo, por lo que es totalmente seguro para el lactante, ya que se excreta en cantidades clínicamente no significativas o nulas en la leche materna<sup>30</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5 2013
- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164:942–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17541055/>
- García Cruz JM, Gonzalez Lajas JJ. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Guía de algoritmos en pediatría de Atención Primaria (AEPap). 2016; Available from: <https://algoritmos.aepap.org/adjuntos/TDAH.pdf>
- Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia d' Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS No 2007/18.
- Sánchez Mascaraque P, Cohen DS. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral*. 2020;XXIV:316–24.
- Castells X, Blanco-Silvente L, Cunill R. Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;2018.
- Graham J, Banaschewski T et al. European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20:17–37.
- Cortese S, Holtmann M, Banaschewski T et al. Practitioner Review: Current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013; 54:227–46. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpp.12036>
- Vetter VL, Elia J et al. Cardiovascular Monitoring of Children and Adolescents With Heart Disease Receiving Medications for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder A Scientific Statement From the American Heart Association Council on Cardiovascular Disease in the Young Congenital Cardiac Defects Committee and the Council on Cardiovascular Nursing. 2008; Available from: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml>
- Pérez-Lescure Picarzo J, Centeno Malfaz F et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas en relación con el uso de medicamentos en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes con cardiopatías conocidas y en la población pediátrica general, posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría. *Anales de Pediatría*. 2020;92:109.e1-109.e7.
- Wolraich ML, Hagan JF et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2019;144:20192528
- Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline. 2018; Available from: [www.nice.org.uk/guidance/ng87](http://www.nice.org.uk/guidance/ng87)
- Esperón CS, Álvarez Gómez MJ. Tratamiento farmacológico del TDAH basado en la evidencia. *Pediatría Integral*. 2014;XVIII:634–42.
- Wolraich ML, Hagan JF, Allan C et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2019;144.
- Storebø OJ, Ramstad E, Krogh HB et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;2015.
- Cortese S, Adamo N, del Giovane C et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018; 5:727–38. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30097390/>
- Ficha Técnica de Metilfenidato CIMA AEMPS
- Carucci S, Balla C, Gagliano A et al. Long term methylphenidate exposure and growth in children and adolescents with ADHD. A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;120:509–25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33080250/>
- Krinzinger H, Hall CL, Groom MJ et al. Neurological and psychiatric adverse effects of long-term methylphenidate treatment in ADHD: A map of the current evidence. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019;107:945–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31545988/>
- Osland ST, Steeves TDL, Pringsheim T. Pharmacological treatment for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children with comorbid tic disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;2018.
- García Ron A, Rodríguez Mesa M, Arias Vivas E, et al. The impact of methylphenidate treatment on the functional and structural properties of the left ventricle: A medium-term prospective study. *Anales de Pediatría*. 2022;96:43–50.
- Cooper WO, Habel LA, Sox CM et al. ADHD drugs and serious cardiovascular events in children and young adults. *N Engl J Med*. 2011;365:1896–904. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22043968/>
- Frampton JE. Lisdexamfetamine Dimesylate: A Review in Paediatric ADHD. *Drugs*. 2018;78:1025–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29923015/>
- Frampton JE. Lisdexamfetamine Dimesylate: A Review in Paediatric ADHD. *Drugs*. 2018;78:1025–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29923015/>
- Ficha Técnica Elvanse. CIMA AEMPS
- Yu G, Li GF, Markowitz JS. Atomoxetine: A Review of Its Pharmacokinetics and Pharmacogenomics Relative to Drug Disposition. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016;26:314–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26859445/>
- Fu D, Wu DD, Guo HL, Hu YH, Xia Y, Ji X, et al. The Mechanism, Clinical Efficacy, Safety, and Dosage Regimen of Atomoxetine for ADHD Therapy in Children: A Narrative Review. *Front Psychiatry*. 2022;12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35222104/>
- Montañés, F. Informe de Posicionamiento Terapéutico de guanfacina (Intuniv®) en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. AEMPS. 2017;
- Van Stralen J, Gill SK, et al. A retrospective medical chart review of clinical outcomes in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder treated with guanfacine extended-release in routine Canadian clinical practice. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2021;15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34607580/>
- APILAM (Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna). (2002) a partir de <https://e-lactancia.org>

**AUTORES:** Eduardo Valerio Hernández (Especialista en Pediatría y áreas específicas GAP Tenerife), Pedro Javier Rodríguez Hernández (Pediatra USM Infanto-Juvenil Jaime Chaves Santa Cruz de Tenerife. HUNSC), Luis Ariles Pérez (Especialista en Pediatría y áreas específicas). María Altabás Betancor, Erica Montes Gómez, Olaya Pedreira González, Mercedes Plasencia Núñez, Raquel Mesa Expósito, Fidelina de la Nuez Viera,

**Edita:** Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud / SERVICIO CANARIO DE LA SALUD. ISSN: 1889-0989. **Depósito Legal:** GC 1103-2008.

Todas las publicaciones editadas se pueden consultar a través de la Web del Servicio Canario de la Salud: <http://goo.gl/VdDK4Y>.



**Comité Editorial:**

**Presidenta:** Josefina de la Cruz Moreno Ramírez (Jefa de Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación)

**Vocales:** Fidelina de la Nuez Viera (Jefa de Sección de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación), Elena López Muñoz (Farmacéutica), Ana Teresa López Navarro (Farmacéutica), Ángela Guayarmina Luján García (Farmacéutica), Ángela Martín Morales (Farmacéutica), Raquel Mesa Expósito (Farmacéutica), Rafael Molero Gómez (Farmacéutico), Olaya Pedreira González (Farmacéutica), Mercedes Plasencia Núñez (Farmacéutica)

**Coordinadora:** María Altabás Betancor (Médico de Familia)