



n.º 566
1 octubre 2018

el farmacéutico.es
PROFESIÓN Y CULTURA

Dolor musculoesquelético

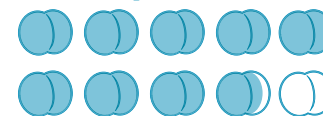


MAYO



BEXSERO: vacuna de 4 componentes frente a MenB¹⁰

88%
de las cepas* de MenB



han demostrado ser **destruidas por el suero** de individuos vacunados con Bexsero (IC 95%: 72%-95%) en el ensayo ABSH.¹¹**

*Usando un panel representativo de 40 cepas aisladas de MenB de Inglaterra y Gales, entre el 2007 y el 2008.¹¹
**Suero humano combinado de 69 lactantes y 13 adolescentes.¹¹

BEXSERO Vacuna meningocócica del grupo B (ADNr, de componentes, adsorbida).

Información de seguridad. Reacciones adversas:¹⁰

Lactantes y niños (hasta 10 años de edad): *Muy frecuentes:* Trastornos de la alimentación, tendencia al sueño, llanto inusual, diarrea, vómitos (poco frecuentes después de la dosis de recuerdo), erupción (niños pequeños de 12 a 13 meses, poco frecuente después de la dosis de recuerdo), fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), eritema, hinchazón, induración y dolor agudo en el lugar de la inyección (incluyendo dolor intenso en el lugar de la inyección definido como llanto cuando se mueve la extremidad en la que se administró la inyección), irritabilidad; *Frecuentes:* Erupción (niños pequeños de 12 a 23 meses); *Poco frecuentes:* Convulsiones (Incluyendo convulsiones febriles), palidez (rara después de la dosis de recuerdo); *Raras:* Síndrome de Kawasaki, urticaria; *Frecuencia no conocida:* reacciones en el lugar de la inyección (incluyendo hinchazón extensa de la extremidad vacunada, ampollas en el lugar de la inyección o en el área que la rodea y nódulo en el lugar de la inyección que puede permanecer durante más de un mes). **Adolescentes (desde 11 años de edad) y adultos:** *Muy frecuentes:* Cefalea, náuseas, hinchazón induración, eritema y dolor agudo en el lugar de la inyección (incluyendo dolor intenso en la zona de inyección definido como dolor que impide realizar la actividad diaria normal), malestar general, mialgia, artralgia; *Frecuencia no conocida:* fiebre, reacciones en el lugar de la inyección (incluyendo hinchazón extensa de la extremidad vacunada, ampollas en el lugar de la inyección o en el área que la rodea y nódulo en el lugar de la inyección que puede permanecer durante más de un mes). Consultar Ficha Técnica de Bexsero para información adicional sobre las contraindicaciones, precauciones y reacciones adversas.

El uso de esta vacuna debe seguir las recomendaciones oficiales.¹⁰ Ver a continuación de la Ficha Técnica en el interior de la revista.

1. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Utilización de la vacuna Bexsero en España en Febrero 2017. Acceso septiembre de 2018. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Vacuna_Bexsero.pdf 2. Kuhdari P, Stefanati A, Lupi S, et al. Meningococcal B vaccination: real-world experience and future perspectives. Pathog Glob Health. 2016;110(4-5):148-56. 3. Toneatto D, Pizza M, Masignani V, et al. Emerging experience with meningococcal serogroup B protein vaccines. Expert Rev Vaccines. 2017; 16(5):433-451. 4. Government of Andorra. 2016. Vaccination schedule. Acceso septiembre de 2018. Disponible en: http://www.salut.ad/images/stories/Salut/pdfs/temes_salut/Targeto_Vacunes.pdf 5. National Immunisation Office. Meningococcal B. Acceso septiembre de 2018. Disponible en: <http://hse.ie/eng/health/immunisation/hcpinfo/OtherVaccines/meningococcalb/> 6. Ministero della salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2017-2019. Acceso septiembre de 2018. Disponible en: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2571_allegato.pdf 7. Public Health of England. JCVI position statement on the use of meningococcal B (MenB) vaccine in the UK. Marzo 2014. Acceso septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/meningococcal-b-vaccine-jcvi-position-statement> 8. World Health Organization. WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2018 global summary. Accedido en septiembre de 2018. Disponible en http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules 9. Marshall GS, Tan L. Understanding the Category B Recommendation for Serogroup B Meningococcal Vaccine. Pediatrics. 2017;139(5) 10. Ficha técnica de Bexsero. 06/2018. GSK. 11. Frosi G, Biolchi A, Sapio ML, et al. Bactericidal antibody against a representative epidemiological meningococcal serogroup B panel confirms that MATS underestimates 4CMenB vaccine strain coverage. Vaccine. 2013;31(43):4968-74.

Centro de Información GSK
900 202 700 / 902 202 700
es-ci@gsk.com

Pueden notificarse las sospechas de reacciones adversas a la Unidad de Farmacovigilancia de GSK, telf.: 902 202 700/ 900 202 700, fax: 91 8075940, email:unidad.farmacovigilancia@gsk.com





BEXSERO

Vacuna meningocócica del grupo B
(ADNr, de componentes, adsorbida)

BEXSERO: experiencia en el mundo real

>10

MILLONES DE DOSIS

En el año 2016 se distribuyeron en todo el mundo un total de **10 millones de dosis** de Bexsero.¹



16 ORGANIZACIONES DE LA SALUD

Bexsero ha sido clínicamente recomendado por **16 organizaciones de la salud**.²



39 PAÍSES

BEXSERO ha sido autorizada a día de hoy en más de **39 países** en todo el mundo.³

6 PAÍSES

6 países han incluido Bexsero en su calendario Nacional de Inmunización: Andorra, Irlanda, Italia, Estados Unidos¹, Reino Unido y Lituania.^{4,9}



¹ Recomendaciones de categoría B, individuales a la decisión del médico prescriptor.

¿INFLAMACIÓN?

¿IRRITACIÓN?

¿DOLOR?

angileptol[®]

Al diablo con el dolor de garganta



ESP/BEX/0118/18a 10/2018



Sabor menta



Sabor menta-eucalipto



Sabor miel-limón

angileptol.es



ALFASIGMA
es.alfasigma.com

Ver ficha técnica en pág. 2

el farmacéutico

PROFESIÓN Y CULTURA



www.facebook.com/elfarmaceticorevista



@elfarma20



elfarmaceticorevista

www.elfarmacutico.es

Sumario

EF n.º 566

1 octubre 2018

12



Entrevista

Conversamos con Francisco Javier Guerrero, ex presidente de SEFAR, sobre el informe «Pérdida de Servicios Básicos en el Medio Rural y Despoblación» que la Sociedad presentó el pasado mes de junio.

18



Profesión

Nuestro sistema digestivo es la vía directa de entrada de un gran número de sustancias y microorganismos, principalmente a través de los alimentos, razón por la cual es primordial para la salud mantenerlo en condiciones óptimas.

32



Oncología para farmacéuticos

Hablar de cáncer supone abarcar más de 200 enfermedades con características epidemiológicas y clínicas distintas con un origen común: diferentes alteraciones que afectan al mecanismo de reparación celular.

5 **Editorial**
Desabastecidos
F. Pla

6 **Notifarma**

10 **Con firma**
Caminos paralelos
A.L. Rodríguez de la Cuerda

12 **Entrevista**
Francisco Javier Guerrero.
Ex presidente de la Sociedad Española de Farmacéuticos Rurales (SEFAR)
J. March

18 **Profesión**
Bienestar digestivo
J. Braun, A. Cuxart

26 **Profesión**
Dolor musculoesquelético
M.J. Díaz

32 **Oncología para farmacéuticos**
Bases genéticas del cáncer
J. Lladós

37 **Curso de atención farmacéutica al anciano frágil (dependiente)**
Tema 9. Depresión
E. Rivas, V. Rivas, N. Mielgo, B. Casas, R. Ramos, R. V. Solís

44 **Legislación**
Jubilación activa en la oficina de farmacia (y II)
F. A. Fernández Lucas

47 **Tribuna empresarial**
Farmacia: ¿vender, donar... o «fifty/fifty»?
J.A. Sánchez

49 **Pequeños anuncios**
Los anuncios de nuestros lectores

50 **Consulta de gestión patrimonial**
«Suplidos» y gastos reembolsables/Renta y ganancias patrimoniales
Farmaconsulting Transacciones, S.L.

52 **Vinos y libros**

57 **Ya viene el sol**
Josefa
M. Machuca

58 **Sin aristas**
Soledumbre
M. Donis

Linitul®

Apósito impregnado

El apósito que promueve la cicatrización de todo tipo de heridas



NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Linitul Apósito impregnado. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada gramo de mezcla de Linitul Apósito impregnado contiene: La fracción soluble de 18,5 mg de Bálsamo del Perú - 167,8 mg de Aceite de ricino. Excipientes: ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS:** **Indicaciones terapéuticas:** Linitul Apósito impregnado está indicado para promover la cicatrización de heridas, úlceras por presión (de decúbito) y úlceras varicosas. **Posología y forma de administración:** **Posología:** **Adultos:** Se utilizará la presentación de Linitul Apósito impregnado adecuada al tamaño de la zona afectada. El apósito se aplica cubriendo la zona afectada asegurándose que la piel está limpia y seca, procediéndose a su renovación cada 12 ó 24 horas, pudiendo mantenerse durante más tiempo si el tratamiento así lo exige. Si tras 15 días de tratamiento las lesiones empeoran o no mejoran se deberá reevaluar el estado clínico. **Población pediátrica:** No se dispone de datos. **Forma de administración:** Uso cutáneo. En la limpieza de la zona se puede utilizar suero salino. Para aplicar Linitul Apósito impregnado utilizar preferentemente unas pinzas previamente desinfectadas con alcohol. En las presentaciones unidas de Linitul Apósito impregnado (5,5x8, 9x15 y 15x25) hay que abrir el sobre tirando de las pestañas hasta el final y deslizar el apósito arrastrándolo sobre el aluminio para recoger la masa de impregnación, que de otro modo quedaría en las paredes del mismo. Apoyar el producto sobre la zona afectada, desdoblándolo si su tamaño lo requiere (presentaciones 9x15 y 15x25). Se debe cubrir el apósito con un vendaje protector. En el caso de Linitul Apósito impregnado 8,5 x 10, cerrar cuidadosamente la caja de poliestireno después de su utilización. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes incluidos en la *Lista de excipientes*. Dermatitis inflamatoria. Coágulos arteriales recientes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** No se debe utilizar sobre pieles acnéicas y grasas. Este medicamento puede producir reacciones en la piel porque contiene bálsamo del Perú. El bálsamo del Perú puede presentar en las personas sensibles, reacciones cruzadas con el bálsamo de Tolú y con algunos aceites esenciales utilizados como aromatizantes. Se requiere precaución en caso de deficiencia de hemoglobina o zinc y en caso de retraso de la cicatrización de la herida. **Advertencia sobre el componente Bálsamo del Perú:** Este medicamento puede producir reacciones en la piel porque contiene bálsamo del Perú. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No se han realizado estudios de interacciones. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** **Embarazo:** Algunos datos en mujeres embarazadas no han mostrado que los principios activos de este medicamento produzcan malformaciones o toxicidad fetal/neonatal. Antes de prescribir Linitul Apósito impregnado durante el embarazo se deberán considerar los beneficios potenciales del tratamiento frente a los riesgos potenciales. **Lactancia:** No se dispone de información suficiente relativa a la excreción de los principios activos de este medicamento en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Se deben considerar los beneficios potenciales del tratamiento frente a los riesgos potenciales antes de utilizar Linitul Apósito impregnado. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** La influencia de Linitul Apósito impregnado sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** Se tiene información sobre los siguientes efectos adversos, cuya frecuencia no se ha establecido con exactitud: **Trastornos del sistema inmunológico:** reacciones alérgicas, dermatitis de contacto. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** sensación de escozor en el lugar de aplicación. **Sobredosis:** Dada la forma farmacéutica, es improbable la ocurrencia de sobredosis. La ingestión accidental puede producir náuseas, vómitos, cólicos fuertes y diarreas. **DATOS FARMACÉUTICOS:** **Lista de excipientes:** Vaselina filante, Vaselina líquida, Cera de abejas, Parafina sólida, Tul. **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 30 °C. Mantener alejado del calor. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Ninguna especial para su eliminación. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasigma España, S.L. Avda. Diagonal, 490, 08006 Barcelona. **PRESENTACIONES Y PVP:** Linitul Apósito impregnado, 10 apósitos de 5,5 x 8 cm; 7,10 €. Linitul Apósito impregnado, 20 apósitos de 15 x 25 cm; 15,50 €. Linitul Apósito impregnado, 20 apósitos de 8,5 x 10 cm; 7,10 €. Linitul Apósito impregnado, 20 apósitos de 9 x 15 cm; 11,20 €. **Sin receta médica.** No reembolsable por la Seguridad Social. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2017.

Director emérito:

Josep M.ª Puigjaner Corbella

Director científico:

Asunción Redín (aredin@edicionesmayo.es)

Director:

Francesc Pla (fpla@edicionesmayo.es),

Redactor jefe:

Javier March (jmarsh@edicionesmayo.es)

Redacción:

Silvia Estebarán (sestebaran@edicionesmayo.es)

Mercè López (mlopez@edicionesmayo.es)

Dirección artística y diseño:

Emili Sagóls

Comité científico:M.J. Alonso, R. Bonet, J. Braun,
M.ª A. Calvo, M. Camps, A.M. Carmona,
A. Garrote, J. Guindo, J.R. Lladós, F. Llambí,
J. Oller, A. Pantaleoni, L. Puigjaner, I. Riu,
E. Sánchez Vizcaíno, J.M.ª Ventura,
M.ª C. Vidal Casero, M. Ylla-Catalá

Edita:

MAYO

www.edicionesmayo.es

Redacción y administración:

Aribau, 168-170 5.º. 08036 Barcelona

Tel.: 932 090 255

Fax: 932 020 643

comunicacion@edicionesmayo.es

Publicidad:**Barcelona:**

Aribau, 168-170 5.º.

08036 Barcelona. Tel.: 932 090 255

Mónica Sáez: msaez@edicionesmayo.es

Mar Aunós: maunos@edicionesmayo.es

Madrid:

López de Hoyos, 286.

28043 Madrid.

Tel.: 914 115 800

Fax: 915 159 693

Raquel Morán: raquelmoran@edicionesmayo.es

Depósito legal:

B. 10.516-84

ISSN 0213-7283

Suscripciones:

90,75 euros

Control voluntario de la difusión por

Tirada: 20.500 ejemplares

© Fotografías: 123RF.com

© Ediciones Mayo, S.A.

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



Desabastecidos

La sociedad desarrollada en la que vivimos nos proporciona multitud de productos y servicios que nos hacen la vida más cómoda. Muchos más de los que les ofrecía a nuestros padres. Incluso más de los que, hace apenas una década, nos ofrecía a nosotros mismos.

Esta evolución tan rápida y constante a menudo nos hace perder de vista que tanta comodidad no se consigue por arte de magia, y que es necesaria una infraestructura importante para que los productos y servicios estén a nuestra disposición, ya sea apretando el interruptor, clicando el teclado o yendo a la farmacia con nuestra receta.

Tanta facilidad hace que parezca imposible que las cosas puedan fallar, que nos quedemos sin luz, sin internet o sin nuestro medicamento, pero puede pasar, y a veces pasa.

El desabastecimiento de medicamentos, además, es un problema que va más allá de la pérdida de comodidad, ya que puede ocasionar perjuicios en la salud que pueden llegar a ser importantes. Cuando esta situación se produce, debemos preocuparnos más que cuando nos quedamos a oscuras o sin conexión para ver el partido de fútbol, por lo que debemos ocuparnos de encontrar soluciones, y sobre todo debemos exigir información clara y concisa a las fuentes oficiales.

El modelo farmacéutico del que disponemos proporciona una red muy eficiente de transmisores de información al paciente, pero para que eso funcione es preciso alimentar a esa red de farmacias de buena información. Las farmacias, si están bien nutridas de datos fiables, son un buen instrumento para poner freno a la rumorología que, en cuestiones de salud, puede llegar a ser mortal.

Una sociedad evolucionada no sólo debe exigir a los responsables de la fabricación de medicamentos y a las administraciones sanitarias que el desabastecimiento de medicamentos sea una rara excepción, sino también que, si se produce, están obligados a ofrecernos una información clara y exhaustiva de las circunstancias por las que se produce. En estas situaciones, el farmacéutico comunitario puede ejercer también su responsabilidad, que no es otra que la de aportar posibles soluciones con respecto a los tratamientos afectados, y la de poder informar del estado real de la situación para evitar la desinformación.

Aprovechar lo que tan a mano se tiene no debería ser tan complicado. ●

Francesc Pla



©Sebastian Kaulitzki/123RF

El Club de la Farmacia de Almirall celebra 15 años al servicio de los profesionales de la farmacia

El Club de la Farmacia, portal *online* de referencia para la farmacia española, de la compañía farmacéutica Almirall, celebró su 15 aniversario al servicio de la farmacia comunitaria española en un acto al que asistieron diversos representantes del sector farmacéutico. El evento tuvo lugar en la Real Academia de Farmacia de Cataluña, coincidiendo con el Día Mundial del Farmacéutico. En él se hizo un repaso de la historia del Club y su evolución a lo largo de los años, se habló sobre la transformación digital en el sector salud y se presentó la nueva web, que estará disponible en noviembre.

Plataforma profesional de referencia

El Club de la Farmacia se ha consolidado como la plataforma profesional de referencia para la farmacia comunitaria española. La cifra de socios, el consumo de contenidos en la web o el nivel de seguidores en las redes sociales permiten decir que se mantiene con muy buena salud, a pesar de los años. En estos 15 años, el Club de la Farmacia ha creado numerosos servicios e innovadores materiales de apoyo, desde *ebooks* y farmafichas hasta libros que forman parte de la biblioteca de muchas farmacias, como el libro de *Autoinspección* o *¡Despierta, Farmacia!* A nivel digital, el portal también cuenta con el canal Club TV con «Farmacias que innovan»,



De izquierda a derecha: Ignasi Martí (Almirall), Gemma Aliaga (Almirall), Aurélie Dheilley (Almirall), Dr. Pere Berga (vicepresidente de la Real Academia de Farmacia de Cataluña), Jesús Aguilar (presidente del CGCOF), Dr. Andreu Veà (ponente-Doctor Ingeniero en Telecomunicaciones), Luis Fernando Martín-Delgado (Almirall) y Albert Pantaleoni (Almirall)

una iniciativa que ha conseguido contar con un grupo de más de 30 farmacéuticos que explican y comparten su sueño profesional. Por otro lado, la revista *Innova*, que se creó como portavoz oficial de Almirall en la farmacia, tiene una periodicidad cuatrimestral y ya lleva más de 50 números publicados.



Andreu Veà, durante su conferencia

Transformación digital del sector salud

El evento contó con una charla inspiracional presentada por Andreu Veà, Doctor Ingeniero en Telecomunicaciones, experto en internet y transformación digital y cofundador de la Internet Society en España. En su ponencia abordó diferentes temas sobre la innovación aplicada al sector de la salud, haciendo soñar con un futuro que para algunos ya es presente. En palabras de Veà, «al igual que en otros sectores, la industria de la salud ha sufrido una transformación radical en los últimos años, y entre los grandes responsables de ese cambio se encuentra Internet». A lo que añadió: «Por ello, aprovechar las oportunidades que brindan las nuevas tecnologías para facilitar el trabajo a los farmacéuticos es casi una necesidad. Sumando sinergias se puede hacer del sector un mundo más colaborativo y globalizado, donde la información esté a nuestro alcance tan sólo con un clic».

Nueva web

El Club de la Farmacia aprovechó este acto para dar a conocer su nueva web, que estará disponible el próximo mes de noviembre. Entre las novedades que se incluirán en ella se encuentran: nuevas funcionalidades, una imagen renovada y mejoras a nivel de experiencia del usuario. Para llevar a cabo esta actualización se ha contado con la ayuda de farmacéuticos expertos en el campo digital que han contribuido a la creación de un espacio más práctico y actual.



Nace la red de farmacias LUDA para cubrir desabastecimientos y solucionar la compra *online*

La tecnología Luda ha desarrollado el sistema Internal Inquirer Manager (IIM), destinado a crear una red neuronal de farmacias, que colaboren entre sí y que permita, en tiempo real, conocer el lugar donde se encuentra un medicamento solicitado por un paciente, reduciendo el impacto del desabastecimiento, ayudando a comprar de forma mucho más eficiente y asesorado siempre por el farmacéutico.

Luda ha desarrollado un sistema autónomo, fácilmente integrable con las herramientas de gestión interna habitualmente implantadas en las farmacias, que permite encontrar un medicamento en otra botica cuando en la que se solicita no está disponible. Solucionar la entrega de los medicamentos sin receta a domicilio es otra de las funcionalidades de Luda.

Por el momento, Luda ha llegado a un acuerdo con la patronal Adefarma, la Asociación de Farmacéuticos de Madrid, y cuenta con la colaboración de FEFE, la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles.

El proyecto comenzó a germinar en septiembre de 2017, cuando dos emprendedores –Daniel de Carvajal y Luis Martín Lázaro– idearon una solución tecnológica



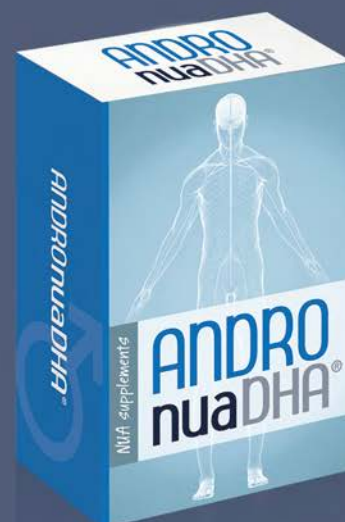
para hacer frente a los retos de la farmacia en España ante una consulta de la patronal de farmacéuticos de Madrid, Adefarma. Desde entonces, quedaron vinculados al desarrollo de la herramienta de Luda mediante el Dr. Rubén Martín, vicesecretario primer vocal de Adefarma, profesor asociado de la Facultad de Farmacia (Universidad Complutense de Madrid) y titular de farmacia comunitaria en Madrid.



 ludapartners.com

- Complemento alimenticio con **Omega-3**, selenio, zinc y antioxidantes.
- Diseñado específicamente para apoyar la **fertilidad masculina**.
- Efectos testados bajo **ensayo clínico**

nua
biological



900 103 368 · contacto@nuabiological.com
www.nuasupplements.com

De venta en farmacias, parafarmacias y herbolarios.

Innovación en la gama Aromalgic con las nuevas cápsulas articulaciones

El dolor articular es un síntoma bastante frecuente que dificulta el día a día de muchas personas. Para solucionar estos malestares osteomusculares, Pranarôm presenta una novedad para la gama Aromalgic.

Las Cápsulas Articulaciones Bio, formuladas con aceite esencial de hinojo, cardamomo y jengibre, ejercen tres acciones complementarias: alivian el dolor, reducen la inflamación y hacen posible una recuperación acelerada. Una de las características de las Cápsulas Articulaciones es que se pueden tomar tanto en el momento en que aparece el dolor o como opción preventiva.

Se complementan con el ya conocido Roll-on Aromalgic, que es de fácil aplicación, preciso y no graso. Tiene una rápida penetración en las zonas con rigidez muscular, agujetas o dolores agudos y crónicos, gracias a la acción mecánica de las bolas de masaje. Este automasaje estimula la microcirculación local, haciendo posible una penetración del principio activo rápida y localizada. Sus aceites esenciales de gaulteria, eucalipto azul, pino ponderosa y katrafay son conocidos por sus propiedades antiinflamatorias y analgésicas específicas para tratar el dolor osteomuscular.



www.pranarom.com

ArkoVital Pura Energía, un plus de vitalidad

Arkopharma presenta ArkoVital Pura Energía Ultra Energy, compuesto por plantas y frutos ricos en vitaminas y minerales de forma natural.

Se trata de la primera fórmula 100% vegetal, con 9 vitaminas, 5 minerales y 3 plantas medicinales. Aporta vitaminas B₂, B₆ y C, que ayudan a disminuir el cansancio y la fatiga, y su fórmula enriquecida en cafeína 100% vegetal ayuda a mejorar la concentración.



Es un complejo 3G, pues en su formulación incluye guaraná, ginseng y ginseng Siberiano, por lo que proporciona un plus de vitalidad, energía física y concentración.

ArkoVital Pura Energía Ultra Energy está disponible en farmacias y parafarmacias en un envase de 30 comprimidos con un precio aproximado de 13,90 €.



www.arkopharma.com/es-ES

Laboratorios PHB lanza el cepillo eléctrico PHB® Active Advanced

Laboratorios PHB® completa la familia PHB® Active con el lanzamiento del cepillo eléctrico recargable PHB® Active Advanced, ofreciendo una solución adecuada para cada persona.

El cepillo PHB® Active Advanced posee un cabezal rotacional que realiza 10.000 movimientos por minuto que proporcionan mayor eficacia en la eliminación de la placa bacteriana, especialmente en los espacios interdetales y la superficie interior de los dientes.

Active Advanced cuenta con 2 modos de cepillado, a elegir según las preferencias del usuario:

- Normal: permite máxima eficacia en la eliminación de la placa bacteriana para una correcta higiene bucal diaria gracias a sus 10.000 rpm.
- Sensitive: permite una limpieza bucal eficaz, eliminando la placa suavemente, respetando de este modo los tejidos bucales, gracias a sus 7.000 rpm.



Dispone, además, de un cabezal intercambiable de dureza media y un temporizador por cuadrantes que facilita el cumplimiento del tiempo del cepillado recomendado para una limpieza óptima.

El cepillo eléctrico PHB® Active Advanced se vende en farmacias y parafarmacias y tiene un PVP. Rec. de 37 €.



www.phb.es

La innovación en incontinencia urinaria llega al SNS de la mano de Bimedica

Bimedica ha incorporado novedades en su línea de productos para mejorar la calidad de vida de las personas que sufren incontinencia urinaria.

Concretamente, los ABS® Pants son los primeros pants testados clínicamente por dermatólogos que neutralizan el olor y son 100% transpirables. Los ABS® Elásticos incorporan un *Frontal Tape* diseñado especialmente para una excelente sujeción que permite reposicionar el velcro las veces que sean necesarias en la parte frontal. Asimismo, los ABS® Anatómicos incorporan dos adhesivos que mejoran la fijación del absorbente anatómico a la malla reusable. Finalmente, el ABS® Insert presenta nuevas características: doble absorción en un absorbente más delgado y anatómico, y un sistema de velcro que evita desplazamientos indeseados.



Finalmente, el ABS® Insert presenta nuevas características: doble absorción en un absorbente más delgado y anatómico, y un sistema de velcro que evita desplazamientos indeseados.



 abs.bimedica.com

ERGYOPTIM: favorecer la microcirculación

ERGYOPTIM es una sinergia fitomineral del Laboratorio Nutergia que asocia extractos vegetales especialmente seleccionados por sus propiedades beneficiosas sobre la microcirculación (ginkgo, grosellero negro) y sobre la salud ocular (mirtilo).

Los oligoelementos antioxidantes como el zinc y el selenio completan esta sinergia para potenciar el efecto antioxidante y protector en caso de problemas oculares (trabajo con pantalla, fatiga ocular...) o de fragilidad en la microcirculación.

Más información:
Tel.:943 459 102



 www.nutergia.es



Grande o pequeña que sea,
tu farmacia merece
expresar todo su potencial.

TH.KOHL
PHARMACY SOLUTIONS



Ángel Luis Rodríguez de la Cuerda

Secretario general de AESEG

“**Para poder hacer frente a los retos actuales en materia sanitaria (...), se hace imprescindible contar con un mercado de medicamentos genéricos fuerte y una farmacia comunitaria que lidere el SNS»**

Caminos paralelos

En España, la farmacia comunitaria no es una mera dispensadora de medicamentos. También presta cuidados de salud, servicios asistenciales e información, contribuyendo con ello al uso responsable de los medicamentos, a la mejora en el acceso a la atención sanitaria y a la promoción de la salud. No es de extrañar, por tanto, que desde la llegada de los medicamentos genéricos al sistema sanitario español el farmacéutico comunitario se convirtiera en su aliado natural y desempeñara un papel estratégico en su desarrollo. En un primer momento, liderando la labor de información a los usuarios; más tarde, ante una prescripción por principio activo, decidiendo en el acto de dispensación por qué denominación comercial optar.

Desde que sus caminos se cruzaron, la farmacia comunitaria y los medicamentos genéricos forman un tándem perfecto por las oportunidades de valor que aportan al Sistema Nacional de Salud (SNS) en términos de eficiencia, optimización de recursos, mejora de la calidad asistencial, generación de ahorros y cohesión.

Aprovechar su potencial conjunto como garantes de la sostenibilidad financiera del SNS y de la accesibilidad de los ciudadanos a los medicamentos requiere, sin embargo, una revisión de las medidas políticas y económicas en vigor, y, lo que es más importante, la definición de un marco estable que permita su desarrollo de forma viable.

Las medidas legislativas adoptadas desde el año 2010 para reducir el gasto público en medicamentos han estado dirigidas fundamentalmente a contener la oferta y reducir los precios de los fármacos. Este marco normativo ha desestabilizado los márgenes de las oficinas de farmacia, comprometiendo la viabilidad económica de muchas de ellas y poniendo en peligro la contribución al SNS.

Para poder hacer frente a los retos actuales en materia sanitaria, en un contexto de pacientes que viven más tiempo, que necesitan terapias crónicas y que esperan una mejor calidad de vida, se hace imprescindible contar con un mercado de medicamentos genéricos fuerte y una farmacia comunitaria que lidere el SNS. Es importante afianzar la alianza entre estos dos activos clave de nuestro sistema sanitario, y buscar fórmulas de colaboración que aporten valor a ambas partes.

Es preciso, por tanto, recuperar una normativa que establezca una diferencia de precio razonable y de una manera clara entre el medicamento genérico y los medicamentos de referencia con patente caduca durante un periodo acotado de tiempo, pero también avanzar en la utilización de la prescripción por principio activo como garantía de equidad, de control del gasto y de seguridad para el paciente, y poner fin al desarrollo de normativas autonómicas individuales diferentes a las establecidas por la administración central, contrarias a la aplicación de los conceptos de unidad de mercado, equidad e igual oportunidad de acceso al medicamento para el ciudadano, independientemente de la comunidad autónoma en la que resida (la falta de un buen acceso al tratamiento puede provocar otros gastos innecesarios al sistema).

Éstas son, sin embargo, sólo algunas de las iniciativas que favorecerían el óptimo desarrollo del mercado de medicamentos genéricos y la adecuada evolución de la farmacia comunitaria, y que contribuirían a mejorar la salud de la población y la calidad y eficiencia del sistema sanitario.

Hay oportunidades para que el modelo español de farmacia, reconocido a escala mundial por estar entre los que mayores garantías de calidad, accesibilidad y prestaciones ofrecen a los ciudadanos, continúe siéndolo. ●

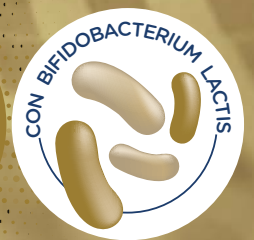
Ahora más completa que nunca

Novalac

PREMIUM **Plus**



FÓRMULA
MEJORADA



FÓRMULA INFANTIL
ELABORADA POR
EXPERTOS

www.novalac.es

Aviso importante: la leche materna es el mejor alimento para el lactante.

ferrero

Entrevista



Francisco Javier Guerrero García

Coordinador del informe «Pérdida de Servicios Básicos en el Medio Rural y Despoblación», elaborado por la Sociedad Española de Farmacia Rural (SEFAR). Socio fundador y expresidente de la SEFAR

“**Por su número de oficinas de farmacia, y por su mayor ruralidad, Castilla y León es la comunidad más afectada por la pérdida de servicios básicos de asistencia sanitaria, aunque este problema, al igual que ocurre con el de la despoblación, afecta a zonas de todo el país»**

«Es fundamental mantener y mejorar los servicios públicos básicos que se ofrecen en el medio rural, siendo la prestación farmacéutica uno de ellos»

Texto: **Javier March**

Tras 8 años en el cargo, Francisco Javier Guerrero dejó de ser presidente de la SEFAR el pasado mes de marzo, pero sigue estrechamente vinculado a ella. Su compromiso con la farmacia rural le ha llevado a encargarse de la coordinación del informe «Pérdida de Servicios Básicos en el Medio Rural y Despoblación», que la SEFAR presentó en junio y con el que pretende lanzar un nuevo mensaje de alerta «ante la degradación de los servicios públicos en el medio rural», poniendo el foco en la prestación farmacéutica. Conversamos con él sobre este informe.

— Este mes de junio, la SEFAR presentó el informe «Pérdida de Servicios Básicos en el Medio Rural y Despoblación». ¿Por qué en este momento? ¿Ha cambiado la situación respecto a estos últimos 5 años?

— La presentación de este informe responde a la línea de trabajo establecida hace algunos años, mediante la cual pretendemos dar respuesta a la situación de inviabilidad de determinados establecimientos por cuestiones meramente económicas y debidas exclusivamente a una mala ubicación, así como replantear unos criterios homogéneos de retribución que no responden a la singularidad de las farmacias rurales ni a la importancia que éstas tienen en aspectos tan relevantes como la equidad y universalidad en el acceso a la prestación farmacéutica que ofrece el conjunto de la red de oficinas de farmacia. Este informe pre-

MARTI
DERM
LA FORMULA

ACNIOVER

LIBÉRATE
DE LOS GRANOS
EN 3 PASOS

yquehagoconesto.com



#YQueHagoConEsto

f martiderm

t @martiderm

ig @martiderm

www.martiderm.com

«Es fundamental mantener y mejorar los servicios públicos básicos que se ofrecen en el medio rural, siendo la prestación farmacéutica uno de ellos»

tende ser el colofón a esta línea de trabajo, ofreciendo soluciones a esta problemática, impropia de un modelo de prestación altamente regulado como el que nos ocupa, y ampliando la visión más allá de su carácter sectorial, ya que, de fondo, no deja de ser parte del problema que afecta al conjunto de servicios públicos en el medio rural, resultando determinante en el fenómeno de la despoblación. El momento temporal de su publicación es, por tanto, anecdótico, y no responde a ningún tipo de estrategia.

– Repasemos un poco los datos. Según el informe, hay una bolsa de 976 farmacias en situación de viabilidad económica comprometida (VEC), y el 92% de ellas están en el medio rural. ¿Cree que la definición de farmacia VEC es adecuada? ¿Estas cifras van en aumento?

– Como indicamos en el informe, el criterio VEC supone un punto de partida, pero resulta insuficiente. Según los últimos datos disponibles, el número parece disminuir, pero esto puede responder a diversos factores, como lo exiguo de las cantidades a percibir, la escasa repercusión de éstas sobre el balance final de la actividad, o incluso el cierre de oficinas de farmacia (20 definitivos sólo el año pasado); en cualquier caso, lo que sí creo que está claro a estas alturas es que el mecanismo no está ofreciendo respuestas al objetivo pretendido con su implementación, y que no puede ser otro que garantizar la prestación farmacéutica en determinados entornos como el rural.

– ¿En qué comunidades autónomas es más acuciante el problema?

– Por número de oficinas de farmacia, y por la mayor ruralidad de esta comunidad autónoma, Castilla y León es la más afectada, aunque, al igual que con el problema de la despoblación, esta cuestión afecta a zonas de todo el país, a pesar de que tenga una mayor incidencia en 22 de las 50 provincias.

– Parece que la solución al problema de las farmacias rurales pasa por el mantenimiento y mejora de los servicios públicos básicos del medio rural. ¿Qué significa esto exactamente?

– El problema presenta varias soluciones posibles, y a estos establecimientos les ayudaría enormemente la consideración real y efectiva de que, con independencia del carácter privado del establecimiento, la prestación farmacéutica constituye un servicio público básico, en ocasiones el único de carácter sanitario presente de forma permanente en la localidad. La despoblación es un problema que afecta gravemente al medio rural, y para luchar contra ella hay que contribuir a crear un ecosistema adecuado que permita fijar la población, por lo que resulta fundamental mantener y mejorar los servicios públicos básicos que se ofrecen, siendo la prestación farmacéutica uno de ellos.

– El informe define un nuevo concepto de farmacias, el de las «farmacias esenciales», que serían imprescindibles para el mantenimiento de la prestación farmacéutica. ¿Cuáles son estas farmacias? ¿Están contabilizadas?

– Nuestra labor con este informe no es otra que ofrecer fundamentos y conceptos que sustenten la continuidad de un servicio público básico en el medio rural en condiciones óptimas de prestación. Para ello, entendemos necesario establecer una diferenciación que recoja la singularidad de estos establecimientos y de los entornos en los que están radicados. De ahí la necesidad de rescatar la figura de «farmacia esencial», proveniente del término anglosajón *Essential Small Pharmacies* (ESP). Apoyándonos en criterios de ubicación y facturación, una farmacia esencial sería toda aquella que, según la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, de Desarrollo Sostenible del Medio Rural, esté ubicada en una zona rural prioritaria a efectos de aplicación de los Planes de Desarrollo Rural Sostenible (PDRS), y que cumpla, a su vez, los requisitos económicos que en cada momento se determinen para ser reconocida como en situación de «viabilidad económica comprometida».

“**La despoblación es un problema que afecta gravemente al medio rural, y, para luchar contra ella, hay que contribuir a crear un ecosistema adecuado que permita fijar la población»**

– En el anexo II del informe se incluye una propuesta de modificación del RD 823/2008 con el objeto de revertir la situación precaria de las farmacias esenciales. ¿Cuál es la idea básica de esta propuesta?

– La idea básica es la que hemos defendido desde un principio, y no es otra que la de que estas oficinas de farmacia puedan cubrir gastos y alcanzar unos ingresos netos equivalentes al sueldo de un farmacéutico de atención primaria. Somos conscientes de que este planteamiento nos aleja de visiones y objetivos empresariales, acercándonos a la figura del «funcionariado», algo que quizá pueda ser criticado, pero que creemos responde mejor a lo que debería ser la figura del farmacéutico rural, con un estatus propio y definido dentro del sistema sanitario público, no sólo desde un punto de vista salarial, sino también en cuanto a los servicios que debería prestar una vez cubierto este déficit que pone en cuestión la viabilidad de la prestación en estos entornos.

¿Cansada de estar cansada?

Floradix® Hierro + Vitaminas

- Gluconato ferroso
- Vitaminas C, B₁, B₂, B₆, B₁₂
- Extracto acuoso de 7 plantas
- Jugos de 9 frutas diferentes
- Levadura y germen de trigo

El hierro ayuda a disminuir el cansancio y la fatiga

La fórmula de Floradix está especialmente diseñada para optimizar la absorción del hierro, a esto contribuyen tanto los ácidos de los jugos de frutas como la vitamina C.

El preparado Floradix ha sido formulado pensando en su tolerancia. La absorción del gluconato ferroso es muy buena por lo que no quedan restos de mineral en el intestino que provoquen malestar estomacal o estreñimiento. Ésto se consigue gracias a los diversos extractos de plantas que aportan un efecto digestivo.



Floradix 250 ml - C.N. 326850.9
Floradix 500 ml - C.N. 326843.1



También disponible
en comprimidos



Floradix 84 comprimidos - C.N. 152008.1

Versión para celíacos



Floravital 250 ml - C.N. 152809.4

Medidas para una solución

En el informe de la SEFAR se plantean una serie de medidas que, según dicen, permitirían eliminar el déficit que el sistema retributivo generalista mantiene con las farmacias ubicadas en el medio rural. Estas medidas van desde la inclusión de las oficinas de farmacia esenciales en las Directrices Estratégicas Territoriales de Ordenación Rural (DETOR), hasta la declaración de Obligación de Servicio Público (OSP) y las convocatorias especiales, pasando por establecer mecanismos de redistribución interna.

«Partimos de la idea base —explica Francisco Javier Guerrero— de que la prestación farmacéutica es un servicio público básico, y que su prestación en el medio rural impregna al conjunto de la red de oficinas de farmacia de elementos imprescindibles e irrenunciables en nuestro sistema sanitario público, como son la equidad y universalidad en el acceso al mismo [...]. Al mismo tiempo —continúa—, esta prestación sanitaria es básica en el medio rural, pero cuando revisas las DETOR, que sirven de guía para elaborar los Planes de Desarrollo Rural Sostenible (PDRS), entre las carencias sanitarias de los entornos rurales no aparece la situación de sus oficinas de farmacia, un error de omisión que podemos atribuir al desconocimiento de su situación. La inclusión de estas oficinas de farmacia rurales en las directrices y en los PDRS favorecería la canalización de fondos que paliasen o resolviesen definitivamente esta problemática.»

Guerrero continúa con su reflexión: «Podemos pensar que, al ser un servicio público concertado con empresarios privados, esta vía no es posible, pero existen elementos y figuras legislativas como la OSP que establecen la necesidad de ofrecer un determinado servicio público (transporte en este caso) en zonas donde *a priori* no resulta rentable, garantizando que el operador cubra sus costes de explotación y obtenga, a su vez, unos beneficios razonables. Esto



es algo que ya debería ser inherente a la propia regulación legal de la oficina de farmacia, pero, aunque resulte contraproducente e incongruente con la misma, la continuidad del servicio queda en manos de su rentabilidad económica, en lugar de en los criterios asistenciales que dan origen y legitimidad a eso que llamamos Modelo».

Sobre las convocatorias especiales, el expresidente de la SEFAR comenta que «son subvenciones puras y duras para garantizar determinados servicios en zonas donde no son rentables, y citamos como ejemplo la instauración de la banda ancha en zonas de difícil acceso o no rentables, sufragada con subvenciones a fondo perdido y anti-

padadas con cargo a los fondos FEDER».

Por último, con respecto a los mecanismos de redistribución interna, explica que «hacen referencia al instaurado con el RDL 09/2011, que a su vez actúa sobre el RD 05/2000 y el RD 823/2008 a través de las escalas, haciendo que, en función de la facturación de la oficina de farmacia, unas aporten al sistema y otras reciban de él, siendo necesario ajustar en estas últimas por la escasa cuantía y lo poco que contribuye al objetivo de fortalecimiento y cohesión de la red, así como a la universalidad y equidad en el acceso a la prestación».

«Como puede verse —concluye Guerrero—, creo que hay suficientes líneas de trabajo para ofrecer respuestas a este problema de continuidad de la prestación en condiciones óptimas, sobre todo teniendo en cuenta que las cantidades necesarias para alcanzar este objetivo tendrían una incidencia inapreciable en estas grandes partidas de gasto. Solucionar esta situación no puede representar un problema económico; es más un error de concepto del Modelo de prestación, al que se suma una falta de conocimiento que permita asumir su realidad dándole respuestas y haciéndola, en definitiva, viable, asumible y creíble.»

– La SEFAR denuncia el incumplimiento de dos mecanismos simultáneos de protección: la Ley 45/2007 de Desarrollo Sostenible del Medio Rural, y la propia regulación o modelo de distribución de oficinas de farmacia. ¿Por qué?

– Comenzando por el final, el modelo de distribución de oficinas de farmacia, que contraviene algo básico en nuestro entorno económico como el libre establecimiento, se basa en la necesidad de universalidad de la prestación, y surge ante el establecimiento o concentración en zonas rentables y la falta de servicio en las que no lo eran. Fruto de ello surgió el «Mo-

delo», que entra en contradicción cada vez que cierra una oficina de farmacia por cuestiones económicas, más aún en el entorno rural, al contravenir el objetivo asistencial de su apertura. Atendiendo a los criterios fijados en la Ley 45/2007, ésta fija entre sus objetivos la apuesta por el mantenimiento y mejora de los servicios públicos, especialmente en las zonas catalogadas como prioritarias a efectos de la aplicación de los Planes de Desarrollo Rural Sostenible, y es aquí donde entraría la situación de las farmacias rurales, garantes de este servicio público, y cuya situación se deja a un lado en los PDRS.

– **¿Los botiquines farmacéuticos son parte de la solución?**

– Los botiquines farmacéuticos son, por definición, elementos coyunturales, no estructurales, por tanto ofrecen soluciones temporales a problemas puntuales y no deben considerarse como una solución generalizada. Al legislador corresponde decidir qué dotación de servicios debe llevar cada zona pero, obviamente, un botiquín no presta el mismo servicio que una oficina de farmacia.

– **¿Qué recorrido cree que va a tener este informe? ¿A quién se lo han hecho llegar?**

– Quién sabe. Aunque tal vez resulte un tanto inmodesto, este informe ofrece un análisis serio y riguroso de la situación, y plantea vías de trabajo para garantizar la prestación en estos entornos. Nuestro deseo sería que los representantes del sector a escala provincial, autonómica y nacional viesen en él una herramienta adecuada para reclamar una solución a esta situación, ya sea asumiendo o mejorando sus contenidos. Cuando hicimos el lanzamiento, los hicimos partícipes del mismo y recibieron un ejemplar en versión digital. Nuestra intención es hacerlo llegar a los diferentes estamentos políticos y administraciones públicas del ámbito sanitario, y hacer lo propio con los estamentos relacionados con el medio rural por la doble vertiente que este problema presenta.

– **¿Se sienten olvidados por sus compañeros de profesión que no ejercen en el mundo rural?**

– No les culpo. Cada cual vive su realidad, y es difícil tener percepciones diferentes a la tuya si no las vives. Como en otros órdenes de la vida, si primase una visión global y colectiva sobre la individual, podrían apreciarse las connotaciones negativas que la situación actual de estas oficinas de farmacia ofrece sobre el Modelo, y tal vez así sería más fácil tomar conciencia del problema y ponernos, en serio, a plantear soluciones.

– **El informe comienza con esta frase de Tamara Balboa, del Centro de Desenvolvimento Rural Portas Abertas (Ourense): «Din que non pode haber servizos porque non hai xente, e a xente do meu arredor di que vai acabar marchando porque non hai servizos. É un círculo vicioso». ¿Es optimista? ¿Podrán salir las farmacias rurales de este «círculo vicioso»?**

– Siempre hay que ser optimista, pero, lamentablemente, y a pesar de que existe una base fuerte que sustenta nuestras reclamaciones, en este progresivo y continuo proceso de degradación el tiempo es nuestro peor aliado. Sólo la asunción del problema y una visión colectiva y generalizada del mismo puede ofrecernos la oportunidad de revertir la situación. Los que ejercemos en el medio rural tenemos la obligación y la responsabilidad de seguir insistiendo en ello, porque sólo nosotros conocemos de primera mano la situación, pero el apoyo del resto del sector vendría muy bien, y no digamos el de entidades y administraciones relacionadas con el medio rural. ●

PRANAROM

AROMATERAPIA
CIENTÍFICA



Alivia
rápidamente*

INNOVACIÓN AROMALGIC

Cuida de manera
natural tus **músculos**
y **articulaciones**

Gracias a los **aceites esenciales**
100% puros y naturales

con aceites esenciales
100% puros y
naturales

VENTA EN FARMACIAS

* Estudio clínico de la eficacia de Aromalgic roll-on, realizado bajo control médico con 100 pacientes a partir de 6 años de edad.

Profesión

Joaquim Braun,
Alba Cuxart

Farmacéuticos comunitarios

“**El primer paso para disfrutar de una buena salud digestiva es conseguir un buen balance y funcionalidad de la microbiota autóctona»**

Bienestar digestivo

Nuestro sistema digestivo es la vía directa de entrada de un gran número de sustancias y microorganismos, principalmente a través de los alimentos, razón por la cual es primordial para la salud mantenerlo en condiciones óptimas.

El primer paso para disfrutar de una buena salud digestiva es conseguir un buen balance y funcionalidad de la microbiota autóctona, es decir, el conjunto de microorganismos que habitan en el tracto gastrointestinal ejerciendo funciones metabólicas y protectoras, consiguiendo, de esta manera, una relación mutualista con nuestro organismo (tabla 1)¹.

Los efectos beneficiosos que ejerce nuestra microbiota autóctona se pueden ver alterados por un desequilibrio en el ecosistema microbiano, trastorno también conocido como disbiosis. El origen de tal desequilibrio puede ser muy diverso¹:

- Reducción del número total de bacterias o pérdida de ciertas especies microbianas beneficiosas.
- Sobrecrecimiento de ciertos microorganismos o colonización del tracto gastrointestinal por parte de bacterias que no se encuentran habitualmente en él.
- Procesos autoinmunitarios e inflamatorios.





La tranquilidad que ofrece un probiótico con amplio aval científico



La combinación ganadora para el intestino

El uso de probióticos puede mejorar la calidad de vida de los pacientes con trastornos digestivos.

Vivomixx® contiene una combinación de **8 cepas bacterianas** en concentraciones muy elevadas que restauran el equilibrio de la microbiota intestinal:

L. paracasei DSM 24733, *L. acidophilus* DSM 24735, *L. delbrueckii ssp. bulgaricus* DSM 24734, *L. plantarum* DSM 24730, *B. breve* DSM 24732, *B. longum* DSM 24736, *B. infantis* DSM 24737, *S. thermophilus* DSM 24731.

El uso combinado de estas cepas está **avalado por más de 60 estudios clínicos realizados en pacientes con colitis ulcerosa, reservoritis y síndrome de intestino irritable, entre otros.**

Miles de especialistas de todo el mundo ya lo han probado.

112 MIL MILLONES DE BACTERIAS VIVAS LIOFILIZADAS POR CÁPSULA

1,12 x 10¹¹ ufc

CN:1803375



450 MIL MILLONES DE BACTERIAS VIVAS LIOFILIZADAS POR SOBRE

4,5 x 10¹¹ ufc

CN:1803382

Conservación de 2 a 8°C

- ✓ Sin gluten
- ✓ Sin lactosa
- ✓ Sin proteínas de soja ni de la leche

Para cualquier consulta técnica contactar con atencionclientes@grifols.com

GRIFOLS

Tabla 1. Funciones de la microbiota autóctona en el aparato digestivo¹

Funciones metabólicas	Funciones protectoras
Promueven el aprovechamiento de nutrientes no digeribles → degradan componentes de la dieta y los transforman en sustancias absorbibles.	Constituyen la barrera microbiológica de defensa de las cavidades orgánicas → impiden el asentamiento de microorganismos foráneos sobre la mucosa intestinal.
Generan nutrientes esenciales, como vitaminas y algunos aminoácidos.	Interaccionan con las células epiteliales del intestino → fortalecen las uniones estrechas entre células y promueven su funcionalidad.
Contribuyen a la estimulación del peristaltismo intestinal.	Participan en el mantenimiento de la funcionalidad del sistema inmunitario asociado al intestino.

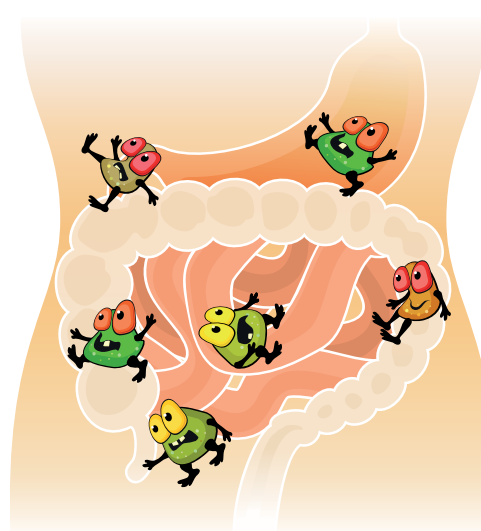
Así pues, la capacidad de mantener un buen balance microbiano se considera primordial tanto para la prevención como para el tratamiento de todo tipo de trastornos digestivos. Como farmacéuticos, no podemos evitar pensar en los probióticos^a cuando se nos presenta un posible caso de disbiosis. Su indicación fundamental es la estimulación y el refuerzo de la flora saprófita y la recolonización de la flora intestinal durante o después de la antibioterapia². Además, ejercen otras funciones relevantes como la producción de enzimas que facilitan la digestión, enzimas y péptidos antimicrobianos, y actúan como competidores por la colonización del intestino con los microorganismos patógenos inhibiendo su crecimiento^{3,4}.

Las especies más usadas como probióticos son *Lactobacillus*, *Bifidobacterium* y *Saccharomyces*, cuyas cepas se encuentran en estudio permanente para ampliar el conocimiento de sus propiedades y abundar en su grado de eficacia.

El empleo de probióticos asociados a antibióticos de amplio espectro favorece el control de la diarrea consiguiendo la reducción del riesgo de enfermedad, una menor sintomatología, la recuperación más rápida y el aumento del tiempo entre recurrencias^{3,5}.

En este mundo cada vez más globalizado, merece una mención especial la reciente aplicación de los agentes probióticos en uno de los trastornos más frecuentes entre las personas que viajan a regiones subdesarrolladas o en vías de desarrollo: la diarrea del viajero⁶. Actualmente es necesaria más evidencia científica en cuanto a diferentes cepas probióticas, tipos de pacientes, dosis, agentes causantes de la diarrea, etc., y se están llevando a cabo estudios para demostrar su eficacia no sólo en prevención sino también como tratamiento⁶.

También debemos recordar que la toma de prebióticos^b ejerce un efecto beneficioso sobre nuestra microbiota intestinal y promueve la proliferación de las cepas probióticas en el intestino del hospedador³. Los podemos encontrar en



“ **La modificación de los hábitos de vida y una alimentación saludable son esenciales para el tratamiento de todo tipo de trastornos gastrointestinales** »

diversos alimentos en forma de carbohidratos no digeribles o fibra y también en forma de suplementos.

Por otro lado, cabe considerar que la salud digestiva es un reflejo de nuestro estilo de vida. A menudo la mala alimentación y las situaciones de estrés son causantes de irregularidades y dolencias diversas, razón por la cual debemos conocer nuestro aparato digestivo y los hábitos saludables que juegan a su favor.

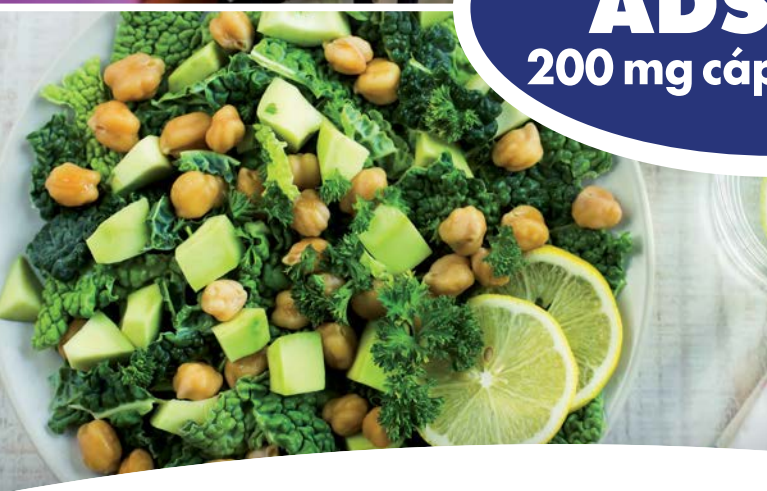
Entre las dolencias gastrointestinales más comunes de consulta en farmacias se encuentran la acidez de estómago o pirosis, el estreñimiento y la dispepsia. Se estima que alrededor de un 30-40% de la población de nuestro país sufre síntomas intermitentes de pirosis, mientras que la prevalen-

^aRecordemos que los probióticos son suplementos alimentarios microbianos vivos (de origen bacteriano o levaduras) que confieren un beneficio a la salud del huésped a través de la mejora de su balance microbiano intestinal^{4,5}.

^bIngredientes alimentarios no digeribles que producen una estimulación selectiva del crecimiento y/o de la actividad de un número limitado de especies de microorganismos de nuestra microbiota intestinal.



**ULTRA
ADSORB**
200 mg cápsulas duras



ALIVIO SINTOMÁTICO de los GASES
"AEROFAGIA, METEORISMO, FLATULENCIA"
Actúa adsorbiendo partículas de gas intestinal.

CONTROLA el proceso DIARREICO
Inactiva toxinas y microorganismos en el tracto
intestinal mediante un proceso físico de adsorción.



ANTIDIARREICO / ANTIFLATULENTO

Lea las instrucciones de este medicamento y consulte al farmacéutico.



LAINCO, S.A.

Avda. Bizet, 8-12, 08191 - RUBI (Barcelona) | Tel.: 93 586 20 15 | Fax: 93 586 20 16
E-mail: lainco@lainco.es | www.lainco.es

angileptol®

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

Tabla 2. Medidas higiénico-dietéticas para un buen funcionamiento del aparato digestivo

- Seguir una dieta sana y equilibrada basada en frutas y verduras frescas, legumbres, cereales con fibra...
- Practicar ejercicio físico diario acorde con las condiciones físicas individuales.
- Evitar las comidas copiosas o ricas en grasas y el alcohol, y reducir las bebidas con cafeína.
- Beber abundante agua, alrededor de 2 litros diarios.
- Comer con tranquilidad y masticar bien los alimentos para facilitar la digestión; no acostarse inmediatamente después de comer.
- Respetar los horarios de comida, no abusar del *fast food*...
- No fumar.
- Ir al baño cada día a la misma hora.
- Evitar el estrés.

cia de síntomas de estreñimiento en países desarrollados es de aproximadamente un 20% en la población adulta (ele- vándose hasta un 40% en individuos mayores de 65 años)^{2,7}. En cuanto a la dispepsia, se considera uno de los problemas de salud más importantes en atención primaria y afecta principalmente a adultos de más de 40 años de edad².

Ante este tipo de consultas, en la farmacia comunitaria es fundamental persuadir al paciente de la importancia de ciertas medidas higiénico-dietéticas como primera opción terapéutica (tabla 2). La modificación de los hábitos de vida y una alimentación saludable son esenciales para el tratamiento de todo tipo de trastornos gastrointestinales.

Los remedios a base de plantas son un recurso eficaz para tratar irregularidades digestivas puntuales»

En casos de diarrea, es fundamental mantener una adecuada ingesta de líquidos mediante la utilización de soluciones de rehidratación oral (SRO) para revertir la deshidratación y conseguir la reposición de electrolitos.

Asimismo, los remedios a base de plantas son un recurso eficaz para tratar irregularidades digestivas puntuales:

- Hinojo y anís estrellado para flatulencias.
- Diente de león y boldo para dispepsia.
- Jenjibre para acidez de estómago, náuseas y vómitos.
- Plantago, cáscara sagrada y sen para estreñimiento.
- Cardo mariano y alcachofera para alteraciones hepatobiliares.
- Plantas con taninos y mucílagos para la diarrea. ¡Reponer agua y electrolitos!

- Regaliz para facilitar la digestión y proteger la mucosa gástrica.
- Cúrcuma como antiinflamatorio, para facilitar la digestión y reducir la acidez.
- Melisa, hinojo y manzanilla para aliviar el ardor y la pesadez de estómago.

Estudios recientes demuestran los beneficios del carbón activado en el tracto digestivo gracias a su capacidad para adsorber sustancias químicas, microorganismos y gases⁸. Por sus propiedades fisicoquímicas se puede usar como antidiarreico y antiflatulento. Como antidiarreico actúa fijando, físicamente, las sustancias responsables de la disentería, inactivando, de esta manera, toxinas y microorganismos. El agente causal se elimina por vía fecal. En cuanto a la acción antiflatulenta, el carbón activado adsorbe las partículas de gas que son expulsadas posteriormente por mecanismos físicos de arrastre.

Es importante prestar especial atención a los síntomas persistentes, ya que podrían estar asociados a patologías más severas como úlceras, intolerancias o alergias alimentarias, síndrome del intestino irritable, enfermedad de Crohn o algunos tipos de cáncer. En estos casos, se recomienda acudir a un especialista para iniciar el tratamiento más conveniente. ●

Bibliografía

1. Pérez-Cano FJ, Suárez Fernández E. Curso Online. Microbiota autóctona, probióticos y prebióticos. Abordaje en farmacia comunitaria. Tema 1: Microbiota autóctona. Generalidades. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), 2015.
2. Moreno González A, Delpón Mosquera E, Arias Caballero A, Benedi González J. Especialidades Farmacéuticas Publicitarias. Módulo I. Plan Nacional de Formación Continuada. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. 2001.
3. Pérez-Cano FJ, Suárez Fernández E. Curso Online. Microbiota autóctona, probióticos y prebióticos. Abordaje en farmacia comunitaria. Tema 2: Generalidades sobre probióticos, prebióticos y simbióticos. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), 2015.
4. Girardin M, Seidman EG. Indications for the use of probiotics in gastrointestinal diseases. Dig Dis. 2011; 29 (6): 574-587. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22179214>
5. Guarino A, Guandalini S. Probiotics for Prevention and Treatment of Diarrhea. J Clin Gastroenterol. 2015; 49 (1): S37-45. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26447963>
6. Pérez-Cano FJ, Suárez Fernández E. Curso Online. Microbiota autóctona, probióticos y prebióticos. Abordaje en farmacia comunitaria. Tema 4: Uso de probióticos en el adulto. Futuras aplicaciones. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), 2015.
7. López Pintor E. Actualización en el manejo de la acidez desde la farmacia comunitaria (I). Jornada Nacional SEFAC 2017. El Club de la Farmacia. Disponible en: www.clubdelafarmacia.com/clubfarmatv/?v=0_ugxlg7u
8. Carbon activado. MedlinePlus. Documento revisado 23/05/2018. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/natural/269.html>

ERGYPHILUS



Confianza y eficacia

Experiencia
clínica
e Innovación

Desde hace
más de
20
años



Sin gluten, sin sílice, sin dióxido de titanio, sin soja.

- Fórmulas sinérgicas con cepas seleccionadas.
- Cepas vivas, idénticas a las naturalmente presentes en la microbiota.
- Resistencia a la acidez gástrica garantizada.*
- Adhesión a la mucosa intestinal demostrada.*

El consumo de complementos alimenticios no puede sustituir un tratamiento médico. Disponibles en establecimientos dedicados a la salud.

Nutergia
LABORATORIO



Fórmulas sinérgicas únicas con *Lactobacillus rhamnosus GG*. Únicamente la cepa *Lactobacillus rhamnosus GG* - Cepa patentada Valio Ltd, Finlandia - demostró su eficacia sobre la inmunidad y los terrenos alérgicos.

Conservar el producto a + 4°C para garantizar el contenido en lactobacilos y en bifido bacterias hasta la fecha límite de consumo.
*Tests *in vitro* realizados con productos Eryphilus por un laboratorio independiente.

Más info

nutergia.es

Paseo de Francia, 14
20012 Donostia - San Sebastián
Tel: 943 459 102 - Fax: 943 465 102
informacion@nutergia.es

Consulte nuestra web
Att. telefónica 943 459 102
Síguenos en facebook

Déficit de magnesio y estrés, un círculo vicioso

El magnesio es esencial para el correcto funcionamiento de nuestro organismo. Son muchos los beneficios atribuibles a este mineral, entre otros contribuye a disminuir el cansancio y la fatiga, al funcionamiento normal del sistema nervioso y de los músculos y al metabolismo energético normal.

En España, el Real Decreto recomienda un aporte total de magnesio de 375 mg diarios para los adultos. «Es esencial porque participa en más de 300 reacciones bioquímicas de nuestro cuerpo», comenta Alberto Marfil García, licenciado en Ciencias Químicas y farmacéutico en Pamplona.

Una alimentación equilibrada es, de hecho, la mejor garantía para conseguir los aportes diarios necesarios de este mineral. Pero, en determinadas ocasiones, no basta y es cuando se puede recurrir a complementos alimenticios. La Agencia Europea de Seguridad Alimentaria ha establecido en 250 mg al día el nivel máximo de ingesta admisible para las sales disociables utilizadas como fuente de magnesio en los complementos alimenticios.

Pero, ¿cuáles son las causas de un déficit de magnesio? Dietas insuficientes o desequilibradas, la práctica de ejercicio físico intenso o la exposición a altos niveles de estrés pueden generar déficit de magnesio.

Es especialmente interesante la relación entre el estrés y el déficit de magnesio. Marfil explica que «ante una situación de estrés, las glándulas suprarrenales liberan adrenalina que genera una entrada de calcio en la célula y, al mismo tiempo, una salida de magnesio. A su vez, este déficit de magnesio aumenta la sensibilidad al estrés, lo que convierte la relación entre estrés y magnesio en un verdadero círculo vicioso». «Esto pasa sea cual sea el tipo de estrés: agudo o crónico, por tensión emocional o por un esfuerzo físico intenso», añade Marfil.

Esta relación viciosa entre estrés y magnesio nos pasa factura: se experimenta fatiga, cansancio, pero también «hiperreactividad al estrés y, además, signos neuromusculares como contracturas, hormigueos o fasciculaciones musculares, por ejemplo, en el párpado», comenta Alberto Marfil. Su recomendación para pacientes con estrés es «combinar el tratamiento farmacológico con un complemento de magnesio para suplir este déficit y favorecer la recuperación del paciente», indica.



“ Los pacientes con estrés pueden combinar el tratamiento farmacológico con un complemento de magnesio »

«En el caso de estrés, a la hora de recurrir a un complemento alimenticio con magnesio, es importante que la fórmula incluya vitaminas como las del grupo B y PP necesarias, como la B6, para las principales vías metabólicas que intervienen en la producción de energía y para el correcto funcionamiento del sistema nervioso», comenta Marfil.

En definitiva, el magnesio es un mineral «fundamental y que puede ser de gran ayuda en muchas situaciones del consejo farmacéutico, más en concreto en situaciones de estrés», concluye este profesional.

Magnesium DUO



SÁLTATE LA FATIGA*



SÁLTATE LA FATIGA CON MAGNESIUM DUO*

MAGNESIUM DUO es un complemento alimenticio con una fórmula única que combina 2 sales de magnesio, las vitaminas B, PP, E y Selenio.

*El magnesio contribuye a disminuir la fatiga.
Magnesium DUO es un complemento alimenticio.
No debe tomarse como sustituto de una dieta equilibrada.
Lea la información contenida en el estuche antes de tomarlo.

www.magnesiumduo.es



BOIRON®
www.boiron.es

Profesión

M.^a José Díaz Gutiérrez

Farmacéutica comunitaria
en Getxo-Bizkaia

“**Hay factores no modificables, como la edad o el género, que deberemos tener en cuenta para realizar acciones de detección precoz e identificación de grupos o personas de mayor riesgo»**

Dolor musculoesquelético

Definición

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés) lo define como «una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial». En este artículo, nos centraremos en el dolor musculoesquelético, que afecta a una o varias de las estructuras que forman el aparato locomotor (esto implica la afectación de huesos, articulaciones, estructuras perioarticulares y músculos). Este tipo de dolor repercute en la limitación de la movilidad y es una causa potencial de discapacidad. Puede aparecer de forma aguda y tener una evolución prolongada, o ser crónico (cuando la duración es mayor de 3 meses).

Este tipo de dolor o síntoma es una de las principales características de las enfermedades musculoesqueléticas, que repercuten de forma importante en la calidad de vida de las personas que las padecen. Por su alta prevalencia (en España se estima que las padecen hasta un 12% de la población) y el consumo de recursos sanitarios que implican, son un importante problema de salud que afecta a la actividad laboral y a las relaciones sociales, razón por la que requieren un abordaje multidisciplinar que vaya más allá del tratamiento del dolor (médico, psicólogo, fisioterapeuta, farmacéutico, etc.).



El dolor de tipo musculoesquelético supone casi el 50% de las consultas en atención primaria. En los adultos, entre un 30 y un 40% padece dolor de espalda, el 15-20% refiere dolor de cuello, y el dolor de rodilla puede llegar al 15%. La prevalencia se incrementa con la edad, hasta superar el 50% en los mayores de 75 años. En el informe «Mujer y Salud 2008-2009 en España», se estima que el dolor musculoesquelético es 1,8 veces más frecuente en las mujeres que en los varones, y que su afectación es más alta en personas de bajos recursos económicos. No provoca alta mortalidad, pero incrementa el riesgo de comorbilidad con, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares.

Clasificación

Por su implicación clínica, es importante determinar los mecanismos que provocan el dolor musculoesquelético crónico (DMEC) antes de prescribir los tratamientos adecuados. Podemos hablar de distintos tipos de dolor:

- **Dolor neuropático.** Se produce daño en el sistema somatosensorial. Es un dolor punzante que sigue la distribución de un nervio. En la exploración física, se aprecia una alteración sensitiva en la zona afectada. Son ejemplos de este tipo de dolor las neuropatías, las lumbociáticas y la neuralgia postherpética. La fibromialgia se considera una entidad especial, ya que se trata de un dolor neuropático central con DMEC generalizado, rigidez, hipersensibilidad y alteración cognitiva.
- **Dolor muscular.** Se produce alteración dolorosa en uno o varios músculos de una región, con pérdida de movilidad y dolor al presionar las «zonas gatillo». Habitualmente aparece después de actividades repetitivas o lesiones, y se asocia a contracturas musculares. En las pruebas de imagen no se aprecian hallazgos.

“**Para establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados, es importante obtener una historia clínica detallada que ayude al profesional a conocer el origen del dolor»**

- **Dolor inflamatorio.** Se detectan signos inflamatorios locales con lesión previa. Es un dolor nociceptivo, en el que los mediadores inflamatorios activan las terminaciones nerviosas. Ejemplos de este tipo de dolor son la artritis reumatoide, las infecciones, los traumatismos y el dolor postoperatorio.
- **Dolor mecánico/compresivo.** Es un dolor nociceptivo en el que la compresión o estiramiento mecánico estimula las



terminaciones nerviosas. Empeora con la actividad. Las pruebas de imagen y la historia clínica ayudan al diagnóstico. Ejemplos de este dolor son la cervicalgia y la lumbalgia degenerativas, o situaciones asociadas a procesos traumáticos, fracturas o compresión de estructuras por crecimiento de un tumor.

Diagnóstico

No es fácil establecer un diagnóstico de DMEC, ya que los síntomas pueden ser comunes a distintos trastornos que afectan al aparato locomotor o a otros órganos. En ocasiones, los pacientes no son capaces de describir claramente su sintomatología. Para establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados, es importante obtener una historia clínica detallada que ayude al profesional a conocer el origen del dolor.

Historia clínica

La entrevista con el paciente permite detectar el origen del dolor, la localización e intensidad, la evolución en el tiempo, las características del dolor, qué causas lo mejoran o hacen empeorar, y la respuesta o no a tratamientos previos. Además, debe recoger información sobre los hábitos de vida, como la actividad física, el ejercicio, la alimentación y el historial de enfermedades actuales o previas que puedan modificar la percepción del dolor.

Exploración física

Abarca la exploración del aparato locomotor y del sistema nervioso central y periférico. Deben buscarse deformidades, dismetrías, atrofiaciones musculares, cambios en la coloración de las extremidades, zonas de dolor o sensibilidad a la presión y alteraciones de la movilidad. Además, debe valorarse el estado mental del paciente.

Pruebas diagnósticas

No hay pruebas específicas para el diagnóstico de DMEC, pero pueden ser útiles para aclarar el mecanismo que lo provoca y decidir cuál es el tratamiento más adecuado.

- Los **análisis de sangre** estarían indicados ante la sospecha de enfermedades de origen inflamatorio, tumoral o reumático. En estos casos, los valores de la velocidad de sedimentación y la proteína C reactiva se encuentran elevados. En el DMEC de origen neuropático o mecánico, los valores de estos parámetros son normales.
- Las **radiografías** sirven para excluir fracturas o tumores.
- La **tomografía computarizada** y la **resonancia magnética** son útiles para confirmar el dolor localizado en la columna.
- El **electromiograma** y las pruebas de valoración de la velocidad de conducción nerviosa aportan información valiosa en el dolor neuropático periférico y en las miopatías.

Instrumentos de valoración del dolor

Las escalas de valoración del dolor permiten evaluar la evolución en el tiempo del dolor, con o sin tratamiento. Una de las más conocidas es la Escala Visual Analógica (EVA), que permite indicar sobre una línea de 10 cm la intensidad del dolor de menor a mayor grado.

Otros instrumentos de valoración del dolor se basan en métodos fisiológicos con medidas de cortisol y catecolaminas, en métodos conductuales como la escala de Andersen o en métodos multidimensionales como el cuestionario del dolor de McGill.

Factores de riesgo

Factores no modificables

Hay factores no modificables, como la edad o el género, que deberemos tener en cuenta para realizar acciones de detección precoz e identificación de grupos o personas de mayor riesgo. Tras la valoración de estos factores, podremos adoptar medidas preventivas con las que promover hábitos saludables. Está demostrado que el dolor se incrementa con la edad, y que su prevalencia es mayor en las mujeres.

Factores modificables

- **Sobrepeso y obesidad.** Se han sugerido factores biomecánicos y metabólicos como generadores de dolor por la sobrecarga en las articulaciones y por la disminución de la actividad física.
- **Sedentarismo.** El ejercicio físico moderado y adaptado disminuye el dolor y favorece la movilidad.
- **Alcohol.** El consumo de alcohol es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades osteoarticulares.
- **Tabaco.** El hábito tabáquico genera gran controversia y los estudios realizados no son suficientes para esclarecer en qué medida puede afectar a la aparición del dolor. Algunos estudios sugieren que el estado de salud de la persona fumadora es peor (física y psicológicamente).



“ El tratamiento del dolor musculoesquelético crónico es más eficaz cuando incluye un programa multidisciplinario que tenga en cuenta los aspectos psicológico, físico y social del paciente y su entorno familiar »

- **Factores de riesgo laborales.** Las situaciones generadas en el ámbito laboral, con malas posturas, sobrecarga de peso, mal ambiente en el trabajo, etc., también son factores de riesgo extrínsecos.

Otros factores asociados al dolor que se citan en los estudios realizados son el bajo estrato socioeconómico, vivir solo, el abuso de sustancias psicoactivas y la ansiedad. La relación de estos factores con el dolor no está clara, pero podría responder a patrones de conducta asociados a su aparición.

Tratamiento

El tratamiento del DMEC es más eficaz cuando incluye un programa multidisciplinario que tenga en cuenta los aspectos psicológico, físico y social del paciente y su entorno familiar. Como es lógico, no se limita exclusivamente a la prescripción farmacológica.

Tratamiento no farmacológico

La aplicación de estimulación eléctrica transcutánea (TENS) junto a la rehabilitación realizada por personal cualificado y la terapia psicológica son los pilares de estas terapias pa-



LINDOR® FIT PANTS

COMODIDAD, PROTECCIÓN Y DISCRECIÓN FRENTE A LA INCONTINENCIA.

El absorbente reembolsado tan cómodo y discreto como la ropa interior.
Su combinación única de tecnologías permite a las **personas con incontinencia** disfrutar de una mayor calidad de vida.



Mantiene el pH 5,5 en contacto con la piel.



Sistema de barreras antifugas.



Confort para el paciente, con 3 tallas y 3 absorciones.



Materiales hipoalergénicos y dermatológicamente testados.



Materiales transpirables en la zona de la cintura.



Con neutralización del olor para mayor discreción.



Lindor® Fit Pants

Día Moderada + 600 cc			Noche Moderada a severa + 900 cc			Super Noche Severa + 1.200 cc		
Pequeña	Media	Grande	Pequeña	Media	Grande	Pequeña	Media	Grande
CN 484170.1	CN 473090.6	CN 484188.6	CN 484279.1	CN 484303.3	CN 487165.4	CN 484394.1	CN 484337.8	CN 484360.6
40 uds			60 uds			60 uds		



ra reducir el dolor. En muchos casos, se combinan con tratamiento farmacológico.

El ejercicio terapéutico adaptado fortalece la musculatura y puede mejorar la sintomatología.

Tratamiento farmacológico

Al establecer un tratamiento farmacológico, debe aplicarse la «escalera analgésica» de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

- **Primer escalón.** Analgésicos no opiáceos, como ácido acetilsalicílico, paracetamol, metamizol y antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Se inicia con uno o varios fármacos de este nivel y, según mejora el dolor, se disminuye la medicación o se añaden coanalgésicos.
- **Segundo escalón.** Analgésicos opiáceos débiles, como codeína, dihidrocodeína, tramadol... Los medicamentos de este escalón pueden utilizarse solos o sumados a los del primero. Se utiliza coanalgesia si se precisa.
- **Tercer escalón.** Opiáceos potentes como morfina u oxiconona. Pueden combinarse con los fármacos del primer nivel y con coanalgesia.

“ **El farmacéutico puede detectar a los consumidores de analgésicos que necesitan ser derivados al médico para establecer un correcto diagnóstico y realizar un seguimiento de su tratamiento»**

Coanalgésicos

Los fármacos coadyuvantes en los distintos niveles de la escalera del dolor son: antidepresivos (amitriptilina, duloxetina), corticoides (dexametasona), neurolépticos (levopromazina), anti-convulsivantes (carbamazepina, oxcarbazepina, gabapentina, pregabalina), ansiolíticos (benzodiazepinas de acción larga). Están indicados, sobre todo, en el dolor de origen neuropático.

Papel del farmacéutico

Desde su posición privilegiada por la cercanía con el paciente, el farmacéutico puede detectar a los consumidores de analgésicos que necesitan ser derivados al médico para establecer un correcto diagnóstico y realizar un seguimiento de su tratamiento.

Por tanto, debe estar muy atento a los clientes que solicitan de manera reiterada medicamentos sin prescripción para tratar el dolor.

Si el tratamiento lo ha establecido un médico, el farmacéutico debe detectar los posibles efectos adversos e inten-



tar averiguar para quién es y si pueden existir interacciones con otras terapias concomitantes. Asimismo, es recomendable que se interese por la evolución de los síntomas, por si el tratamiento no es suficientemente eficaz (en cuyo caso deberá derivar de nuevo al médico para corregir la desviación percibida). El farmacéutico también debe llevar a cabo acciones de promoción y educación para que el paciente siga estilos de vida saludables. ●

Bibliografía

- Archila E, Camargo D, Jiménez J, Villamizar M. El dolor: una perspectiva epidemiológica. *Salud UIS*. 2004; 36 (1): 2-13. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/712>
- Babatunde OO, Jordan JL, Van der Windt DA, Hill JC, Foster NE, Protheroe J. Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. *PLoS One*. 2017; 12(6): e0178621. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5480856/>
- Eizaga Rebolgar R. Escalas de valoración del dolor, 2015. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/321462394_Escalas_de_Valoracion_de_Dolor
- Esparza Miñana JM, Villanueva Pérez VL, López Alarcón MD, Honrubia Gozalves E, de Andrés Ibáñez J. Últimos avances en el tratamiento especializado de dolor neuropático. *Revista electrónica de Anestesiología (internet)*. 2013. Disponible en: <http://revistaanestesiologia.org/index.php/rear/article/view/314>
- Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2013. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_en_enfermedades_reumaticas_Accesible.pdf
- Fernández Gómez I, Calleja MÁ. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre dolor. Disponible en: http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_DOLOR.pdf
- Guía farmacoterapéutica de Atención Primaria. Osakidetza. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publici/adjuntos/primaria/guiaFarmacoterapeutica.pdf
- Sifuentes-Giraldo WA, Morell-Hita JL. Protocolo diagnóstico del dolor crónico musculoesquelético. *Medicine*. 2017; 12(27): 1.609-1.613. Disponible en: http://www.academia.edu/31658963/Protocolo_diagnostico_del_dolor_cronico_musculoesquelético

2.^a EDICIÓN

MAYO
formación

CURSO
ON LINE DE FORMACIÓN
FARMACÉUTICA CONTINUADA

Nutrición en situaciones especiales

El farmacéutico
como formador de salud

Directora
NATALIA ÚBEDA MARTÍN

PERIODO LECTIVO
del 13 de junio de 2018
al 24 de mayo de 2019

PRECIO DE LA MATRÍCULA
120 € (IVA incluido)

ACTIVIDAD
ACREDITADA CON

5,9 | **37**
CRÉDITOS | HORAS DE
FORMACIÓN

La formación más actualizada en atención farmacéutica
en aquellas situaciones especiales que plantea la nutrición

MÓDULO 1

Introducción
general

MÓDULO 2

Nutrición en
situaciones especiales I.
Situaciones fisiológicas

MÓDULO 3

Nutrición en
situaciones especiales II.
Patologías

MÓDULO 4

Consejo y adherencia
desde la oficina
de farmacia



más información e inscripción

www.formacionnutricional.es

● Oncología para farmacéuticos

Joan R. Lladós
Farmacéutico comunitario

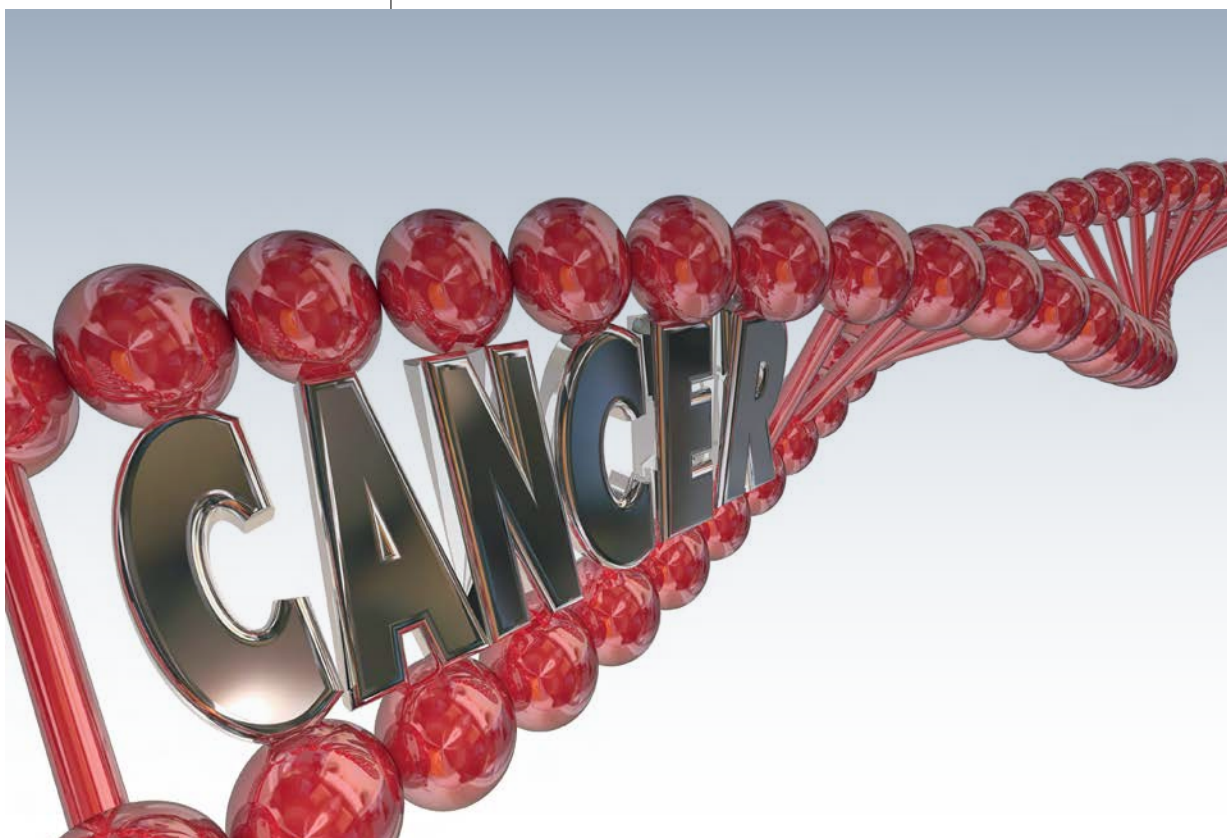
Bases genéticas del cáncer

“**Aunque la etiología del cáncer es multifactorial, el progreso experimentado por la información genética está permitiendo una mejor comprensión de los aspectos biológicos del cáncer»**

Hablar de cáncer supone abarcar un conjunto de más de 200 enfermedades con características epidemiológicas y clínicas distintas, aunque todas ellas comparten un origen común que radica en diferentes alteraciones que afectan al mecanismo de reparación celular. La acumulación de alteraciones genéticas y epigenéticas permite la proliferación de células neoplásicas capaces de sortear todos los mecanismos de control del ciclo celular (apoptosis incluida), dando lugar así a la aparición de la enfermedad cancerosa. Este complejo mecanismo es relativamente sencillo de explicar a los pacientes de esta forma:

«Las células normales se multiplican y mueren de una forma programada. Las células cancerosas, en cambio, desarrollan mutaciones que no son reparadas. Eso les permite “olvidarse” de morir y multiplicarse de forma casi ilimitada, dando lugar así a los tumores.»

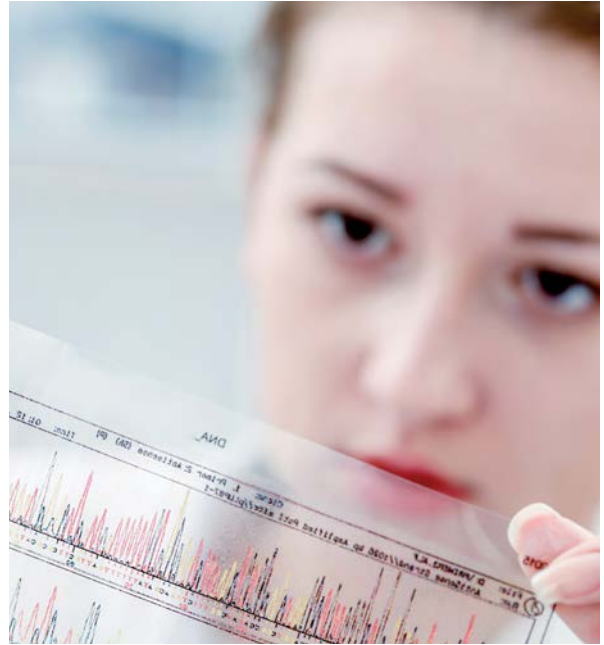
Aunque la etiología del cáncer es multifactorial (factores genéticos, médicos, ambientales y de estilo de vida), el progreso experimentado por la información genética está permitiendo una mejor comprensión de los aspectos biológicos del cáncer:



- Ayuda a identificar a individuos de riesgo.
- Aumenta la capacidad de caracterizar malignidades.
- Facilita tratamientos adaptados a la huella molecular de la enfermedad.
- Permite el desarrollo de nuevos tratamientos.

La información genética de un paciente se obtiene fundamentalmente a partir del análisis de muestras biológicas de ADN. La mera existencia de una variante genética (un cambio en la secuencia del ADN de un gen determinado) no supone necesariamente una incidencia sobre la salud, ya que puede heredarse como un rasgo autosómico recesivo, dominante, o asociado al cromosoma X. Esta información se puede recopilar, almacenar y analizar en cualquier fase de la vida, y al comparar estos datos con los antecedentes familiares es posible establecer una valoración del grado de predisposición de un determinado paciente a padecer un tipo concreto de cáncer, aunque es cierto que la determinación de dicho riesgo a nivel individual supone un grado de imprecisión importante. En la valoración estadística se emplea el concepto de «penetrancia» para designar a la proporción de individuos portadores de una variante determinada que desarrollarán la enfermedad.

La frecuencia de una variante y el riesgo relativo de padecer la enfermedad suelen ser inversamente proporciona-



les: las variantes comunes de baja penetrancia se asocian a un riesgo menor, mientras que las variantes raras de alta penetrancia conllevan un mayor riesgo de enfermedad. En la valoración de la penetrancia es importante tener en cuenta

NUEVA LÍNEA DE PROBIÓTICOS **Duaflora**[®]

Por su tecnología patentada de doble recubrimiento protector, se garantiza una **supervivencia 100 veces superior** a otros.

Combinaciones únicas para cada perfil de paciente;
Prebióticos/Probióticos, Derma, Cholesterol y Vagin.

✓ AVALADAS POR ESTUDIOS CLÍNICOS



C.N. 171376.6

Contribuye al mantenimiento de la **flora intestinal** natural.



C.N. 190691.5

Contiene Biotina que contribuye al **mantenimiento de la piel.**

Suspensión oral para tomar directamente del sobre o disuelta en agua.



C.N. 190693.9

Contribuye al equilibrio metabólico y **ayuda a reducir los niveles de colesterol de manera eficaz.**



C.N. 190692.2

Promueve el bienestar íntimo **previniendo y tratando infecciones.**



ta tanto la edad como el sexo, especialmente en aquellos tumores que se manifiestan en la edad adulta. Las variantes que pueden causar trastornos graves a edades tempranas son relativamente raras, ya que suelen tener un efecto negativo sobre la gestación y la esperanza de vida; las que dan lugar a problemas de salud en la edad adulta, o incluso avanzada, son, en cambio, relativamente frecuentes (>1%). Los avances en los métodos de análisis genético relacionado con el cáncer permitieron el hallazgo de genes asociados al riesgo de padecer un determinado tipo de cáncer. El más famoso de ellos ha sido sin duda el descubrimiento del gen *BRCA1/BRCA2*, asociado al cáncer de mama hereditario.

Los portadores que heredan una determinada variante presentan una predisposición genética y familiar de padecer el tipo de cáncer en cuestión. Sin embargo, la evaluación del riesgo real no es tan sencilla, a pesar de que existen empresas en Internet que han convertido esto en un negocio, generando con ello cierto grado de inquietud en muchas personas.

Características del cáncer hereditario

No cabe duda de que la correcta identificación de individuos y familias que presentan un mayor riesgo de padecer cáncer debería ser una función importante de nuestro sistema sanitario, farmacia comunitaria incluida. Ciertamente, se ha avanzado bastante con las mamografías y la detección de sangre oculta en heces de los programas de cribado del cáncer de mama y de colon, respectivamente. Con respecto a dichos programas, sin embargo, aún debe incrementarse el presupuesto correspondiente para cubrir dos objetivos:

- Plena cobertura en todo el territorio.
- Acciones informativas y educativas para la población.

No es suficiente con disponer de un buen programa de cribado si no se ha concienciado debidamente a la población, ya que la tasa de respuestas puede ser sensiblemente inferior a la que podría obtenerse contando con una buena educación sanitaria, y no sólo con pequeñas acciones dirigidas a la población diana. Por supuesto, también es imprescindible contar con la complicidad de los profesionales sanitarios a todos los niveles.

Para una correcta valoración de las características de un cáncer hereditario, los especialistas suelen tener en cuenta numerosas variables:

• Variables relacionadas con el paciente:

- Varios tumores primarios en el mismo órgano.
- Varios tumores primarios en diferentes órganos.
- Tumores primarios bilaterales en órganos emparejados.
- Varios tumores en un mismo órgano surgidos de un mismo tumor allí.
- Edad inferior a la habitual en el momento del diagnóstico.



“ No cabe duda de que la correcta identificación de individuos y familias que presentan un mayor riesgo de padecer cáncer debería ser una función importante de nuestro sistema sanitario, farmacia comunitaria incluida”

- Tumores relacionados con defectos congénitos.
- Tumores relacionados con una lesión precursora hereditaria.

• Variables relacionadas con la familia del paciente:

- Familiar de primer grado con el mismo tumor.
- Familiar de primer grado con un tumor relacionado y alguna de las características individuales citadas.
- Dos o más familiares de primer grado con tumores en la misma zona.
- Dos o más familiares de primer grado con tipos de tumores asociados a un síndrome conocido de cáncer familiar.
- Dos o más familiares de primer grado con tumores raros.
- Tres o más familiares en dos generaciones con tumores en la misma zona.

Asesoramiento genético

El asesoramiento genético es un largo proceso de comunicación entre el paciente y los expertos en genética, cuyo objetivo es proporcionar a los pacientes y a sus familiares una información fidedigna sobre su salud genética. Aun así,

no sólo debe basarse en datos contrastados. Además, debe incorporar elementos de gestión sanitaria, mecanismos de educación sanitaria que aseguren una correcta comprensión de los resultados obtenidos, y medidas de apoyo psicológico y social.

Este proceso presenta una serie de fases sucesivas en las que debe involucrarse un equipo multidisciplinario de profesionales de salud especializados en distintos ámbitos, como puede deducirse del siguiente esquema:

- Valoración del historial médico individual y familiar.
- Obtención y análisis de la información genética.
- Comunicación de los resultados genéticos obtenidos.
- Educación sanitaria (herencia, pruebas genéticas, reducción de riesgos) e información sanitaria (recursos sanitarios disponibles, oportunidades de investigación...).
- Apoyo para la toma de decisiones basadas en elecciones informadas.
- Seguimiento.

Como es lógico, el proceso de asesoramiento genético requiere numerosas pruebas y visitas a diferentes especialistas, y aunque se realice de forma individual, tras el requerimiento de la persona interesada, es importante involucrar a los familiares, ya que este aspecto puede redundar en una mejora del diagnóstico.

Es posible, además, que las consecuencias no sean sólo individuales y que afecten a un número indeterminado de familiares, por lo que es fundamental la inclusión de familiares que ignoren o no hayan considerado sus antecedentes genéticos, ya que ello puede tener consecuencias beneficiosas para su propia salud.

Disponer de una evaluación genética permite mejorar los resultados en salud. Por una parte, facilita la adopción de medidas específicas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a título individual (y familiar). Por otra, la evaluación de los riesgos permite adoptar decisiones para diagnosticar el cáncer en fases más tempranas, precisamente cuando las posibilidades de curación son mayores. Además, en caso de detectarse un cáncer inicial, la información puede ser utilizada para aclarar los posibles riesgos existentes de otros tumores o para la selección del tratamiento más adecuado. En definitiva, disponer de una evaluación genética hace posible una toma de decisiones con más garantías que sin ella.

Un aspecto colateral no desdeñable consiste en el posible hallazgo de resultados no buscados. Aunque este tipo de pruebas genéticas está orientado a evaluar las características genéticas en relación con el cáncer, no es menos cierto que pueden aparecer relaciones familiares no esperadas. Tampoco puede descartarse, además, la posibilidad de que el conocimiento de la información genética pueda tener consecuencias discriminatorias en ámbitos como el laboral o el de las compañías de seguros.

Detección de genes y análisis genético

Los últimos 15 años han supuesto un avance espectacular en la detección de genes asociados a una mayor susceptibilidad frente a determinadas enfermedades. En el cáncer, el descubrimiento de la relación entre el gen *BRCA1* y el cáncer de mama supuso el nacimiento de una nueva era. Los análisis genéticos sobre el cáncer se iniciaron a partir del estudio de familias de alto riesgo en las que existían numerosos casos, tratando de localizar los genes que permitiesen una vinculación con la enfermedad cancerosa estudiada. Para relacionar ambas cuestiones, se procede a comparar estadísticamente los genotipos de los pacientes afectados con los de los individuos no afectados. Si se demuestra dicha evidencia (vinculación), se concluye que la región cromosómica cercana al marcador incorpora un gen de susceptibilidad a la enfermedad. Este análisis de vinculación debe tener en cuenta distintos factores:

- El número total de miembros de la familia.
- El número de miembros que proporciona una muestra de ADN.
- El número de casos de la enfermedad en el seno de la familia.
- La edad de inicio de la enfermedad.
- Las diferencias de género (en cáncer no específico de género).
- La heterogeneidad de la enfermedad.
- La calidad de la información de la historia familiar.
- La prevalencia de las fenocopias.
- La relevancia del cáncer esporádico.



En el cáncer, el descubrimiento de la relación entre el gen *BRCA1* y el cáncer de mama supuso el nacimiento de una nueva era»

Otro tipo de análisis genético es el denominado «estudio de asociación de genoma completo» (GWAS por sus siglas en inglés). A diferencia de los análisis de vinculación, el GWAS es más adecuado para identificar variantes múltiples, más comunes pero de baja penetración. Se trata de identificar fenotipos complejos con muchos alelos, cada uno de los cuales supone un riesgo relativamente bajo. Mientras que en el análisis de vinculación deben tenerse en cuenta unos 10 millones de polimorfismos conocidos de un solo nucleótido (SNP, *single nucleotide polymorphisms*), con el sistema GWAS pueden determinarse casi todas las variantes del genoma evaluando de 1 a 5 millones de SNP: la frecuencia de los alelos para cada SNP se compara entre los casos positivos y los controles. El elevado número de determinación

nes conduce a que, en los umbrales estadísticos estándares, el número de falsos positivos puede resultar también, a su vez, elevado. Aun así, las reglas estadísticas empleadas son lo suficientemente rigurosas para permitir el hallazgo de asociaciones consistentes entre variantes hereditarias específicas y riesgo de cáncer.

Sin embargo, para una valoración completa, los hallazgos del GWAS deben someterse a las siguientes consideraciones:

- Los polimorfismos identificados son bastante comunes. Es poco probable que una sola variante identificada de un alelo contribuya sustancialmente al riesgo de cáncer (claramente por debajo de la mitad del riesgo genético de cáncer).
- Las variantes identificadas son meras aproximaciones.
- El elevado número de falsos positivos podría suponer que algunas poblaciones estuviesen subrepresentadas en los análisis del genoma completo.

No cabe duda de que el GWAS ha supuesto un avance de gran importancia, pero su relevancia clínica aún no ha sido esclarecida definitivamente. ●

Bibliografía

- Garber J, Offit K. Hereditary cancer predisposition syndromes. *J Clin Oncol.* 2005; 23(2): 276-292.
- Hudson K, Javitt G, Burke W, Byers P; American Society of Human Genetics Social Issues Committee. Declaración de ASHG sobre pruebas genéticas directas al consumidor en los Estados Unidos. *Am J Human Genetics.* 2007; 81(3): 635-637.
- Lindor NM, McMaster ML, Lindor CJ, Greene MH. Concise handbook of familial cancer susceptibility syndromes - second edition. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2008; 38: 1-93.
- Riley BD, Culver JO, Skrzynia C, Senter LA, Peters JA, Costalas JW, et al. Essential elements of genetic cancer risk assessment, counseling, and testing: updated recommendations of the National Society of Genetic Counselors. *J Genet Couns.* 2012; 21(2): 151-161.
- Robson M, Storm C, Weitzel J, Wollins DS, Offit K; American Society of Clinical Oncology. American Society of Clinical Oncology policy statement update: genetic and genomic testing for cancer susceptibility. *J Clin Oncol.* 2010; 28(5): 893-901.

NOTA DE LA REDACCIÓN: la versión *online* de este artículo incluye un Diccionario oncológico y un Listado de síndromes de susceptibilidad al cáncer

VECTISEREN ERGYMAG

*¡Recuperar la
ilusión y el ánimo!*



Equilibrio emocional

VECTI-SEREN* aporta nutrientes que actúan sobre la regulación del humor por síntesis de serotonina, y sobre la comunicación neuronal.



Equilibrio nervioso

ERGYMAG es una asociación exclusiva de sales de magnesio, zinc y vitaminas del grupo B, también asociadas con un mejor funcionamiento cerebral y vitales en la respuesta frente al estrés crónico.

- El L-triptofano es un aminoácido esencial, indispensable para la síntesis de la serotonina, neuromediador regulador del humor, del sueño y del hambre, cuya producción se hace al final del día.
- Las Vitaminas del grupo B son cofactores de la síntesis de los neuromediadores. Consumidas en exceso en caso de estrés, su carencia favorece la fatiga crónica, el nerviosismo, la ansiedad...
- Una de las primeras causas de cansancio es una carencia en magnesio, elemento fundamental para la producción de energía y la regulación del equilibrio ácido-básico.

*No consumir sin recomendación médica en caso de toma de antidepresivos, en caso de alergia a alguno de los componentes, o en caso de embarazo o lactancia. El consumo de complementos alimenticios no puede sustituir un tratamiento médico. Disponibles en establecimientos dedicados a la salud.



XV Curso
ONLINE

Acreditado por el
Consell Català de Formació Contínua
de les Professions Sanitàries-
Comisión de Formación Continuada del
Sistema Nacional de Salud con
4,4 créditos



Evaluación y acreditación en:
www.aulamayo.com

Atención al anciano frágil (dependiente)

1	Características generales del envejecimiento y las personas mayores
2	Nutrición en personas mayores
3	Farmacoterapia en personas mayores
4	Demencia y deterioro cognitivo en el anciano
5	Diabetes mellitus en el anciano
6	Insomnio
7	Enfermedad de Parkinson
8	Dislipemias en ancianos
9	Depresión
10	Osteoporosis
11	Hipertensión
12	Incontinencia urinaria
13	Estreñimiento
14	Prevención de caídas y uso de ayudas técnicas
15	Cuidados de la piel senil
16	Papel del farmacéutico en las residencias de personas mayores

Atención farmacéutica

TEMA 9

Depresión

Elena Rivas Díez, Víctor Rivas Díez, Nuria Mielgo García,
Beatriz Casas Torcida, Raquel Ramos Pérez,
Ramón Valdés Solís Fernández de Retana

Farmacéuticos comunitarios. Grupo Pharmateam. COFBI

Definición

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), aunque en mayor o menor grado también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, con especial énfasis en la esfera afectiva.

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo suele plantearse a partir de datos observacionales poco específicos, como deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, entrecimiento psicomotor, tono de voz bajo, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina...), alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para distinguir estos cambios patológicos de los ordinarios viene dada por la persistencia de la clínica, por su gravedad y por el grado de deterioro funcional y social.

La depresión puede afectar a cualquier persona, independientemente de su edad, sexo o condición social. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda prestar una especial atención a tres grupos que suelen verse afectados de manera desproporcionada: los jóvenes de 15 a 24 años, las mujeres en edad fértil (especialmente tras el nacimiento de un hijo), y las personas mayores de 60 años.



Clasificación

Según la cuarta actualización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV), los trastornos del estado de ánimo se clasifican en depresivos y bipolares (figura 1):

Trastornos depresivos

- Trastorno depresivo mayor.
- Trastorno distímico.

Trastornos bipolares

- Trastorno bipolar I.
- Trastorno bipolar II.
- Trastorno ciclotímico.

Factores etiológicos

Aunque no puede hablarse de una causa concreta de la depresión, existen una serie de factores que se relacionan con ella:

Genéticos

Los familiares de primer grado de un paciente con depresión presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo.

Neuroquímicos

Los neurotransmisores que más se han relacionado con la depresión son la noradrenalina y la serotonina. Se ha comprobado que existe una disminución de niveles del metabolito de la noradrenalina (3-metoxi-4-hidroxifenilglicol) en sangre y orina en pacientes depresivos, además de una disminución de los puntos de recaptación de la serotonina en sus plaquetas. Tam-

bién se han detectado niveles bajos de 5-hidroxiindolacético en pacientes que se suicidaron, y se ha podido apreciar que la depleción de dopamina aumenta el riesgo de depresión.

Endocrinos

En la aparición de los cuadros depresivos se ven también implicados factores endocrinos, como la alteración en la secreción de la hormona del crecimiento, la hipersecreción de cortisol, la hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, y distintas alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo.

Fisiológicos

Los pacientes con depresión presentan alteraciones del ritmo circadiano y del ciclo del sueño.

Anatómicos

Con el avance en los estudios de neuroimagen estructural y funcional, se han descrito alteraciones en el sistema límbico, en ganglios de la base y en el hipotálamo.

Epidemiología

La OMS estima que el número de personas que vive con depresión ha aumentado un 18,4% entre 2005 y 2015. Globalmente, afectó en 2015 a más de 322 millones de personas, lo que equivale al 4,4% de la población mundial. Basándose en los datos epidemiológicos, la depresión es considerada a escala mundial como la principal causa de discapacidad, y contribuye de forma muy importante a la carga general de morbilidad. Además, es bien conocido que los trastornos depresivos pueden llevar al suicidio: anualmente, cerca de 788.000 personas con depresión se quitan la vida.

Por áreas geográficas mundiales, la incidencia de este trastorno oscila desde un 2,9% en la región del Pacífico occidental hasta un 5,8% en las Américas. En la región europea, es Noruega la que presenta la mayor incidencia de personas con depresión, con un 7,4%, lo que supone cerca de 353.000 personas, seguida de Holanda, con un 6,4% (1 millón). Con respecto a España, se estima que algo más de 2,4 millones de personas padecían depresión en 2015, lo que representa aproximadamente el 5,1% de la población.

Diagnóstico

El síndrome depresivo es básicamente igual en ancianos y en jóvenes. Sin embargo, existen diferencias en cuanto a la frecuencia de comorbilidad somática, el déficit cognitivo, los factores psicosociales y los síntomas de ansiedad, que son más frecuentes en los ancianos. Además, los pacientes de mayor edad suelen presentar un período sintomático más largo antes de llegar al diagnóstico.

El proceso diagnóstico debe iniciarse con la historia y la exploración del paciente, que incluyen tanto una valoración neurológica como del estado mental. En el caso de las personas mayores, a menudo es necesario entrevistar a familiares y/o cuidadores, ya que es habitual que los pacientes presenten dificultades del habla o algún tipo de demencia. En este caso, existen al-

“ Se estima que, en España, algo más de 2,4 millones de personas padecían depresión en 2015, lo que representa aproximadamente el 5,1% de la población »

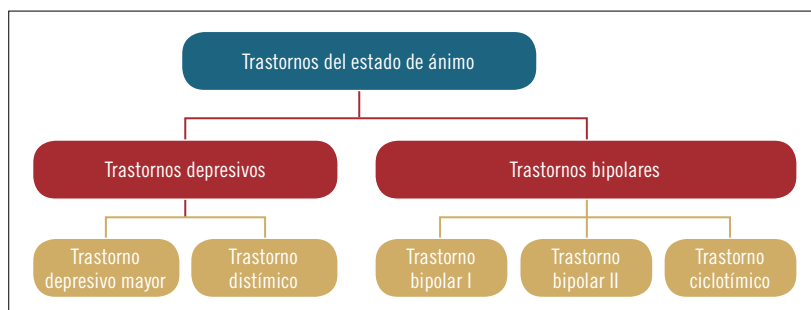


Figura 1. Trastornos del estado de ánimo

Tabla 1. Escala de depresión de Yesavage

Preguntas que realizar	
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SÍ
¿Siente que su vida está vacía?	SÍ
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SÍ
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?	SÍ
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SÍ
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SÍ
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SÍ
¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ
¿Está frecuentemente preocupado por el futuro?	SÍ
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SÍ
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SÍ
¿Está muy preocupado por el pasado?	SÍ
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SÍ
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SÍ
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SÍ
¿Se preocupa frecuentemente por pequeñas cosas?	SÍ
¿Tiene ganas de llorar a menudo?	SÍ
¿Tiene problemas para concentrarse?	SÍ
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SÍ
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
¿Su mente está tan clara como acostumbraba a estarlo?	NO

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la tabla, y la suma total se valora como sigue: 0-5: normal; 6-9: depresión leve; >10: depresión establecida.

gunos signos que pueden ayudar a detectar la depresión:

- Baja reactividad al entorno.
- Agitación diurna.
- Ansiedad afectiva (llanto...).
- Lentitud del habla.
- Retraso psicomotor.
- Demanda excesiva de atención.
- Autoagresiones.
- Pérdida de apetito.
- Despertar temprano.
- Variación diurna del humor.

Existen diferentes herramientas para valorar la depresión. Una de las más utilizadas es la escala de depresión geriátrica de Yesavage, que se compone de 30 preguntas (ninguna de ellas de tipo somática) cuyas respuestas son dicotómicas. También se dispone de una versión reducida que consta sólo de 15 preguntas. Es útil tanto para el cribado de la depresión como para la monitorización de la respuesta terapéutica. Se asigna un punto por cada

respuesta que coincida con la reflejada en la tabla 1, y la suma total se valora como sigue:

- 0-5: normal.
- 6-9: depresión leve.
- >10: depresión establecida.

Aunque no existen pruebas analíticas específicas para diagnosticar la depresión, sí que se realizan algunas determinaciones para excluir las posibles alteraciones que pueden causarla. Entre las más habituales destacan los niveles de TSH, electrolitos, vitamina B₁₂ y folatos.

El diagnóstico diferencial del episodio depresivo debe orientarse a constatar si su origen puede estar relacionado con alguna patología, como infecciones virales, endocrinopatías (hipotiroidismo, hipertiroidismo, enfermedad de Cushing, hiperparatiroidismo...), neoplasias (linfomas, leucemias, cáncer de páncreas...), enfermedades cerebrovasculares (infartos lagunares, accidente cerebrovascular, demencia vascular...) o trastornos mentales. También debe descartarse su posible relación con el consumo de fármacos o drogas de abuso.

Tratamiento farmacológico y pautas de administración (tabla 2)

Los antidepresivos constituyen una familia de fármacos muy heterogénea en cuanto a su estructura química y efecto sobre la neurotransmisión cerebral. Se clasifican en tres grandes grupos en función de su acción predominante:

Serotoninérgica

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
- Inhibidores de la recaptación y antagonistas de la serotonina (IRAS).

Noradrenérgica

- Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas (ACC).
- Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN).

Tabla 2. Pautas de administración de los tratamientos farmacológicos en los trastornos depresivos

Grupo	Fármaco	Dosis en personas mayores (mg/día)	Cómo tomarlo
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	Fluvoxamina	50-300	• Una única toma por la noche con o sin alimentos
	Fluoxetina	20	• Dosis única o fraccionada, con o sin alimentos
	Paroxetina	40	• Dosis única por la mañana con alimentos • El comprimido debe deglutirse y no masticarse
	Sertralina	50-200	• Dosis única por la mañana o por la noche con o sin alimentos
	Citalopram	40	• Dosis única con o sin alimentos
	Escitalopram	10-20	• Dosis única con o sin alimentos
Inhibidores de la recaptación y antagonistas de la serotonina (IRAS)	Trazodona	100-300	• Dosis única por la noche antes de acostarse o fraccionada, con o sin alimentos
Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)	Venlafaxina	75-375	• Con alimentos en una toma única o fraccionada
	Desvenlafaxina	50-200	• Dosis única con o sin alimentos
	Duloxetina	60-120	• Dosis única con o sin alimentos
Antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos (NaSSA)	Mirtazapina	15-45	• Dosis única por la noche antes de acostarse o fraccionada, con o sin alimentos
Antidepresivos tricíclicos (ATC)	Clomipramina	75-250	• Dosis única o fraccionada (mañana y noche) con alimentos
	Amitriptilina	25-150	• Repartir en 2 tomas, con o sin alimentos
	Nortriptilina	30-50	• 2 o 3 tomas al día, con alimentos
	Imipramina	25-200	• De 1 a 3 tomas al día, con o sin alimentos • Conseguir dosis de mantenimiento final entre 50-100 mg/día
	Maprotilina	25-150	• Iniciar dosis de 25 mg 1 vez/día, con o sin alimentos • Si es necesario, aumentar gradualmente en 2 o 3 tomas/día
Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN)	Reboxetina	8-12	• 2 tomas al día, con o sin alimentos • No masticar el comprimido
Otros antidepresivos	Bupropión	150-300	• Dosis única por la mañana, con o sin alimentos • No triturar ni masticar
	Mianserina	30-90	• Dosis única antes de acostarse o fraccionada, con o sin alimentos

Dual

- Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN).
- Antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos (NaSSA).
- Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas (antidepresivos tricíclicos [ATC]).

Los ISRS son los que presentan mejor balance beneficio-riesgo, por lo que deben considerarse de primera elección. Los IRSN (o «duales») y otros fármacos más recientes no han demos-

trado ser más eficaces ni más seguros que los ISRS, por lo que su uso debería reservarse para pacientes que no responden a los ISRS o no los toleran. Los antidepresivos tricíclicos (ATC), en cambio, dado su perfil de efectos adversos, sólo están indicados en depresión grave y/o resistente a otros tratamientos.

Efectos adversos de los antidepresivos

La mayoría de los antidepresivos presentan los efectos adversos caracterís-

ticos de los anticolinérgicos (sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria...). Otra característica común a muchos de ellos es el efecto sedante e hipotensor. En la tabla 3 se recogen las principales reacciones adversas de estos fármacos.

Muchos efectos adversos suelen aparecer al inicio del tratamiento y desaparecen progresivamente a lo largo del primer mes. Por este motivo suele iniciarse con dosis bajas que se van incrementando de forma gradual para mejorar la tolerancia. En cual-

Tabla 3. Principales efectos adversos de los antidepresivos

Medicamento	Acción sedante o hipotensión	Efecto anticolinérgico	Otros efectos adversos
Tricíclicos:			<ul style="list-style-type: none"> • Temblor • Trastornos del ritmo y la conducción cardiaca
• Amitriptilina	+++	+++	
• Clomipramina	+	++	
• Imipramina	++	++	
• Nortriptilina	+	+	
Duloxetina	+	+	• Náuseas, vómitos y molestias gastrointestinales
Mianserina	+++	–	• Discrasias sanguíneas
Mirtazapina	+++	–	
Trazodona	+++/+	–	• Náuseas, vómitos, hipotensión ortostática
Venlafaxina	+	+	• Náuseas, hipertensión
Reboxetina	+	+	• Náuseas, vómitos y molestias gastrointestinales
Bupropión	–	+	• Insomnio, cefalea, náuseas, vómitos, convulsiones, hipertensión
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (citalopram, fluoxetina, sertralina...)	–	–	• Náuseas, cefaleas o insomnio

quier caso, se recomienda que para la segunda semana ya se haya alcanzado la dosis mínima terapéutica. El efecto antidepresivo debería comenzar a notarse antes de finalizar la tercera semana, aunque a menudo es necesario seguir realizando ajustes de dosis.

Una vez conseguida la remisión del episodio depresivo se recomienda mantener el tratamiento entre 6 y 12 meses sin reducir la dosis para evitar recaídas. Pasado este plazo, puede procederse a su retirada de forma gradual a lo largo de 1-3 semanas, según la semivida del fármaco, con el fin de evitar la aparición de un síndrome de retirada. Sin embargo, en algunos casos es necesario mantener un tratamiento profiláctico de mantenimiento, durante años o incluso de forma indefinida.

Interacciones de los antidepresivos

Las principales interacciones de los distintos grupos de antidepresivos son las siguientes:

- Antidepresivos tricíclicos:
 - La administración conjunta con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) puede potenciar la toxicidad,

con aparición de taquicardias, náuseas, hipertermia y alteraciones de la conducta.

- Los antidepresivos pueden potenciar los efectos antiespásticos del baclofeno, con el consiguiente riesgo de atonía muscular e incapacidad motriz.
- La asociación de ATC con antipsicóticos puede dar lugar a una sobreestimulación del sistema nervioso central, con la posible aparición de temblores o arritmias cardíacas.
- Los anticolinérgicos pueden potenciar el efecto anticolinérgico, con la aparición de manifestaciones tóxicas.
- Los barbitúricos pueden reducir las concentraciones plasmáticas de amitriptilina y nortriptilina.
- El hipérico puede reducir las con-

centraciones plasmáticas de amitriptilina y nortriptilina.

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina:
 - La asociación con hipérico puede producir síndrome serotoninérgico o sedación intensa.
- IMAO:
 - El uso conjunto con simpaticomiméticos de acción indirecta puede producir crisis hipertensivas. La incidencia de esta interacción no es frecuente, pero cuando se produce es muy grave.
 - Analgésicos narcóticos con IMAO. Si los inhibidores de la monoaminoxidasa son administrados junto a meperidina (y, en menor proporción, junto a otros analgésicos narcóticos) pueden producirse reacciones graves, caracterizadas por

“ Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los que presentan mejor balance beneficio-riesgo, por lo que deben considerarse de primera elección »

excitación, sudoración, rigidez e hipertensión.

Papel del farmacéutico

La farmacia comunitaria es un establecimiento sanitario muy frecuentado por las personas mayores, lo que facilita la detección de posibles casos de depresión. En la tabla 4 se recogen las situaciones que hacen aconsejable la remisión al médico.

En cuanto a los pacientes ya diagnosticados, debe tenerse en cuenta que el abandono prematuro de la medicación disminuye en gran medida el éxito terapéutico, por lo que es de vital importancia realizar un seguimiento de la adherencia al tratamiento. En este sentido, ha de prestarse especial atención durante el primer mes, período en que los fármacos presentan una baja o nula actividad antidepressiva, por lo que es más probable que el paciente deje de tomarlos porque percibe una falta de eficacia.

Para evitarlo, conviene informar al paciente y a sus familiares o cuidadores de esta probable demora en la mejoría de los síntomas depresivos, ya que el tiempo de respuesta a un nuevo tratamiento es aún mayor en personas ancianas.

Tabla 4. Criterios de derivación al médico

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días
- Marcada disminución del interés en general
- Pérdida significativa de peso sin estar a dieta, o aumento significativo
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o retraso psicomotor
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva
- Menor capacidad de pensar o concentrarse
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir) e ideación suicida

También debe tenerse en cuenta que, en este periodo, es probable que se presenten muchos de los efectos adversos que, paradójicamente, acabarán desapareciendo a medida que progresa el tratamiento, por lo que el farmacéutico deberá informar de ello al paciente y a sus cuidadores para reforzar la adherencia.

Desde la farmacia comunitaria se ha de hacer especial hincapié en la importancia de seguir las pautas establecidas por el médico, e informar adecuadamente sobre si los medicamentos deben tomarse con o sin alimentos.

En las personas mayores es especialmente importante permanecer atento a los posibles efectos adversos. Además, es más probable que exista polimedicación, por lo que el riesgo de interacciones es mayor y su detección resulta un aspecto clave en el seguimiento de estos pacientes. ●

Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington (VA): American Psychiatric Association, 2013.
- Bot Plus 2.0 [internet]. Madrid: Consejo General de colegios oficiales de Farmacéuticos, 2018. Disponible en: <http://botplusweb.portalfarma.com/botplus.aspx#>
- Del Moral EJ, Puigdemont D, Serrano D, Pérez J. Depresión en el anciano. Epidemiología, clínica y diagnóstico. *Jano*. 1995; 49: 79-84.
- Depression in primary care. Detection and diagnosis. Clinical Practice Guideline. 2002; 32. Disponible en: https://www.chpw.org/resources/Providers/BH_Screening_Clinical_Practice_Guidelines.pdf
- Fichas técnicas de los medicamentos antidepressivos. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/cima/publico/home.html>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Guideline on the treatment and management of depression in adults. CG90, 2009 (Updated edition 2016).



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



*XII Edición
del Curso on line*

Aromaterapia científica

*Un nuevo
concepto de
salud*

Dirigido por

Dominique Baudoux

Farmacéutico. Aromatólogo y doctor en toxicología en aceites esenciales.
Director e impulsor del Collège International d'Aromathérapie.

Alfredo Quevedo

Farmacéutico especializado en aromaterapia en la escuela
Aroma-sciences y en el Collège International d'Aromathérapie.

Curso avalado por



Collège International
d'Aromathérapie
Dominique Baudoux

Más de
600
alumnos
matriculados

12 EDICIONES
desde 2012

Precio de la matrícula: **95 €** (IVA incluido)
Curso equivalente a 40 horas lectivas

Más información y matrículas
www.aulamayo.com



AULAMAYO

Aula Mayo acredita tu formación

PRANARŌM

AROMATERAPIA
CIENTÍFICA

www.pranarom.com

● Legislación

Félix Ángel
Fernández Lucas

Abogado. Subdirector general de
Farmaconsulting Transacciones S.L.
felix@farmaconsulting.es

“
El titular aragonés de una oficina de farmacia podrá acceder a la condición de jubilado activo, aunque si desea permanecer en activo al llegar a los 70 años tendrá que contratar a un adjunto»

Jubilación activa en la oficina de farmacia (y II)

En nuestro artículo anterior (*El Farmacéutico*, n.º 565) recordamos la existencia de la figura del «jubilado activo», una modalidad que, bajo ciertos requisitos, puede permitir al farmacéutico acceder a la situación de jubilado, mantener la oficina de farmacia bajo su titularidad y actividad, y cobrar hasta el 100% de su jubilación.

En este segundo artículo contrastaremos las diferentes normas de ordenación farmacéutica autonómicas para ver si esa posibilidad es del todo aplicable a los farmacéuticos titulares de oficina de farmacia o, por el contrario, podemos encontrarnos con alguna limitación o incluso la necesidad de descartar la opción de jubilación activa.

Existen numerosas normas de ordenación que no hacen alusión alguna a la situación de jubilación, por lo que cabe entender que la figura del jubilado activo es perfectamente compatible, sin requisitos adicionales, con la explotación de la oficina de farmacia. No obstante, sí encontramos alguna mención digna de comentar en las normas de las siguientes comunidades autónomas (tabla 1):



Tabla 1. La jubilación activa y la oficina de farmacia en las distintas comunidades autónomas

Comunidad	Posibilidad de jubilación activa	Colaboradores	Límite temporal
Aragón	Sí	Adjunto	Desde los 70 años
Asturias	Sí	–	Máximo 60 meses
Cantabria	Sí	Regente	Máximo 24 meses
Castilla-La Mancha	No	No	Jubilación o 75 años
Castilla y León	Sí	Adjunto	No
Galicia	Sí	Regente	Hasta los 70 años
Madrid (ley 19/1998)	Sí	No	No
Madrid (proyecto ley)	Sí	Regente	5 años
Murcia	Sí	Regente	Máximo 24 meses
País Vasco	Sí	Regente	5 años
Andalucía, Baleares, Canarias, Cataluña, Extremadura, Navarra, La Rioja y Valencia	Sí	No	No

Aragón

La Ley 4/1999, de 25 de marzo, de Ordenación Farmacéutica para Aragón no habla específicamente de la jubilación, aunque sí tiene alguna mención relevante con respecto a los requisitos que ha de cumplir un farmacéutico al cumplir los 70 años. En concreto, el punto 4 del artículo 8 de la norma establece que «en todo caso, será obligatorio el nombramiento de un farmacéutico adjunto en aquellos supuestos en los que el farmacéutico titular o regente hubiera cumplido la edad de 70 años».

Po lo tanto, entendemos que el titular aragonés de una oficina de farmacia podrá acceder a la condición de jubilado activo, aunque, quiera o no, si desea permanecer en activo al llegar a los 70 años tendrá que contratar a un adjunto, no por imposición de la normativa sobre Seguridad Social, sino por la ordenación farmacéutica.

Asturias

La Ley del Principado de Asturias 1/2007, de 16 de marzo, de Atención y Ordenación Farmacéutica dispone que, al cumplimiento de la edad de 65 años, el titular de una oficina de farmacia dispondrá de un plazo de 60 meses para proceder a su transmisión. Por lo tanto, entendemos que un titular asturiano podrá estar en situación de jubilado activo por un máximo de 5 años puesto que, como dispone el artículo 32, en su punto 5, de la norma citada, «el transcurso de los plazos señalados en los apartados anteriores para proceder a la transmisión de la titularidad de la oficina de farmacia sin que se hubiese producido determinará la caducidad de la autorización administrativa».

Cantabria

Sí se pronuncia expresamente sobre este punto la Ley de Cantabria 7/2001, de 19 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cantabria. Concretamente en su

artículo 10, punto 1, establece que, en los casos de jubilación se podrá autorizar el nombramiento de un farmacéutico regente, que asumirá las mismas funciones, responsabilidades e incompatibilidades profesionales que las señaladas para el titular. La autorización se realizará por un periodo máximo de 24 meses y, transcurrido dicho plazo, caducará la autorización de la oficina de farmacia.

Castilla-La Mancha

Una consecuencia similar, aunque con mayores urgencias, encontramos en la regulación de Castilla-La Mancha. La actual norma dispone la «caducidad» de la licencia en caso de jubilación. Así que habrá de transmitirse antes y no cabe la jubilación activa.

Según el artículo 21, 2c de la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, las autorizaciones administrativas de las oficinas de farmacia en Castilla-La Mancha caducarán, entre otras causas, por la jubilación que afecte al titular de ella o por cumplir éste 75 años de edad¹.

Queda descartado, por lo tanto, a nuestro juicio, que en Castilla-La Mancha quepa el supuesto de jubilación activa, puesto que la norma no hace distinción entre tipos de jubilación y, por lo tanto, la consecuencia sería la caducidad de la licencia.

Por supuesto, como aclara la propia norma, en los casos de cotitularidad el procedimiento de caducidad afectaría únicamente al titular incurso en dicha causa.

¹Téngase en cuenta que, conforme establece la Disposición Adicional 2.ª de la misma norma, la causa de caducidad de la autorización de una oficina de farmacia por cumplir el titular 75 años, prevista en el artículo 21.2.c), no será de aplicación a quienes, a la entrada en vigor de la Ley, tengan cumplidos los 75 años.

Castilla y León

En esta comunidad el artículo 13, punto 5 de la Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León establece que será obligatorio disponer de un farmacéutico adjunto cuando el titular haya cumplido la edad equivalente a la establecida para el acceso a la pensión de jubilación en el régimen general de la Seguridad Social y continúe al frente de la propiedad. O sea, puede seguir al frente, pero con un adjunto. Vemos que ni siquiera es necesario haber solicitado la jubilación activa: tanto si se jubila como si no, habrá de contratar un adjunto.

Galicia

En esta comunidad, la Ley 5/1999, de 21 mayo, de Ordenación Farmacéutica establece que, además de la conocida necesidad de transmisión antes de los 70 años, para evitar la caducidad de la licencia (por aplicación del artículo 12, 2 de la norma) habrá de solicitarse la designación de un regente en el plazo máximo de 20 días desde la declaración de jubilación.

El requisito debe ser atendido con diligencia, puesto que, como indica el siguiente punto de la norma, de no producirse tal solicitud se procederá de oficio a iniciar el expediente de cierre de la oficina de farmacia. Además, la regencia tendrá una duración máxima de 5 años². Por lo tanto, entendemos que se puede solicitar la condición de jubilado activo una vez cumplida la edad para ello, pero siempre, naturalmente, prestando la debida atención a los plazos, puesto que, jubilado o no, quedarán menos de 5 años para tener que transmitir la oficina de farmacia.

Comunidad de Madrid

Esta comunidad se encontraba en pleno proceso de aprobación de su nueva ley de Ordenación, de modo que las conclusiones expuestas deben ser tomadas con especiales reservas.

Recordemos que la Ley 19/1998, de 25 de noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid, concretamente en su artículo 42, exige en principio que se solicite la designación de un farmacéutico regente en los casos de jubilación, y en un plazo máximo de 1 mes desde la declaración de jubilación. En caso contrario se procederá de oficio a iniciar el expediente de cierre de la oficina de farmacia.

En los casos de jubilación, la regencia tendrá también una duración máxima de 5 años, periodo durante el cual deberá formalizarse la transmisión o cierre de la oficina de farmacia.

²Salvo en el caso de las nuevas oficinas de farmacia adjudicadas por concurso público, en que la regencia se extenderá hasta completar el periodo mínimo de 15 años, conforme a lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 23.2 de esta Ley.

Sin embargo, no será obligatorio el nombramiento de un regente (por causa de jubilación del director técnico de la oficina de farmacia) cuando éste, de conformidad con la normativa laboral, continúe de alta en el régimen de trabajadores autónomos, en el epígrafe correspondiente a las oficinas de farmacia, y desarrolle a tiempo completo su actividad profesional en la oficina de farmacia de la que es director técnico.

Por lo tanto, conforme a la regulación de la Ley 19/1998, si el titular solicita y obtiene la condición de jubilado activo, entendemos que ni siquiera estará obligado al nombramiento de un regente.

Entre las medidas que se prevén incluir en el nuevo texto legal de Ordenación Farmacéutica madrileña, concretamente en el artículo 41 del anteproyecto de Ley de Farmacia de la Comunidad de Madrid, sí se contempla la exigencia de nombramiento de un regente en los casos de jubilación y, además, la oficina de farmacia habrá de transmitirse en un plazo de 5 años tras declaración de jubilación.

Murcia

En el caso de jubilación de un titular, en esta comunidad el artículo 10 de la Ley 3/1997, de 28 de mayo, de Ordenación Farmacéutica de la región de Murcia dispone que habrá de nombrarse un regente por un tiempo limitado que no podrá superar los 24 meses. Por lo tanto, se exige el nombramiento de un farmacéutico regente que asumirá las mismas funciones, responsabilidades e incompatibilidades profesionales que las señaladas para el titular.

País Vasco

En esta comunidad, la Ley 11/1994, de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco no hace distinción entre posibles tipos de jubilación, y así su artículo 18 establece que, en los casos de jubilación, deberá procederse, en 10 días, a la designación de un regente para la oficina de farmacia que pueda seguir prestando la atención farmacéutica. De lo contrario se procederá de oficio a iniciar el expediente de cierre de la oficina de farmacia.

En los casos de jubilación, la regencia tendrá una duración máxima de 5 años, periodo durante el cual deberá formalizarse su transmisión o se procederá al cierre.

Otras comunidades autónomas

En las restantes comunidades sus normas no contienen alusión a la jubilación del titular, de modo que cabe entender que la opción de jubilarse y permanecer al frente de la oficina de farmacia, como jubilado activo, es posible.

Por supuesto, antes de tomar una decisión sobre este asunto lo recomendable es contar con la concreta opinión de su asesor particular, a la que nos remitimos, y contrastar las condiciones específicas de su comunidad y su cotización personal a la Seguridad Social. ●

Juan Antonio Sánchez

Economista Asesor Fiscal.
Socio director de Taxfarma Asesores
(www.taxfarma.com)

“**No es la primera vez (ni será la última) en la que, desde estas líneas, proponemos al farmacéutico una reflexión sobre el famoso “día después”**”

Farmacia: ¿vender, donar... o «fifty/fifty»?

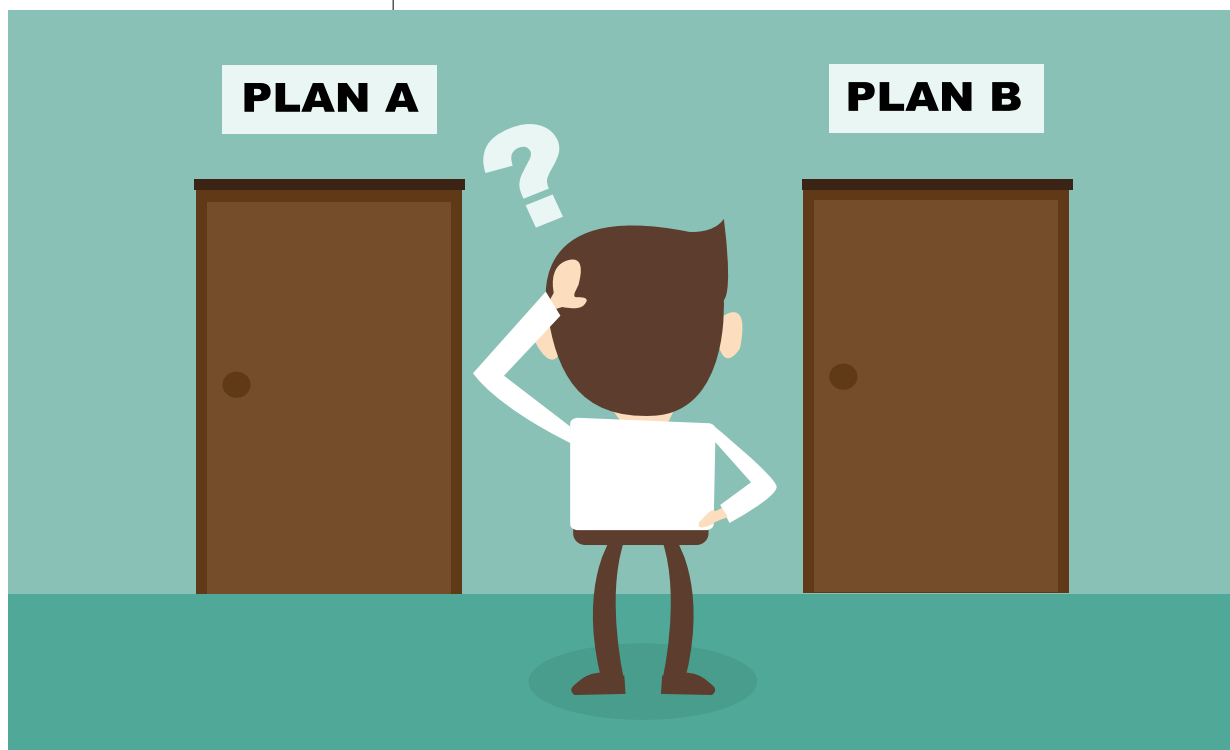
Eterna tesis la que planteamos en el titular de nuestra tribuna empresarial de este mes. Podemos considerar que este abanico de posibilidades revolotea en la mente de cualquier farmacéutico, eso sí, siempre que tenga la posibilidad de una continuidad familiar de su profesión.

Al no poseer la bola de cristal del futuro económico del sector, los actuales titulares se plantean cuál sería la decisión más acertada. No sólo desde un punto de vista estrictamente económico, sino también sopesando los temas colaterales que se deriven de estas decisiones.

Como casi siempre (y muy bien planteado, por cierto), este hecho se identifica en una de las últimas consultas vinculantes emitidas por la Dirección General de Tributos. En esta ocasión, el consultante se encuentra en la siguiente situación personal:

«[...] El consultante, persona física mayor de 65 años, es titular de una oficina de farmacia que desea transmitir íntegramente a su hijo. El consultante desea realizar la transmisión del negocio de farmacia en escritura pública en un único acto, efectuando una donación del 40% y una compraventa del 60% [...]».

No es la primera vez (ni será la última) en la que, desde estas líneas, proponemos al farmacéutico una reflexión sobre el famoso «día después»; ese día que,



bien por venta o donación de la farmacia, supondrá un retiro laboral (dorado o no). Toda una vida o una buena parte de ella dedicada al desempeño de una noble profesión sanitaria puede albergar razonables dudas como la expresada por el consultante anterior, que «tira por la calle de en medio» dividiendo más o menos salomónicamente su decisión vital empresarial más importante.

Además de las consecuencias personales y profesionales que puede acarrear este fin laboral de la farmacia, hay que valorar y cuantificar los costes impositivos que se derivarán (tanto a medio como a corto plazo) de una situación así.

En nuestra reciente consulta objeto de esta breve reseña, se cuestiona a las autoridades fiscales la incidencia que podría tener este casi «fifty-fifty» en dos de los impuestos que mayor relevancia tienen en nuestro ordenamiento fiscal: el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) y el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF).

Para disipar dudas, en primer lugar atacaremos la cuestión relativa al impuesto indirecto (IVA). Ya hemos reflejado en anteriores ocasiones que la doctrina Schiever ha aplaudido cualquier bache fiscal que pudiera aparecer ante este tipo de transmisiones «parciales», y la consulta vinculante lo refrenda de manera clarísima, negando la sujeción de estas operaciones al citado tributo:

«[...] La nueva redacción del número 1.º del artículo 7 de la Ley clarifica la regulación de las operaciones no sujetas consecuencia de la transmisión global o parcial de un patrimonio empresarial, de conformidad con la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea establecida, fundamentalmente, por las sentencias de 27 de noviembre de 2003, recaída en el asunto C-497/01, de Zita Modes Sarl, y de 10 de noviembre de 2011, recaída en el asunto C-444/10, de Christel Schiever. De acuerdo con lo previsto en dicho artículo, se requiere que: (a) los elementos transmitidos constituyan una unidad económica autónoma capaz de desarrollar una actividad empresarial o profesional por sus propios medios en sede del transmitente, y (b), que dicha unidad económica afecte al desarrollo de una actividad empresarial o profesional.

Por tanto, la aplicación del supuesto de no sujeción exige que el conjunto de los elementos transmitidos sea suficiente para permitir desarrollar una actividad económica autónoma en sede del transmitente.

Tercero. Según los hechos descritos en el escrito de consulta, la operación referida en el mismo se concreta en la transmisión, en parte gratuita y en parte onerosa, de la totalidad de un negocio de farmacia, por lo que parece deducirse que la referida transmisión se acompaña, en los términos planteados en la misma, de una estructura organizativa de factores de producción en los términos señalados en el artículo 7.1º de la Ley 37/1992, que determinan la transmisión de un negocio en funcionamiento.

En consecuencia, y a falta de otros elementos de prueba, la transmisión objeto de consulta estará no sujeta al Impuesto sobre el Valor Añadido [...].»

Una vez superado el trámite del impuesto al consumo, nos adentramos en la respuesta que nos emiten las autoridades tributarias sobre el «caballo de batalla fiscal del farmacéutico», es decir, el IRPF. En primer lugar, la respuesta analiza los efectos de la transmisión del inmovilizado, tanto en su vertiente de compraventa como de donación. Y no aporta ninguna novedad al sujetar dichas operaciones a la base imponible del ahorro, remarcando como siempre la importancia de acudir a la normativa y de sus 3 artículos más importantes en esta materia, para establecer los valores de adquisición y transmisión, pero de una forma fiscal y no acudiendo al famoso sentido común.

«[...] Por lo tanto, en lo que se refiere al inmovilizado, su transmisión a título oneroso o su donación generarán en el transmitente o donante una ganancia o pérdida patrimonial, cuyo importe vendrá determinado por la diferencia entre los valores de adquisición y de transmisión del elemento que se transmite, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34 de la LIRPF, valores que vienen definidos en el artículo 35 para las transmisiones a título oneroso y en el artículo 36 para las transmisiones a título lucrativo. El importe de la ganancia o pérdida patrimonial así calculada deberá integrarse en la base imponible del ahorro, conforme a lo previsto en el artículo 49 de la Ley del Impuesto [...].»

Desde nuestro punto de vista, lo importante llega cuando se analizan las ventajas de la donación de la empresa familiar (en nuestro caso, el porcentaje de farmacia donado) y su influencia directa en la «no tributación de la ganancia patrimonial derivada de dicha donación», si se han cumplido los requisitos correspondientes (y ahora viene lo bueno), «se haya o no aplicado fiscalmente la reducción de dicho impuesto sobre donaciones».

«[...] en la medida en que se cumplan los requisitos establecidos en este último artículo (apartado 6 del artículo 20 de la citada Ley 29/1987), con independencia de que el donatario aplique o no la referida reducción, se estimará la inexistencia de ganancia o pérdida patrimonial para el donante como consecuencia de la transmisión del inmovilizado afecto al negocio donado, siendo irrelevantes a dichos efectos los requisitos que establezca la normativa autonómica [...].»

(Pueden verse detalles en la consulta vinculante V1504-18, con fecha de salida 04/06/2018. Disponible en: <https://petete.minhfp.gob.es/consultas/>).

Podríamos concluir coloquialmente diciendo que, en el caso de un padre e hijo farmacéutico que cumplan los requisitos establecidos por la normativa del Impuesto sobre Donaciones, para aplicar la reducción por transmisión de la empresa familiar... van... ¡y no la aplican! ¿Podría quedar exenta de tributación en IRPF pese a su «no aplicación» en el impuesto del donatario? Parece que el sentido común del legislador va por esa dirección. De esta forma, una cosa no necesariamente en el terreno fiscal... lleva a la otra. ●

Pequeños anuncios

Farmacias

Compras

Particular compra farmacia en la Sierra Noroeste de la Comunidad de Madrid. Contacto: farmacia@gmx.com

Ventas

Venta de farmacia por jubilación, en Madrid capital (esquina calle Alcalá). Facturación 2017: 1.358.000 €. Local en propiedad. En 100 m hay 5 clínicas dentales, 1 policlínica (Sanitas, Adeslas, ISFAS, etc.), a 400 m ambulatorio Seguridad Social y a

800 m el nuevo Hospital Universitario de Navarra. Tel.: 600 628 892.

Comunidad de Madrid. Se vende farmacia en población cercana a Torrejón de Ardoz. Ventas en 2017: 2.100.000 €. Facturación creciente (20% en 2017) y margen de beneficio por encima de la media del sector. Local en propiedad o alquiler. Enormes posibilidades de crecer. Coeficiente muy razonable. Venta directa, abstenerse intermediarios. Tel.: 634 998 310 (Miguel).

Venta de farmacia en la provincia de Lérida, única en el municipio. Facturación: 125.000 €. El local se puede vender o alquilar. Tel.: 649 460 286.

Venta de farmacia en Madrid capital, de 8 horas. Tres años de funcionamiento. Facturación aproximada: 300.000 euros. Local propiedad o alquiler. Zona nueva en expansión. Enormes posibilidades de crecer. Abstenerse intermediarios. Tel.: 639 585 215.

Venta de farmacia en la provincia de Segovia. Farmacia rural situada a 40 km de la capital. Teléfonos de contacto: 606 532 549/629 773 785.

Venta de farmacia en la provincia de Zaragoza, única en el municipio. Abstenerse intermediarios. Tel.: 680 260 533.

Trabajo

Farmacéutico con 10 años de experiencia en gestión y dirección de oficina de farmacia como regente y amplia experiencia como adjunto/sustituto, busca trabajo preferentemente en Sevilla, no descartando otras provincias. Persona responsable, trabajadora, empatía y facilidad de interacción con el paciente. Tel.: 649 556 884. santicp19@hotmail.com

Varios

Vendo estufa de cultivos digital Indelab CD-36. A estrenar. Precio económico. Tel.: 689 677 303 (Encarna).

Vendo letras de ortopedia de acero inoxidable muy elegantes y duraderas (no plástico ni PVC), para poner sobre el color de fondo que se quiera, de 30 x 25 de media; toda la palabra mide unos 2,40 metros de largo. Precio negociable. Aproximadamente 100 euros. Se envían. Datos de contacto: Farmacia Felisa Queipo. Teléfono de contacto: 983 357 485. Valladolid.

Vendo mobiliario farmacia en perfecto estado. 14 columnas, 2,50 m alto, con cristales regulables en altura. Mostrador tres cuerpos. Góndola. Tres módulos escaparates, 1,80 m alto, para exponer. Mueble pesabebés. Todo el conjunto o por partes. Urge la venta. Tels.: 639 089 304/ 924 233 041.

frikton

PREVIENE LA CAÍDA DEL CABELLO



LABORATORIO Q. B. PELAYO

«Suplidos» y gastos reembolsables

Mi asesor me ha pasado una factura con varios gastos (de hotel, comidas, etc.) relacionados con un servicio que le encargué, y sobre los gastos vuelve a aplicar el IVA. ¿No se ha abonado ya una vez?

J.F. (Almería)

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

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

Respuesta

Hay diferencia entre los conceptos de «suplidos» y de «gastos reembolsables». Los primeros responden a operaciones abonadas por el prestador del servicio, en este caso su asesor, pero son facturadas a nombre del destinatario del servicio, usted. Por ejemplo, si el asesor ha acudido a una notaría y ha retirado, y abonado, una escritura de compra de usted. Los suplidos se incluyen en la factura, pero al margen de la base imponible del servicio propiamente dicha y, por lo tanto, no forman parte de la base imponible: no se les aplica IVA ni, en su caso, retención del IRPF.

Sin embargo, los «gastos reembolsables» son aquellos que son abonados por el asesor y le son facturados a él. Si ustedes tienen el acuerdo de que usted le reembolsará estos importes, en este caso sí irán sumados a la base imponible, y se les aplicará IVA, y, si procede, la correspondiente retención del IRPF.

Renta y ganancias patrimoniales

Sé que, para aplicar las reducciones del Impuesto sobre Sucesiones, la oficina de farmacia que he heredado de mi padre tendría que ser su principal fuente de renta. ¿Debo considerar entre su renta las ganancias patrimoniales que obtuvo por la venta de unos terrenos?

D.F. (Madrid)

Respuesta

Nos tememos que sí. Hacienda no hace distinción entre los tipos de renta que han de ser considerados a la hora de valorar el protagonismo de una renta concreta dentro de los ingresos del causante. Habla de renta, sin más, y por lo tanto sí deberán tenerse en cuenta las hipotéticas ganancias patrimoniales que se pusieran de manifiesto por la venta de esos terrenos.

Para que las reducciones en el Impuesto sobre Sucesiones fueran aplicables, es preciso, entre otros requisitos, que la oficina de farmacia constituya la principal fuente de renta de su padre, más de un 50%, y si la ganancia patrimonial derivada de la venta de los terrenos fue superior, como parece que es el caso, tales ventajas no serán aplicables.

Puede consultar como referencia, en un caso similar, la resolución del TEAC 4860/2015, de 15 de marzo de 2018.



ENVÍENOS SU CONSULTA

 **e-mail: consultasef@edicionesmayo.es**

©2018 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

¿ESTÁ PREPARADO PARA AFRONTAR LA VENTA DE SU FARMACIA?



Susana Baraja (Asturias)

Lda. Univ. Santiago de Compostela (Prom. 92)

"Afronté tanto la venta de mi farmacia como la posterior compra de otra con Farmaconsulting, porque soy muy exigente con las grandes decisiones de mi vida. Se comprometieron a trabajar con intensidad para vender mi farmacia con discreción y al mejor valor de mercado. Y estuvieron a mi lado en todo momento, aportándome seguridad con su metodología y equipo. Muchas gracias."



El líder en transacciones

602 115 765

902 115 765

www.farmaconsulting.es

El placer de la proximidad y las pequeñas cosas

Cuando te invitan a visitar una bodega en compañía del propietario y elaborador es difícil negarse. Hace un par de meses, en pleno verano, me llevaron a conocer la bodega Castelló Murphy. Esta pequeña bodega familiar con más de trescientos años de tradición está situada en Rabós d'Empordà, en el interior de la D.O. Empordà-Costa Brava, en pleno corazón de la sierra de Les Alberes, al norte de Girona, y tiene un encanto que se ve a simple vista.

Cada explicación de mi anfitrión, Lluís, está hecha con cariño, con historia añadida y con sumo cuidado. Hace mucho calor, incluso en la bodega, donde unos ventiladores situados estratégicamente me hacen pensar más en el cariño que le pone a la elaboración. Todo ese calor desaparece al descorchar la primera botella, y una fantástica sensación invade mi paladar... Menuda materia prima se intuye en este vino. Lluís va abriendo botellas y vamos probando sus cariñenas, cabernets y merlots: simplemente sensacionales. Sin titubear le pregunto si podemos ver los viñedos. Allí vamos. Se encuentran nada más cruzar el puente de piedra de Rabós y la antigua carretera. Es un lugar excepcional para la agricultura ecológica que practican en la bodega, sin pesticidas; un lugar aireado y cálido con una ligera brisa del río que pasa a escasos metros. Da gusto pasearse por estos viñedos, tocar y oler las uvas, y realmente veo que aquí está presente, en gran parte, el éxito de estos pequeños tesoros enológicos.

La producción de esta bodega no llega a las 10.000 botellas, pero la calidez y buen hacer de cada botella se intuye en el paladar, y el mimo con que tratan la uva se nota en su boca.

Para entender el vino como producto final, a veces es necesario hacer un pequeño trabajo de campo e ir a estas bodegas que dan todo lo que tienen en sus manos para que lleguen a nuestras mesas estas maravillas de vinos.

Pep Bransuela
Farmacéutico y enólogo

Aluca

D.O. Empordà-Costa Brava
Celler Castelló Murphy

De entre sus vinos tintos jóvenes y de crianza este Aluca me entusiasmó. Unas 3.000 botellas hechas con vendimia manual y fermentadas en barricas de 500 litros Allier obtienen un resultado complejo y potente, con aromas a frutas rojas maduras; moras, frambuesas y arándanos, con ligeros toques avainillados, acanelados y muy cálidos hacen intuir que es un vino con un gran potencial de envejecimiento en botella. Su Zelavie tinto joven y su Samas crianza tampoco tienen desperdicio.



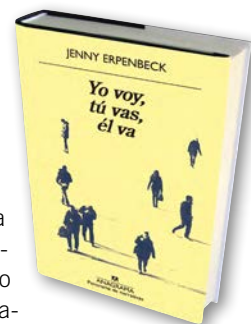
Yo voy, tú vas, él va

Jenny Erpenbeck
Editorial Anagrama
Barcelona, 2018

A Richard, profesor universitario alemán, le ha llegado el momento de la jubilación. Mientras se pregunta cómo llenar todo el tiempo libre del que dispondrá, se entera de la existencia de un campamento de refugiados en Berlín y decide echar una mano. Allí escuchará historias de jóvenes que vienen huyendo de la guerra y la miseria. Pero la comunicación no siempre es fácil, y en más de una ocasión se producen malentendidos o directamente choques culturales.

Ésta es una novela que aborda sin maniqueísmos, sensiblería o tópicos fáciles una tragedia candente de la Europa actual. Pero no es sólo eso: es también el retrato de un grupo de seres humanos, en cuyo centro se sitúa el recién jubilado Richard. Y a través de su peripecia personal emergen en el libro otros temas de calado: cómo afrontar la vejez, la soledad y las heridas abiertas del pasado, pero también cómo convivir con el deseo que pervive, y que le despierta una etíope mucho más joven que él que enseña alemán a los refugiados.

Un libro que nos muestra la vergüenza de la actual crisis de los refugiados y la necesidad de entender a los otros por encima de las diferencias culturales.



[www.anagrama-ed.es/libro/
panorama-de-narrativas/yo-voy-tu-
vas-el-va/9788433980168/PN_986](http://www.anagrama-ed.es/libro/panorama-de-narrativas/yo-voy-tu-vas-el-va/9788433980168/PN_986)

¿Truco o tratamiento? La medicina alternativa a prueba

Edzard Ernst, Simon Singh
Capitán Swing
Madrid, 2018



La verdad acerca de la eficacia de la medicina alternativa es abordada rigurosamente por el científico Edzard Ernst, el primer profesor de medicina complementaria del mundo. Tras una década en la Universidad de Exeter analizando la desconcertante evidencia a favor y en contra de las terapias alternativas, este exprofesional de la medicina tradicional y complementaria ofrece sus conclusiones. Junto a él firma el volumen el escritor de ciencia Simon Singh, que aporta conocimiento científico e imparcialidad a este tema. Juntos nos ofrecen un examen contundente de más de treinta de los tratamientos más populares, como la acupuntura, la homeopatía, la aromaterapia, la reflexología, la quiropráctica y las hierbas medicinales. Una buena herramienta para eliminar dudas y contradicciones.

capitanswing.com/libros/truco-o-tratamiento/

La canción de los vivos y los muertos

Jesmyn Ward
Editorial Sexto Piso
Madrid, 2018



Jojo y su hermana menor Kayla viven con sus abuelos negros en una granja en la costa del golfo de Misipi, con la compañía siempre esporádica de su madre, Leonie, una mujer que desearía ser mejor madre de lo que es. Cuando el padre, un hombre blanco, va a salir de prisión –la misma penitenciaría en la que el abuelo de Jojo cumplió una condena injusta durante su juventud–, Leonie insiste en ir a recogerlo con los niños. Durante el viaje, Jojo, Kayla y Leonie deberán aprender a relacionarse como familia, y Jojo conocerá a Richie, otro niño con quien descubrirá el legado de la esclavitud.

Novela ganadora del premio literario más importante de Estados Unidos, el National Book Award, que por primera vez en la historia recibe dos veces una misma autora. La crítica ha comparado a Jesmyn Ward con autores como William Faulkner, Flannery O'Connor o Toni Morrison.

sextopiso.es/esp/item/414/la-cancion-de-los-vivos-y-los-muertos

No es mío

Susi Fox
Suma de Letras
Barcelona, 2018



Cuando Sasha Moloney se despierta en un hospital que no es el elegido para dar a luz se da cuenta de que algo no marcha bien. ¿Y su marido? ¿Dónde está? ¿Y por qué la cuna de su bebé está vacía?

Apenas recuerda nada. Ha sido sometida a una cesárea de urgencia y su hijo prematuro, trasladado al nido. Pero, ¿no decía la ecografía que iba a ser una niña? Cada vez más confusa, lo único que Sasha necesita ahora mismo es ver a su pequeño, tocarlo y comprobar que está bien. Sin embargo, cuando se acerca a la incubadora tiene la certeza de que ése no es su bebé, no despierta en ella ningún instinto maternal. Nadie la cree, pero está dispuesta a demostrarlo y a encontrar a su bebé... descubra lo que descubra en su búsqueda.

www.megustaleer.com/libros/no-es-mio/MES-087634

Prestigio

Rachel Cusk
Libros del Asteroide
Barcelona, 2018



En un avión, una mujer escucha a su vecino de vuelo contarle la historia de su vida: su trabajo, su matrimonio y la horrible noche que acaba de pasar enterrando al perro de la familia. Esta mujer es Faye, una escritora que viaja a Europa para promocionar su nuevo libro. Ya en su destino, sus conversaciones con la gente que se encuentra le revelan al lector las más profundas inquietudes humanas sobre la familia, el amor, la política, el arte, o la justicia y la injusticia. La tensión entre lo que sus interlocutores son y lo que dicen ser se acrecienta a medida que la narración avanza.

Tras *A contraluz* y *Tránsito*, *Prestigio* cierra de manera brillante un ciclo narrativo que ha sido celebrado como una de las obras más originales y apasionantes de nuestro tiempo. Una brillante indagación de los límites de las convenciones narrativas con la que Rachel Cusk ha reinventado la forma de escribir una novela hoy en día.

www.librosdelasteroide.com/-prestigio

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Bexsero suspensión inyectable en jeringa precargada.

Vacuna meningocócica del grupo B (ADNr, de componentes, adsorbida).

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA. Una dosis (0,5 ml) contiene: Proteína recombinante de fusión NHBA de *Neisseria meningitidis* del grupo B^{1,2,3} 50 microgramos.

Proteína recombinante NadA de *Neisseria meningitidis* del grupo B^{1,2,3} 50 microgramos.

Proteína recombinante de fusión fHbp de *Neisseria meningitidis* del grupo B^{1,2,3} 50 microgramos.

Vesículas de la membrana externa (OMV) de *Neisseria meningitidis* grupo B cepa NZ98/254 medidas como la cantidad total de proteína que contiene el PoRA P1, 4² 25 microgramos.

¹ producida en células *E. coli* mediante tecnología de ADN recombinante.

² adsorbida en hidróxido de aluminio (0,5 mg Al³⁺).

³ NHBA (antígeno de *Neisseria* de unión a heparina), NadA (adhesina A de *Neisseria*), fHbp (proteína de unión al factor H). Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1.

3. FORMA FARMACÉUTICA. Suspensión inyectable. Suspensión líquida blanca opalescente.

4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas. Bexsero está indicado para la inmunización activa de individuos a partir de 2 meses de edad frente a la enfermedad meningocócica invasiva causada por *Neisseria meningitidis* grupo B.

El impacto de la enfermedad invasiva en diferentes grupos de edad así como la variabilidad de la epidemiología del antígeno para cepas del grupo B en diferentes áreas geográficas debe tenerse en cuenta al vacunar. Ver sección 5.1 para información sobre protección frente a cepas específicas del grupo B. El uso de esta vacuna debe seguir las recomendaciones oficiales. **4.2 Posología y forma de administración.** Posología.

Tabla 1. Resumen de posología.

Edad a la primera dosis	Inmunización primaria	Intervalos entre dosis primarias	Dosis de recuerdo
Lactantes de 2 a 5 meses de edad ^a	Tres dosis de 0,5 ml cada una	No menos de 1 mes	Sí, una dosis entre los 12 y 15 meses de edad con un intervalo de al menos 6 meses entre la primovacunación y la dosis de recuerdo ^{b,c}
Lactantes de 3 a 5 meses de edad	Dos dosis de 0,5 ml cada una	No menos de 2 meses	
Lactantes de 6 a 11 meses de edad	Dos dosis de 0,5 ml cada una	No menos de 2 meses	Sí, una dosis en el segundo año de vida con un intervalo de al menos 2 meses entre la primovacunación y la dosis de recuerdo ^c
Niños de 12 a 23 meses de edad	Dos dosis de 0,5 ml cada una	No menos de 2 meses	Sí, una dosis con un intervalo de 12 a 23 meses entre la primovacunación y la dosis de recuerdo ^c
Niños de 2 a 10 años de edad	Dos dosis de 0,5 ml cada una	No menos de 1 mes	No se ha establecido ^d
Adolescentes (desde 11 años de edad) y adultos*	Dos dosis de 0,5 ml cada una	No menos de 1 mes	No se ha establecido ^d

^aLa primera dosis no debe administrarse antes de los 2 meses de edad. La seguridad y eficacia de Bexsero en lactantes de menos de 8 semanas no se ha establecido. No se dispone de datos. ^bEn caso de retraso en la administración, la dosis de recuerdo no se debe administrar más tarde de los 24 meses de edad. ^cVer sección 5.1. La necesidad y el plazo de otras dosis de recuerdo no han sido determinados. ^dVer sección 5.1. ^eNo hay datos sobre los adultos mayores de 50 años.

Forma de administración. La vacuna se administra mediante inyección intramuscular profunda, preferiblemente en la zona anterolateral del muslo en lactantes o en la zona del músculo deltoide del brazo en sujetos mayores. Deben usarse zonas de inyección distintas si se administra más de una vacuna a la vez. La vacuna no debe inyectarse por vía intravenosa, subcutánea o intradérmica y no debe mezclarse con otras vacunas en la misma jeringa. Para consultar las instrucciones de manipulación de la vacuna antes de la administración, ver sección 6.6. **4.3 Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1.

4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo. Al igual que con otras vacunas, la administración de Bexsero debe poseer en caso de que el paciente sufra enfermedad febril aguda grave. No obstante, la presencia de una infección menor, como un resfriado, no es motivo para aplazar la vacunación. No inyectar por vía intravascular. Al igual que con todas las vacunas inyectables, siempre deberá estar inmediatamente disponible una supervisión y un tratamiento médico adecuados en caso de que se produzca una reacción anafiláctica tras la administración de la vacuna. En relación con la vacunación, pueden producirse reacciones de ansiedad, tales como reacciones vasovagales (síncope), hiperventilación o reacciones de estrés, como respuesta psicógena a la inyección con aguja (ver sección 4.8). Es importante contar con los procedimientos necesarios para evitar que el paciente se lesione a causa de un desfallecimiento. Esta vacuna no debe administrarse en pacientes con trombocitopenia o trastornos de la coagulación que pudieran contraindicar la inyección intramuscular, a no ser que el posible beneficio supere claramente el riesgo de administración. Al igual que con cualquier vacuna, es posible que la vacunación con Bexsero no proteja a todos los receptores de la vacuna. No se espera que Bexsero proporcione protección frente a todas las cepas circulantes de meningococo del grupo B (ver sección 5.1). Al igual que con muchas vacunas, los profesionales sanitarios deben saber que puede producirse una elevación de temperatura tras la vacunación de lactantes y niños (menos de 2 años de edad). La administración profiláctica de antipiréticos en el momento de la vacunación y justo después de ésta puede reducir la incidencia y la intensidad de las reacciones febriles. La medicación antipirética debe iniciarse según las directrices locales en lactantes y niños (menores de dos años). Es posible que las personas con capacidad de respuesta inmune disminuida, ya sea por el uso de terapia inmunosupresora, un trastorno genético u otras causas, tengan una menor respuesta de anticuerpos a la inmunización activa. Se dispone de datos de inmunogenicidad en sujetos con deficiencias del complemento, asplenia o disfunciones esplénicas (ver sección 5.1). No existen datos sobre el uso de Bexsero en sujetos mayores de 50 años y los datos son limitados en pacientes con condiciones médicas crónicas. Deberá considerarse el posible riesgo de apnea y la necesidad de control respiratorio durante 48-72 horas tras la primovacunación en lactantes muy prematuros (nacidos \leq 28 semanas de gestación) y, en particular, a aquellos con un historial previo de inmadurez respiratoria. Como el beneficio de la vacunación es alto en este grupo de lactantes, ésta no debería anularse ni retrasarse. El tapón de la jeringa puede contener látex de caucho natural. Aunque el riesgo de desarrollar reacciones alérgicas es muy pequeño, los profesionales de la salud deberán sopesar los beneficios y los riesgos antes de administrar esta vacuna a pacientes con un historial conocido de hipersensibilidad al látex. Se utiliza kanamicina en el proceso inicial de fabricación y se retira en fases posteriores del proceso. Los niveles de kanamicina, si los hay, son inferiores a 0,01 microgramos por dosis. No se ha establecido la seguridad de uso de Bexsero en las personas con hipersensibilidad a la kanamicina. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Uso con otras vacunas. Bexsero se puede administrar de manera simultánea con cualquiera de los siguientes antígenos de vacuna, ya sea como vacunas monovalentes o combinadas: difteria, tétanos, tos ferina acelular, *Haemophilus influenzae* tipo b, poliomeilitis inactivada, hepatitis B, conjugado neumocócico heptavalente, sarampión, paperas, rubéola, varicela y vacuna frente al meningococo del grupo C conjugada con CRM. Los estudios clínicos demostraron que las respuestas inmunes de las vacunas habituales coadministradas no resultaron afectadas por la administración simultánea de Bexsero, según índices de respuesta de anticuerpos no inferiores a los de las vacunas habituales administradas solas. En varios estudios se dieron resultados inconsistentes en las respuestas al poliovirus inactivado tipo 2 y al serotipo neumocócico 6B conjugado y también se observaron títulos de anticuerpos inferiores al antígeno pertactina de tos ferina, sin embargo, todos estos datos no sugieren una interferencia clínica significativa. Debido a un riesgo aumentado de fiebre, dolor a la presión en el lugar de inyección, cambio en los hábitos alimentarios e irritabilidad cuando Bexsero se administra conjuntamente con las vacunas antes mencionadas, debe considerarse la vacunación por separado siempre que sea posible. El uso profiláctico de paracetamol reduce la incidencia y la gravedad de la fiebre sin afectar a la inmunogenicidad de Bexsero o de las vacunas habituales. No se ha estudiado el efecto de otros antipiréticos distintos del paracetamol en la respuesta inmune. No se ha estudiado la administración simultánea de Bexsero con otras vacunas distintas de las mencionadas anteriormente. Cuando se administra de forma simultánea con otras vacunas, Bexsero debe administrarse en zonas de inyección independientes (ver sección 4.2). **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia.** Embarazo. No hay suficientes datos clínicos disponibles de embarazos expuestos. Se desconoce el posible riesgo en embarazadas. No obstante, la vacunación no debería aplazarse en caso de riesgo evidente de exposición a una infección meningocócica. No hubo evidencias de toxicidad fetal o materna ni de efectos en el embarazo, el compor-

tamiento materno, la fertilidad femenina o el desarrollo postnatal en un estudio en el que se administró Bexsero a conejas en dosis unas 10 veces superiores a las de los humanos basadas en el peso corporal. **Lactancia.** No hay información disponible sobre la seguridad de la lactancia en las mujeres y sus hijos durante el periodo de lactancia. Deben sopesarse los riesgos y los beneficios antes de tomar la decisión de inmunizar durante la lactancia. No se observaron reacciones adversas en conejas vacunadas ni en sus crías durante 29 días de lactancia. Bexsero fue inmunogénico en los animales madre vacunados antes de la lactancia y se detectaron anticuerpos en las crías, aunque no se determinaron los niveles de anticuerpos presentes en la leche. **Fertilidad.** No existen datos sobre fertilidad en humanos. No hubo efectos en la fertilidad femenina en los estudios con animales. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia de Bexsero sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. No obstante, alguno de los efectos mencionados en la sección 4.8 "Reacciones adversas" puede afectar de forma temporal a la capacidad para conducir o utilizar máquinas. **4.8 Reacciones adversas.** Resumen del perfil de seguridad. Se evaluó la seguridad de Bexsero en 17 estudios, incluyendo 10 ensayos clínicos controlados aleatorizados de los 10.565 sujetos (a partir de 2 meses de edad) que recibieron al menos una dosis de Bexsero. De los sujetos que recibieron Bexsero, 6.837 fueron lactantes y niños (menores de 2 años de edad), 1.051 fueron niños (de 2 a 10 años de edad) y 2.677 fueron adolescentes y adultos. De los lactantes que recibieron Bexsero como primovacunación, 3.285 recibieron una dosis de recuerdo en el segundo año de vida. En lactantes y niños (menores de 2 años) la reacción adversa local y sistémica más comúnmente observada en los ensayos clínicos fue dolor agudo a la presión y eritema en el lugar de inyección, fiebre e irritabilidad. En los estudios clínicos en lactantes vacunados a los 2, 4 y 6 meses de edad, se notificó fiebre (\geq 38 °C) en un 69% al 79% de los sujetos cuando Bexsero se coadministró con vacunas habituales (que contienen los siguientes antígenos: conjugado neumocócico heptavalente, difteria, tétanos, tos ferina acelular, hepatitis B, poliomeilitis inactivada y *Haemophilus influenzae* tipo b) frente a un 44% al 59% de los sujetos a los que se les administraron las vacunas habituales solas. Los mayores índices de uso de antipiréticos se observaron también en lactantes vacunados con Bexsero y vacunas habituales. Cuando Bexsero se administró solo, la frecuencia de aparición de fiebre fue similar a la asociada con las vacunas infantiles habituales administradas durante los ensayos clínicos. Cuando apareció la fiebre, normalmente siguió un patrón predecible, desapareciendo, en la mayoría de los casos, el día siguiente a la vacunación. En adolescentes y adultos, las reacciones adversas locales y sistémicas más frecuentemente observadas en los ensayos clínicos fueron dolor en el lugar de inyección, malestar general y cefalea. No se observó un aumento de la incidencia o la gravedad de las reacciones adversas con las dosis posteriores de la serie de vacunación. Tabla de reacciones adversas. Las reacciones adversas (tras inmunización primaria o dosis de recuerdo) que se considera que pueden estar, al menos, positivamente relacionadas con la vacunación se han clasificado por frecuencia. Frecuencias definidas como: Muy frecuentes: (\geq 1/10). Frecuentes: (\geq 1/100 a $<$ 1/100). Poco frecuentes: (\geq 1/1.000 a $<$ 1/1000). Raras: (\geq 1/10.000 a $<$ 1/1.000). Muy raras: ($<$ 1/10.000). Frecuencia no conocida: (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). En cada grupo de frecuencia, las reacciones adversas se presentan en orden de gravedad decreciente. Además de las notificaciones realizadas en los ensayos clínicos, se enumeran a continuación las notificaciones voluntarias de reacciones adversas recibidas a escala mundial para Bexsero desde su comercialización. Puesto que estas reacciones se notifican voluntariamente y proceden de una población con un tamaño sin determinar, no siempre es posible calcular su frecuencia de forma fiable y consecuentemente se han listado como frecuencia no conocida. **Lactantes y niños (hasta 10 años de edad).** Trastornos del sistema inmunológico. Frecuencia no conocida: reacciones alérgicas (incluyendo las reacciones anafilácticas). Trastornos del metabolismo y de la nutrición. Muy frecuentes: trastornos de la alimentación. Trastornos del sistema nervioso. Muy frecuentes: tendencia al sueño, llanto inusual, cefalea. Poco frecuentes: convulsiones (incluyendo convulsiones febriles). Frecuencia no conocida: episodio hipotónico-hiporrespuesta. Trastornos vasculares. Poco frecuentes: palidez (rara después de la dosis de recuerdo). Raras: Síndrome de Kawasaki. Trastornos gastrointestinales. Muy frecuentes: diarrea, vómitos (poco frecuentes después de la dosis de recuerdo). Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo. Muy frecuentes: erupción (niños de 12 a 23 meses de edad) (poco frecuente después de la dosis de recuerdo). Frecuentes: erupción (lactantes y niños de 2 a 10 años de edad). Poco frecuentes: eczema. Raras: urticaria. Trastornos musculoesqueléticos y de la nutrición. Muy frecuentes: artralgia. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración. Muy frecuentes: fiebre (\geq 38 °C), dolor agudo a la presión en el lugar de la inyección (incluyendo dolor intenso en el lugar de la inyección definido como llanto cuando se mueve la extremidad en la que se administró la inyección), eritema en el lugar de la inyección, hinchazón en el lugar de la inyección, induración en el lugar de la inyección, irritabilidad. Poco frecuentes: fiebre (\geq 40 °C). Frecuencia no conocida: reacciones en el lugar de la inyección (incluyendo hinchazón extensa de la extremidad vacunada, ampollas en el lugar de la inyección o en el área que la rodea y nódulo en el lugar de la inyección que puede permanecer durante más de un mes). **Adolescentes (desde 11 años de edad) y adultos.** Trastornos del sistema inmunológico. Frecuencia no conocida: reacciones alérgicas (incluyendo las reacciones anafilácticas). Trastornos del sistema nervioso. Muy frecuentes: cefalea. Frecuencia no conocida: síncope o respuestas vasovagales a la inyección. Trastornos gastrointestinales. Muy frecuentes: náuseas. Trastornos musculoesqueléticos y de la nutrición. Muy frecuentes: mialgia, artralgia. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración. Muy frecuentes: dolor agudo a la presión en el lugar de la inyección (incluyendo dolor intenso en el lugar de la inyección definido como dolor que impide realizar la actividad diaria normal), hinchazón en el lugar de la inyección, induración en el lugar de la inyección, eritema en el lugar de la inyección, malestar general. Frecuencia no conocida: fiebre, reacciones en el lugar de la inyección (incluyendo hinchazón extensa de la extremidad vacunada, ampollas en el lugar de la inyección o en el área que la rodea y nódulo en el lugar de la inyección que puede permanecer durante más de un mes). Notificación de sospechas de reacciones adversas. Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano, www.notificaRAM.es. **4.9 Sobredosis.** La experiencia de sobredosis es limitada. En caso de sobredosis, se recomienda el uso de las funciones vitales y el posible tratamiento de los síntomas. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1 Propiedades farmacodinámicas.** Grupo farmacoterapéutico: vacunas meningocócicas, código ATC: J07AH09. Mecanismo de acción. La inmunización con Bexsero está pensada para estimular la producción de anticuerpos bactericidas que reconocen a los antígenos de vacuna NHBA, NadA, fHbp, y PoRA P1.4 (el antígeno inmunodominante presente en el componente de OMV) y que se espera que protejan frente a la enfermedad meningocócica invasiva (IMD). Como estos antígenos se expresan de forma variada en diferentes cepas, los meningococos que los expresan en niveles suficientes son susceptibles de eliminación por los anticuerpos provocados por la vacuna. El sistema de tipificación del antígeno meningocócico (MATS) se desarrolló para relacionar perfiles de antígenos de distintas cepas de bacterias meningocócicas del grupo B con la eliminación de las cepas en el ensayo bactericida en suero con complemento humano (hSBA). Un estudio de aproximadamente 1.000 cepas aisladas diferentes de bacterias meningocócicas invasivas del grupo B durante 2007-2008 en 5 países europeos mostró que, dependiendo del país de origen, entre el 73% y el 87% de las cepas aisladas de bacterias meningocócicas del grupo B tenían un perfil de antígeno de MATS adecuado que podía ser cubierto por la vacuna. En general, el 78% (límites de confianza del 95% de 63-90%) de aproximadamente 1.000 cepas estudiadas resultó potencialmente susceptible a los anticuerpos inducidos por la vacuna. Eficacia clínica. La eficacia clínica de Bexsero no se ha evaluado mediante ensayos clínicos. La eficacia de la vacuna se ha deducido demostrando la inducción de respuestas de anticuerpos bactericidas en suero a cada uno de los antígenos de la vacuna (ver sección de inmunogenicidad). Inmunogenicidad. Las respuestas de los anticuerpos bactericidas en suero a cada uno de los antígenos de vacuna NadA, fHbp, NHBA y PoRA P1.4 se evaluaron mediante un grupo de cuatro cepas meningocócicas de referencia del grupo B. Se midieron los anticuerpos bactericidas frente a estas cepas mediante el ensayo bactericida en suero utilizando suero humano como fuente del complemento (hSBA). No hay datos disponibles de todas las pautas de vacunación que utilizan la cepa de referencia para NHBA. La mayoría de los estudios de inmunogenicidad primaria se realizaron como ensayos clínicos aleatorizados, controlados y multicéntricos. Se evaluó la inmunogenicidad en lactantes, niños, adolescentes y adultos. Inmunogenicidad en lactantes y niños. En estudios con lactantes, los participantes recibieron tres dosis de Bexsero a los 2, 4 y 6 meses de edad y una dosis de recuerdo en el segundo año de vida, a partir de los 12 meses de edad. Se obtuvieron sueros antes de la vacunación, un mes después de la tercera vacunación (ver Tabla 2) y un mes después de la vacunación con dosis de recuerdo (ver Tabla 3). En un estudio de extensión, se evaluó la persistencia de la respuesta inmune un año después de la dosis de recuerdo (ver Tabla 3). Los niños no vacunados previamente también recibieron dos dosis en el segundo año de vida, y se midió la persistencia de los anticuerpos un año después de la segunda dosis (ver Tabla 4). También se ha documentado la inmunogenicidad tras dos dosis en otro estudio en lactantes de 6 a 8 meses de edad en el momento de la inclusión (ver Tabla 4). En un ensayo clínico se ha evaluado una pauta de dos dosis seguida de una dosis de recuerdo en lactantes de 3 a 5 meses de edad. Inmunogenicidad en lactantes de 2 a 5 meses de edad. Primovacunación con tres dosis seguida de una dosis de recuerdo. Los resultados sobre la inmunogenicidad un mes después de tres dosis de Bexsero administradas a los 2, 3, 4 y 2, 4, 6 meses de edad se resumen en la Tabla 2. Las respuestas de los anticuerpos bactericidas un mes después de la tercera vacunación frente a cepas meningocócicas de referencia fueron altas frente a los antígenos fHbp, NadA y PoRA P1.4 en ambas pautas de vacunación con Bexsero. Las respuestas bactericidas frente al antígeno NHBA fueron también altas en lactantes vacunados según la pauta de 2, 4 y 6 meses, pero se observó que este antígeno era menos inmunogénico con la pauta de 2, 3 y 4 meses. No se conocen las consecuencias clínicas de la reducción de inmunogenicidad del antígeno NHBA en esta pauta.

Tabla 2. Respuestas de los anticuerpos bactericidas en suero 1 mes después de la tercera dosis de Bexsero administrado a los 2, 3, 4 o 2, 4, 6 meses de edad

Antígeno		Estudio V72P13 2, 4, 6 meses	Estudio V72P12 2, 3, 4 meses	Estudio V72P16 2, 3, 4 meses
fHbp	% seropositivo* (IC 95%)	N=1149 100% (99-100)	N=273 99% (97-100)	N=170 100% (98-100)
	GMT hSBA** (IC 95%)	91 (87-95)	82 (75-91)	101 (90-113)
NadA	% seropositivo (IC 95%)	N=1152 100% (99-100)	N=275 100% (99-100)	N=165 99% (97-100)
	GMT hSBA (IC 95%)	635 (606-665)	325 (292-362)	396 (348-450)
PorA P1.4	% seropositivo (IC 95%)	N=1152 84% (82-86)	N=274 81% (78-86)	N=171 78% (71-84)
	GMT hSBA (IC 95%)	14 (13-15)	11 (9,14-12)	10 (8,59-12)
NHBA	% seropositivo (IC 95%)	N=100 84% (75-91)	N=112 37% (28-46)	N=35 43% (26-61)
	GMT hSBA (IC 95%)	16 (13-21)	3,24 (2,49-4,21)	3,29 (1,85-5,83)

* % seropositivo = porcentaje de sujetos que obtuvieron hSBA \geq 1.5. ** GMT = media geométrica del título de anticuerpos. Los datos sobre la persistencia de los anticuerpos bactericidas 8 meses después de la vacunación con Bexsero a los 2, 3 y 4 meses de edad y 6 meses después de la vacunación con Bexsero a los 2, 4 y 6 meses de edad (antes de la dosis de recuerdo) y los datos de la dosis de recuerdo tras una cuarta dosis de Bexsero administrada a los 12 meses de edad se resumen en la Tabla 3. La persistencia de la respuesta inmune un año después de la dosis de recuerdo se presenta también en la Tabla 3.

Tabla 3. Respuestas de los anticuerpos bactericidas en suero tras una dosis de recuerdo a los 12 meses después de la primovacunación administrada a los 2, 3 y 4 o 2, 4 y 6 meses de edad, y persistencia del anticuerpo bactericida un año después de la dosis de recuerdo.

Antígeno		2, 3, 4, 12 meses	2, 4, 6, 12 meses
fHbp	antes de la dosis de recuerdo* % seropositivo** (IC 95%) GMT hSBA*** (IC 95%)	N=81 58% (47-69) 5,79 (4,54-7,39)	N=426 82% (78-85) 10 (9,55-12)
	1 mes después de la dosis de recuerdo % seropositivo (IC 95%) GMT hSBA (IC 95%)	N=83 100% (96-100) 135 (108-170)	N=422 100% (99-100) 128 (118-139)
	12 meses después de la dosis de recuerdo % seropositivo (IC 95%) GMT hSBA (IC 95%)	-	N=299 62% (56-67) 6,5 (5,63-7,5)
NadA	antes de la dosis de recuerdo % seropositivo (IC 95%) GMT hSBA (IC 95%)	N=79 97% (91-100) 63 (49-83)	N=423 99% (97-100) 81 (74-89)
	1 mes después de la dosis de recuerdo % seropositivo (IC 95%) GMT hSBA (IC 95%)	N=84 100% (96-100) 1558 (1262-1923)	N=421 100% (99-100) 1465 (1350-1590)
	12 meses después de la dosis de recuerdo % seropositivo (IC 95%) GMT hSBA (IC 95%)	-	N=298 97% (95-99) 81 (71-94)
PorA P1.4	antes de la dosis de recuerdo % seropositivo (IC 95%) GMT hSBA (IC 95%)	N=83 19% (11-29) 1,61 (1,32-1,96)	N=426 22% (18-26) 2,14 (1,94-2,36)
	1 mes después de la dosis de recuerdo % seropositivo (IC 95%) GMT hSBA (IC 95%)	N=86 97% (90-99) 47 (36-62)	N=424 95% (93-97) 35 (31-39)
	12 meses después de la dosis de recuerdo % seropositivo (IC 95%) GMT hSBA (IC 95%)	-	N=300 17% (13-22) 1,91 (1,7-2,15)
NHBA	antes de la dosis de recuerdo % seropositivo (IC 95%) GMT hSBA (IC 95%)	N=69 25% (15-36) 2,36 (1,75-3,18)	N=100 61% (51-71) 8,4 (6,4-11)
	1 mes después de la dosis de recuerdo % seropositivo (IC 95%) GMT hSBA (IC 95%)	N=67 76% (64-86) 12 (8,52-17)	N=100 98% (93-100) 42 (36-50)
	12 meses después de la dosis de recuerdo % seropositivo (IC 95%) GMT hSBA (IC 95%)	-	N=291 36% (31-42) 3,35 (2,88-3,9)

* el momento antes de la dosis de recuerdo representa la persistencia de anticuerpos bactericidas 8 meses después de la vacunación con Bexsero a los 2, 3 y 4 meses de edad y 6 meses después de la vacunación con Bexsero a los 2, 4 y 6 meses. ** % seropositivo = porcentaje de sujetos que obtuvieron hSBA \geq 1.5. *** GMT = media geométrica del título de anticuerpos. En un estudio adicional en niños de 4 años de edad que recibieron la pauta completa de primovacunación y de recuerdo mientras eran lactantes, se observó un descenso en los títulos de anticuerpos frente a los antígenos PorA P1.4 y fHbp (que alcanzaron el 9%-10% y el 12%-20% de los sujetos con hSBA \geq 1.5, respectivamente). En el mismo estudio, la respuesta a una dosis adicional fue indicativa de memoria inmunológica, ya que el 81%-95% de los sujetos alcanzaron un hSBA \geq 1.5 para el antígeno PorA P1.4 y el 97%-100% lo alcanzaron para el antígeno fHbp tras la vacunación adicional. No se ha establecido la importancia clínica de esta observación ni la necesidad de dosis de recuerdo adicionales para mantener la inmunidad protectora a largo plazo. **Primovacunación con dos dosis seguidas de una dosis de recuerdo.** En un ensayo clínico adicional de fase 3 se evaluó la inmunogenicidad tras dos dosis de vacunación primaria (a los 3 meses y medio y a los 5 meses de edad) o tras tres dosis de vacunación primaria (a los 2 meses y medio, 3 meses y medio y 5 meses de edad) de Bexsero seguidas de una dosis de recuerdo en lactantes que empezaron la vacunación entre los 2 y 5 meses de edad. Los porcentajes de sujetos seropositivos (es decir, que alcanzan un hSBA de, al menos, 1.4) oscilaron entre el 44% y el 100% un mes después de la segunda dosis, y entre el 55% y el 100% un mes después de la tercera dosis. Un mes tras la dosis de recuerdo administrada 6 meses después de la última dosis, los porcentajes de sujetos seropositivos oscilaron entre el 87% y el 100% para la pauta de dos dosis, y entre el 83% y el 100% para la pauta de tres dosis. Se evaluó la persistencia de anticuerpos en un estudio de extensión en niños de 3 a 4 años de edad. Porcentajes comparables de sujetos fueron seropositivos a los 2-3 años después de haber sido previamente vacunados con dos dosis seguidas de una dosis de recuerdo de Bexsero (oscilando entre el 35% y el 91%) o con tres dosis seguidas de una dosis de recuerdo (oscilando entre el 36% y el 84%). En el mismo estudio, la respuesta a una dosis adicional administrada de 2 a 3 años después de la dosis de recuerdo fue indicativa de memoria inmunológica, tal y como lo demuestra una respuesta robusta de anticuerpos frente a todos los antígenos de Bexsero, que oscila entre el 81% y el 100% y entre el 70% y el 99%, respectivamente. Estas observaciones son consistentes con una adecuada respuesta de primovacunación de 2 dosis o de 3 dosis en la primera infancia seguidas de una dosis de recuerdo de Bexsero. **Inmunogenicidad en lactantes de 6 a 11 meses y en niños de 12 a 23 meses de edad.** La inmunogenicidad tras dos dosis administradas con un intervalo de dos meses en niños de 6 a 23 meses se ha documentado en dos estudios cuyos resultados se resumen en la Tabla 4. Frente a cada uno de los antígenos de la vacuna, los índices de serorrespuesta y las GMT de hSBA fueron altos y similares tras la serie de dos dosis en lactantes de 6 a 8 meses de edad y en niños de 13 a 15 meses de edad. Los datos sobre la persistencia de anticuerpos un año después de las dos dosis a los 13 y a los 15 meses de edad también se resumen en la Tabla 4.

Tabla 4. Respuestas de los anticuerpos bactericidas en suero tras la vacunación con Bexsero a los 6 y 8 meses de edad o a los 13 y 15 meses de edad y persistencia de anticuerpos bactericidas un año después de las dos dosis a los 13 y 15 meses de edad

Antígeno		Intervalo de edad	
		6 a 11 meses de edad	12 a 23 meses de edad
		Edad de vacunación	
		6, 8 meses	13, 15 meses
fHbp	1 mes después de la 2ª dosis % seropositivo* (IC 95%) GMT hSBA** (IC 95%)	N=23 100% (85-100) 250 (173-361)	N=163 100% (98-100) 271 (237-310)
	12 meses después de la 2ª dosis % seropositivo (IC 95%) GMT hSBA (IC 95%)	-	N=68 74% (61-83) 14 (9,4-20)
NadA	1 mes después de la 2ª dosis % seropositivo (IC 95%) GMT hSBA (IC 95%)	N=23 100% (85-100) 534 (395-721)	N=164 100% (98-100) 599 (520-690)
	12 meses después de la 2ª dosis % seropositivo (IC 95%) GMT hSBA (IC 95%)	-	N=68 97% (90-100) 70 (47-104)
PorA P1.4	1 mes después de la 2ª dosis % seropositivo (IC 95%) GMT hSBA (IC 95%)	N=22 95% (77-100) 27 (21-36)	N=164 100% (98-100) 43 (38-49)
	12 meses después de la 2ª dosis % seropositivo (IC 95%) GMT hSBA (IC 95%)	-	N=68 18% (9-29) 1,65 (1,2-2,28)
NHBA	1 mes después de la 2ª dosis % seropositivo (IC 95%) GMT hSBA (IC 95%)	-	N=46 63% (48-77) 11 (7,07-16)
	12 meses después de la 2ª dosis % seropositivo (IC 95%) GMT hSBA (IC 95%)	-	N=65 38% (27-51) 3,7 (2,15-6,35)

* % seropositivo = porcentaje de sujetos que obtuvieron hSBA \geq 1.4 (en el intervalo de 6 a 11 meses de edad) y hSBA \geq 1.5 (en el intervalo de 12 a 23 meses de edad). ** GMT = media geométrica del título de anticuerpos. **Inmunogenicidad en niños de 2 a 10 años de edad.** Se ha evaluado en dos ensayos clínicos de fase 3 la inmunogenicidad tras dos dosis de Bexsero administradas con un intervalo de uno o dos meses en niños de 2 a 10 años de edad. En el primer estudio, cuyos resultados se resumen en la Tabla 5, los participantes recibieron dos dosis de Bexsero con un intervalo de dos meses entre las dosis. Las tasas de serorrespuesta y las GMTs de hSBA frente a cada uno de los antígenos de la vacuna fueron altas tras el esquema de dos dosis en niños (Tabla 5).

Tabla 5. Respuestas de los anticuerpos bactericidas en suero 1 mes después de la segunda dosis de Bexsero administrada a niños de 2 a 10 años de edad siguiendo un esquema de 0, 2 meses

Antígeno		2 a 5 años de edad	6 a 10 años de edad
fHbp	% seropositivo* (IC 95%)	N=99 100% (96-100)	N=287 99% (96-100)
	GMT hSBA** (IC 95%)	140 (112-175)	112 (96-130)
NadA	% seropositivo (IC 95%)	N=99 99% (95-100)	N=291 100% (98-100)
	GMT hSBA (IC 95%)	584 (466-733)	457 (392-531)
PorA P1.4	% seropositivo (IC 95%)	N=100 98% (93-100)	N=289 99% (98-100)
	GMT hSBA (IC 95%)	42 (33-55)	40 (34-48)
NHBA	% seropositivo (IC 95%)	N=95 91% (83-96)	N=275 95% (92-97)
	GMT hSBA (IC 95%)	23 (18-30)	35 (29-41)

* % seropositivo = porcentaje de sujetos que obtuvieron hSBA \geq 1.4 (frente a las cepas de referencia para los antígenos fHbp, NadA, PorA P1.4) y hSBA \geq 1.5 (frente a la cepa de referencia para el antígeno NHBA). ** GMT = media geométrica del título de anticuerpos. Un porcentaje alto de sujetos fueron seropositivos en el segundo estudio, en el que se administraron dos dosis de Bexsero con un mes de diferencia. Además, se evaluó una respuesta inmune temprana tras la primera dosis. Los porcentajes de sujetos seropositivos (es decir, que alcanzan un hSBA de, al menos, 1.4) para las cepas oscilaron entre el 46% y el 95% un mes después de la primera dosis, y entre el 69% y el 100% un mes después de la segunda dosis (Tabla 6).

Tabla 6. Respuestas de los anticuerpos bactericidas en suero 1 mes después de la segunda dosis de Bexsero administrada a niños de 2 a 10 años de edad siguiendo un esquema de 0, 1 meses.

Antígeno		35 a 47 meses de edad	4 a 7 años de edad	8 a 10 años de edad
fHbp	% seropositivo* (IC 95%)	N=98 100% (96,3-100)	N=54 98% (90,1-99,95)	N=34 100% (89,7-100)
	GMT hSBA** (IC 95%)	107 (84-135)	76,62 (54-108)	52,32 (34-81)
NadA	% seropositivo (IC 95%)	N=98 100% (96,3-100)	N=54 100% (93,4-100)	N=34 100% (89,7-100)
	GMT hSBA (IC 95%)	631 (503-792)	370,41 (264-519)	350,49 (228-540)
PorA P1.4	% seropositivo (IC 95%)	N=98 100% (96,3-100)	N=54 100% (93,4-100)	N=33 100% (89,4-100)
	GMT hSBA (IC 95%)	34 (27-42)	30,99 (28-49)	30,75 (20-47)
NHBA	% seropositivo (IC 95%)	N=91 75% (64,5-83,3)	N=52 69% (54,9-81,3)	N=34 76% (58,8-89,3)
	hSBA GMT (IC 95%)	12 (7,57-18)	9,33 (5,71-15)	12,35 (6,61-23)

* % seropositivo = porcentaje de sujetos que obtuvieron hSBA \geq 1.4 (frente a las cepas de referencia para los antígenos fHbp, NadA, PorA P1.4) y hSBA \geq 1.5 (frente a la cepa de referencia para el antígeno NHBA). ** GMT = media geométrica del título de anticuerpos. **Inmunogenicidad en adolescentes (a partir de 11 años de edad) y adultos.** Los adolescentes recibieron dos dosis de Bexsero con intervalos de uno, dos o seis meses entre dosis; estos datos se resumen en las Tablas 7 y 8. En los estudios con adultos, se obtuvieron datos tras dos dosis de Bexsero con un intervalo de uno o dos meses entre dosis (ver Tabla 9). Las pautas de vacunación de dos dosis administradas con un intervalo de uno o dos meses mostraron respuestas inmunes similares tanto en adultos como en adolescentes. También se observaron respuestas similares en adolescentes a los que se administraron dos dosis de Bexsero con un intervalo de seis meses.

Tabla 7. Respuestas de anticuerpos bactericidas en suero en adolescentes un mes después de la administración de dos dosis de Bexsero según distintos esquemas de dos dosis y persistencia de anticuerpos bactericidas entre 18 y 23 meses después de la segunda dosis

Antígeno	0, 1 meses	0, 2 meses	0, 6 meses	
fhbp	1 mes después de la segunda dosis	N=638	N=319	N=86
	% seropositivo* (IC 95%)	100% (99-100)	100% (99-100)	100% (99-100)
	GMT hSBA** (IC 95%)	210 (193-229)	234 (209-263)	218 (157-302)
	18-23 meses después de la segunda dosis	N=102	N=106	N=49
	% seropositivo (IC 95%)	82% (74-89)	81% (72-88)	84% (70-93)
GMT hSBA (IC 95%)	29 (20-42)	34 (24-49)	27 (16-45)	
NadA	1 mes después de la segunda dosis	N=639	N=320	N=86
	% seropositivo (IC 95%)	100% (99-100)	99% (98-100)	99% (94-100)
	GMT hSBA (IC 95%)	490 (455-528)	734 (653-825)	880 (675-1147)
	18-23 meses después de la segunda dosis	N=102	N=106	N=49
	% seropositivo (IC 95%)	93% (86-97)	95% (89-98)	94% (83-99)
GMT hSBA (IC 95%)	40 (30-54)	43 (33-58)	65 (43-98)	
PorA P1.4	1 mes después de la segunda dosis	N=639	N=319	N=86
	% seropositivo (IC 95%)	100% (99-100)	100% (99-100)	100% (96-100)
	GMT hSBA (IC 95%)	92 (84-102)	123 (107-142)	140 (101-195)
	18-23 meses después de la segunda dosis	N=102	N=106	N=49
	% seropositivo (IC 95%)	75% (65-83)	75% (66-83)	86% (73-94)
GMT hSBA (IC 95%)	17 (12-24)	19 (14-27)	27 (17-43)	
NHBA	1 mes después de la segunda dosis	N=46	N=46	-
	% seropositivo (IC 95%)	100% (92-100)	100% (92-100)	-
	GMT hSBA (IC 95%)	99 (76-129)	107 (82-140)	-

* % seropositivo = porcentaje de sujetos que obtuvieron hSBA $\geq 1:4$. ** GMT = media geométrica del título. En el estudio con adolescentes, las respuestas bactericidas después de las dos dosis de Bexsero se estratificaron según un hSBA inicial inferior a 1:4 o igual o mayor a 1:4. Los porcentajes o índices de serorrespuesta en sujetos con, al menos, un aumento de 4 veces el título de hSBA con respecto al inicio hasta un mes después de la segunda dosis de Bexsero se resumen en la Tabla 8. Después de la vacunación con Bexsero, un alto porcentaje de los pacientes eran seropositivos y sus títulos de hSBA aumentaron hasta 4 veces independientemente del estado previo a la vacunación.

Tabla 8. Porcentaje de adolescentes con serorrespuesta y aumento de los títulos bactericidas de, al menos, 4 veces un mes después de las dos dosis de Bexsero administradas según distintos esquemas de dos dosis, estratificados según los títulos previos a la vacunación

Antígeno		0, 1 meses	0, 2 meses	0, 6 meses	
fhbp	% seropositivo* después de la segunda dosis (IC 95%)	título previo a la vacunación < 1:4	N=369 100% (98-100)	N=179 100% (98-100)	N=55 100% (94-100)
		título previo a la vacunación $\geq 1:4$	N=269 100% (99-100)	N=140 100% (97-100)	N=31 100% (89-100)
	% de incremento de 4 veces después de la segunda dosis (IC 95%)	título previo a la vacunación < 1:4	N=369 100% (98-100)	N=179 100% (98-100)	N=55 100% (94-100)
		título previo a la vacunación $\geq 1:4$	N=268 90% (86-93)	N=140 86% (80-92)	N=31 90% (74-98)
NadA	% seropositivo después de la segunda dosis (IC 95%)	título previo a la vacunación < 1:4	N=427 100% (99-100)	N=211 99% (97-100)	N=64 98% (92-100)
		título previo a la vacunación $\geq 1:4$	N=212 100% (98-100)	N=109 100% (97-100)	N=22 100% (85-100)
	% de incremento de 4 veces después de la segunda dosis (IC 95%)	título previo a la vacunación < 1:4	N=426 99% (98-100)	N=211 99% (97-100)	N=64 98% (92-100)
		título previo a la vacunación $\geq 1:4$	N=212 96% (93-98)	N=109 95% (90-98)	N=22 95% (77-100)
PorA P1.4	% seropositivo después de la segunda dosis (IC 95%)	título previo a la vacunación < 1:4	N=427 100% (98-100)	N=208 100% (98-100)	N=64 100% (94-100)
		título previo a la vacunación $\geq 1:4$	N=212 100% (98-100)	N=111 100% (97-100)	N=22 100% (85-100)
	% de incremento de 4 veces después de la segunda dosis (IC 95%)	título previo a la vacunación < 1:4	N=426 99% (98-100)	N=208 100% (98-100)	N=64 100% (94-100)
		título previo a la vacunación $\geq 1:4$	N=211 81% (75-86)	N=111 77% (68-84)	N=22 82% (60-95)
NHBA	% seropositivo después de la segunda dosis (IC 95%)	título previo a la vacunación < 1:4	N=2 100% (16-100)	N=9 100% (66-100)	-
		título previo a la vacunación $\geq 1:4$	N=44 100% (92-100)	N=37 100% (91-100)	-
	% de incremento de 4 veces después de la segunda dosis (IC 95%)	título previo a la vacunación < 1:4	N=2 100% (16-100)	N=9 89% (52-100)	-
		título previo a la vacunación $\geq 1:4$	N=44 30% (17-45)	N=37 19% (8-35)	-

* % seropositivo = porcentaje de sujetos que obtuvieron hSBA $\geq 1:4$.

Tabla 9. Respuestas de anticuerpos bactericidas en suero en adultos después de la administración de dos dosis de Bexsero según distintos esquemas de dos dosis

Antígeno	0, 1 meses	0, 2 meses	
fhbp	1 mes después de la segunda dosis	N=28	N=46
	% seropositivo* (IC 95%)	100% (88-100)	100% (92-100)
	GMT hSBA** (IC 95%)	100 (75-133)	93 (71-121)
NadA	1 mes después de la segunda dosis	N=28	N=46
	% seropositivo (IC 95%)	100% (88-100)	100% (92-100)
	GMT hSBA (IC 95%)	566 (338-948)	144 (108-193)
PorA P1.4	1 mes después de la segunda dosis	N=28	N=46
	% seropositivo (IC 95%)	96% (82-100)	91% (79-98)
	GMT hSBA (IC 95%)	47 (30-75)	32 (21-48)

* % seropositivo = porcentaje de sujetos que obtuvieron hSBA $\geq 1:4$. ** GMT = media geométrica del título de anticuerpos. No se ha evaluado la respuesta bactericida en suero al antígeno NHBA.

Inmunogenicidad en poblaciones especiales. Niños y adolescentes con deficiencias del complemento, asplenia, o disfunción esplénica. En el

ensayo clínico de fase 3, niños y adolescentes de 2 a 17 años de edad con deficiencias del complemento (40), asplenia o disfunción esplénica (107) y sujetos sanos de la misma edad (85) recibieron dos dosis de Bexsero con dos meses de diferencia. Un mes después de la serie de vacunación de 2 dosis, los porcentajes de sujetos con hSBA $\geq 1:5$ en sujetos con deficiencias del complemento y con asplenia o disfunción esplénica fueron 87% y 97% para el antígeno fhbp, 95% y 100% para el antígeno NadA, 68% y 86% para el antígeno PorA P1.4, 73% y 94% para el antígeno NHBA, respectivamente, lo que indica una respuesta inmune en estos sujetos inmunocomprometidos. Los porcentajes de sujetos sanos con hSBA $\geq 1:5$ fueron 98% para el antígeno fhbp, 99% para el antígeno NadA, 83% para el antígeno PorA P1.4 y 99% para el antígeno NHBA. La Agencia Europea de Medicamentos ha concedido al titular un aplazamiento para presentar los resultados de los ensayos realizados con Bexsero en uno o más grupos de la población pediátrica para la prevención de la enfermedad meningocócica causada por *Neisseria meningitidis* grupo B (ver sección 4.2 para consultar la información sobre el uso en la población pediátrica). **5.2 Propiedades farmacocinéticas.** No procede. **5.3 Datos preclínicos sobre seguridad.** Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios de toxicidad a dosis repetidas y de toxicidad para la reproducción y el desarrollo. **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1 Lista de excipientes.** Cloruro de sodio. Histidina. Sacarosa. Agua para preparaciones inyectables. Para los adsorbentes ver sección 2. **6.2 Incompatibilidades.** En ausencia de estudios de compatibilidad, este medicamento no debe mezclarse con otros. **6.3 Periodo de validez.** 3 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación.** Conservar en nevera (2°C - 8°C). No congelar. Conservar en el embalaje original para protección de la luz. **6.5 Naturaleza y contenido del envase.** Suspensión de 0,5 ml en jeringa precargada (vidrio tipo I) con émbolo (goma de bromobutilo tipo I) y tapón protector (goma tipo I o tipo II) con o sin agujas. Envases de 1 o 10 jeringas. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** Durante el almacenamiento, puede observarse un depósito fino blanquecino en la suspensión que contiene la jeringa precargada. Antes de su uso, la jeringa precargada debe agitarse bien para formar una suspensión homogénea. La vacuna debe inspeccionarse visualmente por si hubiera partículas o decoloración antes de la administración. En caso de que se observaran vacunas extrañas y/o alteración del aspecto físico, no administre la vacuna. Si el envase contiene dos agujas de diferente longitud, elija la más adecuada para garantizar que la vacuna pueda administrarse por vía intramuscular. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** GSK Vaccines S.r.l., Via Fiorentina 1, 53100 Siena, Italia. **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** EU/1/12/812/001, EU/1/12/812/002, EU/1/12/812/003, EU/1/12/812/004. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización: 14 de enero de 2013. Fecha de la última renovación: 18 de septiembre de 2017. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** 07/06/2018. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu>. **11. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. No reembolsable por el Sistema Nacional de Salud en Oficina de Farmacia. Bexsero suspensión inyectable, 1 dosis P.V.P. 102,07€ P.V.P. IVA 106,15€

Recomendaciones de vacunación frente a EMI por serogrupo B en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad-Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.^{1,2}

<p>Personas con riesgo alto de padecer enfermedad meningocócica invasora (EMI)</p>	<ol style="list-style-type: none"> Personas con deficiencia de properdina o con deficiencias de los factores terminales del complemento (incluyendo las que reciben o van a recibir eculizumab). Personas con asplenia o disfunción esplénica grave (anemia de células falciformes) y en aquellos con resección quirúrgica programada. Personas que han sufrido un episodio de EMI.^a Personal de laboratorio (técnicos de laboratorio y microbiólogos) que trabaje con muestras que potencialmente puedan contener <i>N. meningitidis</i>.^b 	<p>Estas recomendaciones se basan en el mayor riesgo de EMI en estos grupos de población, ya que en estos momentos no hay información sobre la inmunogenicidad ni sobre la eficacia de la vacuna Bexsero en esta población.</p>
<p>Casos y contactos en brotes</p>	<ol style="list-style-type: none"> En agrupaciones de casos o brotes, que cumplan además las dos características siguientes: <ul style="list-style-type: none"> En la misma institución, organización o grupo social. En un periodo de tiempo ≤ 4 semanas. En brotes comunitarios, que cumplan además las dos características siguientes: <ul style="list-style-type: none"> En un ámbito comunitario definido. En un periodo de tiempo ≤ 3 meses. Situaciones de hiperendemia.^a Otras situaciones particulares en las que la autoridad sanitaria establezca la necesidad de vacunación. <p>Ante la aparición de casos esporádicos se recomienda la vacunación de los casos, pero no de sus contactos sanos. En estas situaciones se vacunará a los contactos cercanos con los factores de riesgo incluidos en el apartado anterior.</p> 	<p>Las recomendaciones de actuación las establecerá la autoridad sanitaria competente. La quimioprofilaxis anti-biótica es la intervención más eficaz para interrumpir la transmisión y se estima que reduce el riesgo de EMI en contactos en un 89%. Las recomendaciones de vacunación no sustituyen a las de quimioprofilaxis. Se recomienda remitir al Centro Nacional de Microbiología todas las cepas aisladas y muestras clínicas con sospecha, pero sin confirmación microbiológica, para su tipado/caracterización.</p>

- Deben vacunarse frente a enfermedad meningocócica por serogrupos B y C, independientemente del estado previo de vacunación.
- En cualquier caso, se recomienda la valoración de la vacunación de estos profesionales por los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.
- Definidos por la aparición de dos o más casos confirmados de enfermedad meningocócica por serogrupo B.
- Definidos como aparición de tres o más casos confirmados de enfermedad meningocócica por serogrupo B.
- Definida por la aparición gradual y potencialmente duradera de un clon cubierto por la vacuna en un área geográfica.

Referencias:

- Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación 2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Vacuna frente a la Enfermedad Meningocócica Invasora por Serogrupo B. Información para Profesionales Sanitarios, 2016. Acceso septiembre 2018. Disponible en: https://www.mssi.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/VacunacionMeningococo_ProfSanitarios.pdf
- Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación 2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Preguntas y Respuestas sobre la Vacunación frente a la Enfermedad Meningocócica por Serogrupo B. Acceso septiembre 2018. Disponible en: https://www.mssi.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/VacunacionMeningococo_PoblacionGeneral.pdf

Ya viene el sol

Josefa

Manuel Machuca González*

A Josefa le gustaba escribir poesías para una hija que nunca las pudo escuchar. Ahora le tiembla la mano, las letras no le salen como a ella le gustaría, y se da cuenta. Aun así, continúa juntando recuerdos para su nieta, y poco a poco los pasa a una libreta que será una de las herencias más valiosas que reciba.

Ha cumplido 89 años a finales de mayo. Ya no puede coser, pero aún escribe, porque a escribir y a recordar le tiene más fe que a los parches de nitroglicerina que le receta su médico, que usaba para que no se despegase la tapa del mando a distancia del televisor. Ahora que tiene una nueva, ha dejado de necesitarlos.

Una familia es una escalera, dice Josefa. Si te encuentras en un peldaño, has de luchar por que tus hijos asciendan unos cuantos, y para que después los nietos puedan subir otros tantos más. Su marido trabajó de mecánico en una empresa de hilaturas, ella cosía para la calle. Siempre perseveraron para que sus hijos estudiaran, para que llegasen lo más lejos posible, incluso hasta la universidad. Ya de pequeños aparecían en los cuadros de honor del colegio, y no sólo por sus notas, también por su sentido de la higiene y la urbanidad. Tenían fama de ser los más limpios de su clase, y Josefa sabía muy bien por qué. Únicamente disponían de la ropa que llevaban y una muda. Cada noche, Josefa lavaba la ropa que sus hijos se quitaban y la ponía a secar al sahumero. Quizá por eso durante el invierno sus hijos dejaron en sus clases un aroma a romero y lavanda.

Cuando su hija tenía que estudiar por la noche, ella le preparaba algo de comer, un dulcecito y un café, y se sentaba callada a su lado, sin interrumpirla, a coser la ropa y los uniformes que le encargaban en una tienda. Quería ayudarla a subir peldaños, y lo consiguió.



COMENTA EN www.elfarmacutico.es

©123RF

Los hijos de un mecánico que llegaba cada día embadurnado de grasa y de la costurera que se dejó la vista enhebrando agujas cumplieron el juramento que se hicieron sus padres al tenerlos. Ninguno de ellos trabajaría en la fábrica ni cosería para la calle. Hoy uno es ingeniero, que sí trabajó en una, aunque de una forma distinta; otro, enfermero, y la hija, psicóloga, que venció al sueño de noches largas de estudio, aunque no pudo con los embates del cangrejo que la invadió.

Los nietos de Josefa continúan escalando peldaños, pero no quieren olvidar la escalera que su familia ascendió durante generaciones. Por eso una de sus nietas anima a Josefa a que continúe escribiendo, aunque ya no sean las poesías

que brotaron de un alma quebrada por ese dolor antinatural de tener que enterrar a una hija, sino los recuerdos de una vida tan dura como limpia, lavada con el mejor detergente del mundo, ese al que llaman honestidad. Y Josefa escribe, no deja de escribir, porque le hace bien a su memoria, y porque le hace aún más bien a la memoria de su familia, que es la nuestra, la suya y la mía, compañero, la de todos.

Hay quien cree que la historia del mundo la escriben los reyes, con sus batallas, sus conquistas, sus logros y sus fracasos. Otros, en cambio, pensamos que el verdadero relato de la vida es el de los de abajo, esos que cada día se lanzan a la calle a ganarse el pan para su familia. Haga frío o calor, cambie el gobierno o la Constitución. Pase lo que pase, las Josefas y los Josés del mundo se levantarán a la misma hora de todos los días y comprarán en la panadería el pan que habrán amasado unas manos limpias, antes de cumplir la tarea

*<https://manuelmachuca.me>

Sin aristas

Soledumbre

Marisol Donis*

«Si quieres saber quiénes son tus amigos, haz que te metan en la cárcel». Esta frase la leí en cierta ocasión, pero no recuerdo quién la escribió. Sea como sea, acertó de pleno.

Iñaki Urdangarín está en prisión y llegó con poco equipaje, dejando fuera de los muros carcelarios menos amigos de los que esperaba. Eligió la prisión abulense de Brieva, que cuenta con un módulo para albergar a 95 internas y otro especial destinado a hombres, hasta ahora vacío. Sólo estará él. Pero llamarlo módulo es mucho decir, porque es un simple pasillo con cinco celdas de 2,5 por 4 m². Todo ello en soledad. Mejor dicho, en soledumbre. En momentos puntuales estará acompañado por una psicóloga, un consejero espiritual y algún funcionario. No podrá compartir actividades productivas, escuela o cursos con las reclusas. Eso sí, dispondrá de un patio de 25 metros cuadrados para pasear.

¿Trato de favor? No lo sé. De hecho, ha elegido lo más duro. Ahí no hay privilegios. Horas y horas sin hablar con nadie, sin que nadie le hable. El titular de un periódico lo exageraba aún más: «La atroz soledad de Urdangarín, sin wifi y un solo funcionario cada 8 horas».

La soledad, en ocasiones, es buena consejera... hasta que el tedio se hace insoportable. No siempre estamos preparados para vivir en soledad, y menos aún cuando uno ha pasado media vida adulado por todos. Concepción Arenal, ilustre penitenciarista, era contraria al sistema que imperaba en su época de permanecer durante el día bajo la regla del silencio, y más contraria aún al aislamiento, porque, para ella, así como el hombre necesita cierto volumen de aire y cierta dosis de alimento, también necesita cierta dosis de compañía, ya que tan seguro como que respira y come lo es que es sociable y, si en cualquier situación necesita compañía, más aún en las horas bajas, cuando tu vida ha dado un vuelco.

La soledumbre, o soledad elegida de Urdangarín, podría ser más llevadera si se refugia en la lectura o la es-



COMENTA EN www.elfarmacutico.es

©123RF

critura, como hicieron otros antes que él. Porque la soledumbre es a veces gran maestra y, en esa situación, el comenzar a escribir con buen estilo no es una quimera. Cualquier cosa menos la ociosidad.

Cervantes, acusado de quedarse con dinero del erario público cuando era recaudador de impuestos en Sevilla, en 1597, estuvo en prisión, y en prisión comenzó a crear su Don Quijote de la Mancha.

Quevedo, afamado escritor de familia hidalga, noble y potentado, estuvo alojado en la cárcel de San Marcos en pleno invierno y en una celda subterránea. Incluso llegó a describir su habitáculo: «Tan húmeda como un manantial, tan fría que nunca deja de parecer enero. Tiene más traza de sepulcro que de cárcel». En sus cartas afirmaba: «Estoy molesto, difamado, como fiera encerrado, solo en un apo-

sento sin comercio humano».

Algunas de las obras literarias más importantes de todos los tiempos se escribieron en cautividad.

Urdangarín ya ha sido clasificado en segundo grado penitenciario, una medida que se establece a los dos meses de entrar en prisión, y que obtienen la mayoría de los presos. Se comenta que probablemente escribirá sus *Memorias* durante el internamiento. Podrían comenzar como en un cuento de hadas: «Érase una vez, en un reino cercano...», y concluir, ya en libertad, emulando a Fray Luis de León en el siglo XVI, quien, después de un encarcelamiento de cinco años por traducir libros prohibidos, cuando salió libre y regresó a su cátedra comenzó su clase así: «Como decíamos ayer...». Unamuno también empleó esa frase después de un exilio forzado tras ser expulsado de la universidad.

Los finales, sin embargo, nunca son sencillos de narrar, bastará con que nos lleve al conocimiento de una verdad insospechada que emerge y da sentido a todo. ●

*Farmacéutica y criminóloga

NAIL FRAGILITY

Betalfatrus®

Laca ungueal remineralizante y reestructurante



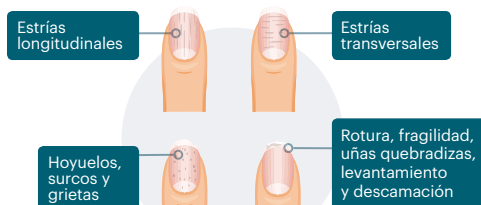
Betalfatrus®

Refuerza las uñas frágiles y favorece su crecimiento.



14 días uñas más fuertes¹

Uso Ungueal COMPATIBLE Con esmalte de color**



- Manchas, coloración blanquecina
- Engrosamientos
- Psoriasis leve-moderada

Tecnología Transungueal Delivery:

Fórmula hidrosoluble basada en hidroxipropil quitosano que crea una película invisible, protegiendo e hidratando la uña.



betalfatrus.es

¹ Sparavigna A. et al. Equisetum arvense in a new transungual technology improves nail structure and appearance. Journal of Plastic_Dermatology, 2006: 2,1

** Modo de uso intermitente

La irrigación bucal

para una higiene completa
donde otros no llegan



waterpik®
ULTRA WP-100

waterpik®



ENCÍAS SANAS EN 14 DÍAS. ELIMINA EL 99,9% DE LA PLACA DENTAL¹

1. Gorur A, Lyle DM, Schaudinn C, et al. Biofilm removal with a dental water jet. Compend Contin Educ Dent. 2009; 30 (suppl 1):1-6.

DENTAID
Expertos en Salud Bucal
www.dentaid.com