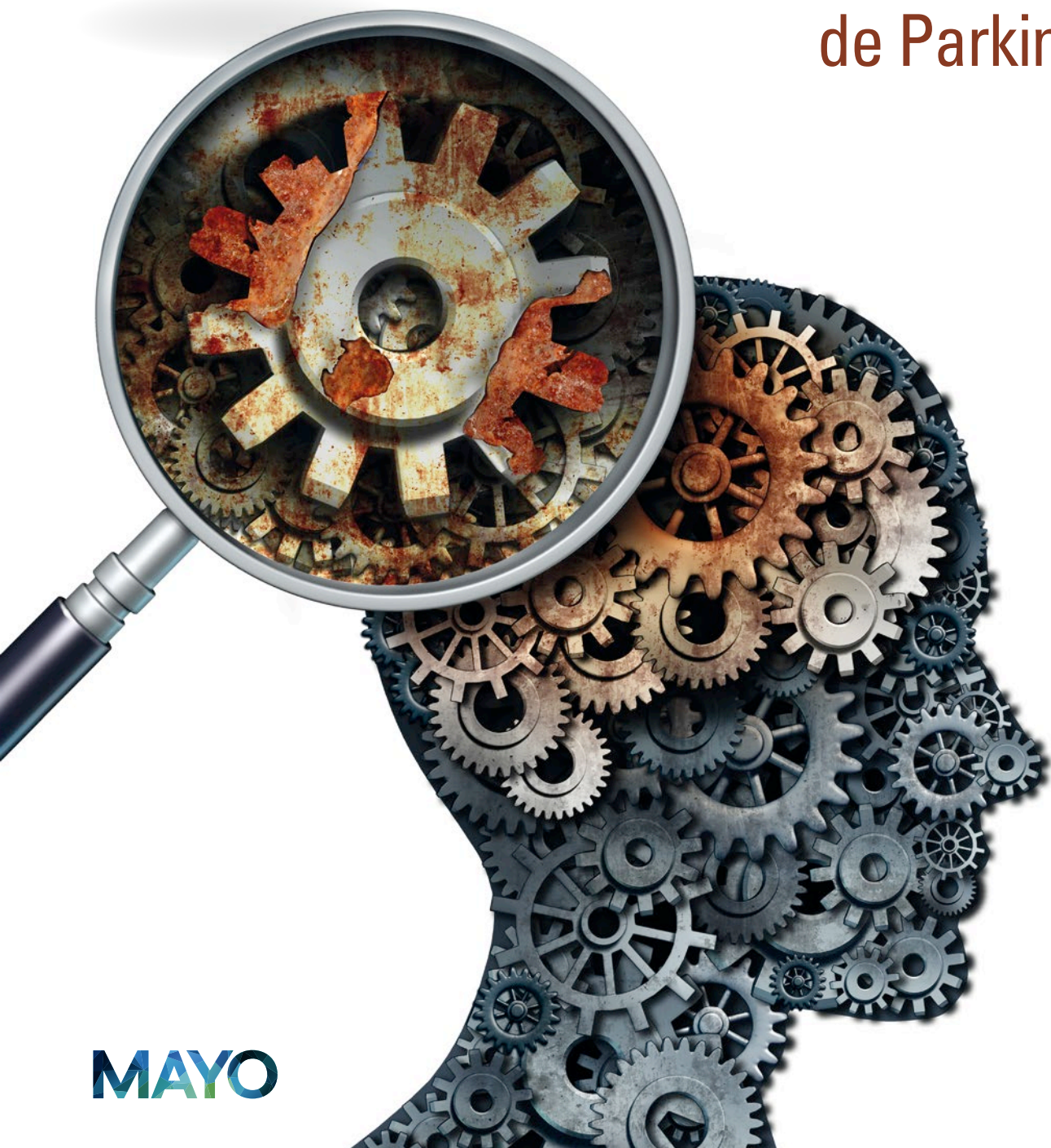




n.º 564  
julio 2018

el farmacéutico.es  
PROFESIÓN Y CULTURA

## Enfermedad de Parkinson



MAYO



### ¿QUÉ SON LOS TAPONES DE CERA?

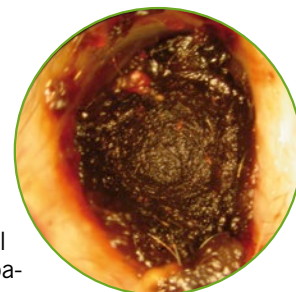
La cera ótica, o cerumen, es una mezcla de secreción de glándulas ceruminosas y sebáceas, y de epitelio escamoso exfoliado. Cuando la acumulación de cera ótica es excesiva, se forman los tapones.

### ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE QUE EL FARMACÉUTICO PARTICIPE EN SU TRATAMIENTO?

Los tapones de cera producen molestias al paciente y una sordera que dificulta la interacción con el medio que le rodea. Los farmacéuticos pueden aconsejar el tratamiento adecuado para la correcta disolución del tapón y descubrir los signos que sugieran otras patologías candidatas a tratamiento médico como infecciones.

### ¿CUÁNDO PUEDE EL FARMACÉUTICO TRATAR EL ACUMULO DE CERUMEN?

Se puede aconsejar al paciente que se instile gotas de un producto específico para la disolución del cerumen de forma repetida. A menudo la acción del cerumenolítico será suficiente para eliminar el cerumen.



### ¿QUÉ SON LOS CERUMENOLÍTICOS?

Los cerumenolíticos son una alternativa eficaz a las maniobras físicas de extracción del cerumen.

### ¿QUÉ TIPOS DE CERUMENOLÍTICOS HAY?

Existen productos que garantizan la total disolución, la asepsia total y la extracción indolora del cerumen auricular. Son productos cuyas indicaciones han sido autorizadas por el Ministerio de Sanidad, por lo que gozan de la indicación de disolución y una gran seguridad. En España el cerumenolítico más usado es **Otocerum®**; debe aplicarse 2-3 gotas en el oído afectado un par de veces al día, durante 3-4 días, taponando cada vez con una torunda de algodón. ●

**Dr. Miguel Caballero**

Especialista sénior del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínic de Barcelona.  
Profesor asociado de la Universidad de Barcelona

Entra y descubre todo lo que necesitas saber en

ORL salud y bienestar

Información ORL avalada por expertos

[www.orsaludybienestar.com](http://www.orsaludybienestar.com)



Otocerum®  
GOTAS ÓTICAS

REIG JOFRE

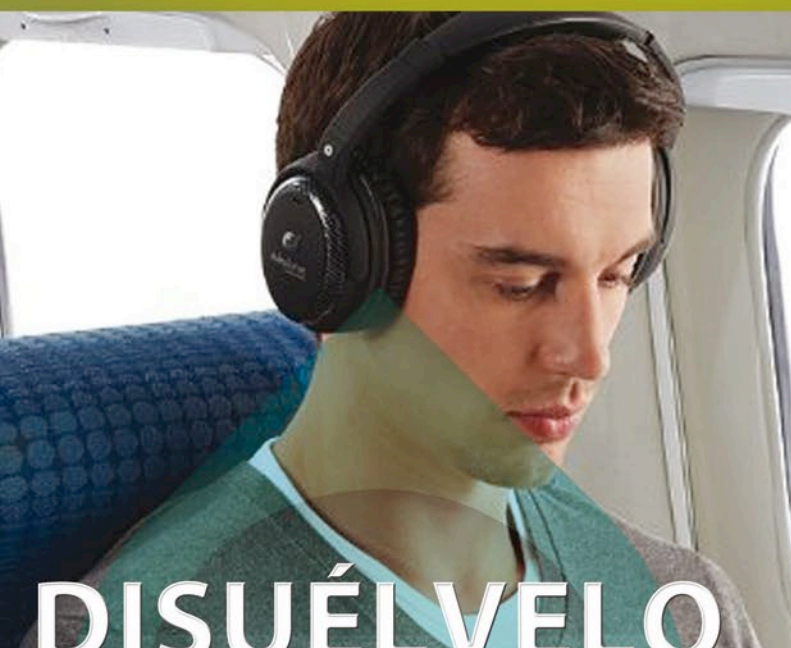
f [elfarmacorevista](http://elfarmacorevista.com)

t [@elfarma20](https://twitter.com/elfarma20)

i [elfarmacorevista](https://www.instagram.com/elfarmacorevista)

[www.elfarmacoeu.com](http://www.elfarmacoeu.com)  
[www.elfarmacojoven.com](http://www.elfarmacojoven.com)

SI EL CERUMEN  
TE AÍSLA,



DISUÉLVELO

ANTISÉPTICO Y ANALGÉSICO  
EXTRACCIÓN INDOLORA

Una solución para tu problema

**Otocerum**<sup>®</sup>

disuelve el cerumen auricular

A partir de 2 años

Lea las instrucciones  
de este medicamento  
y consulte al farmacéutico.



REIG  JOFRE

[www.orsaludybienestar.com](http://www.orsaludybienestar.com)





**SOLGAR**<sup>®</sup>  
Desde 1947

La belleza es parte  
de nuestra naturaleza

La **Fórmula Pelo, Piel y Uñas de Solgar**<sup>®</sup> con Vitamina C, Sílice y Zinc<sup>(1)</sup>,  
contribuye al mantenimiento del cabello, la piel y las uñas.

Descubre el potencial de tu propia naturaleza

[www.solgarsuplementos.es](http://www.solgarsuplementos.es) ■ [www.elblogdesolgar.es](http://www.elblogdesolgar.es)

 @SolgarSpain  @solgar\_ES

(1) El Zinc contribuye al mantenimiento del cabello, piel y uñas en condiciones normales.

De venta en farmacias, parafarmacias, herbolarios y tiendas de productos naturales.

Los complementos alimenticios no deben utilizarse como sustitutos de una dieta equilibrada y variada y un estilo de vida saludable.

# el farmacéutico

PROFESIÓN Y CULTURA



www.facebook.com/elfarmacologicorevista



@elfarma20



elfarmacologicorevista

www.elfarmacologicoes

## Sumario

EF n.º 564  
julio 2018

12



### Entrevista

El pasado mes de junio Jesús Aguilar renovó su cargo al frente del Consejo General. En esta entrevista repasa algunos de los logros de sus primeros tres años como presidente y apunta sus prioridades para esta nueva etapa.

15



### Un día en la farmacia de...

M.ª Luisa Carrillo es la farmacéutica titular de la Farmacia «La Vega», situada en Alcobendas (Madrid), muy cerca de un gran centro comercial. Se trata de una farmacia abierta siempre, las 24 horas del día, los 365 días del año.

33



### Curso

La enfermedad de Parkinson es un proceso crónico y degenerativo neuronal progresivo del SNC. El factor de riesgo más importante para su desarrollo es la edad. Se estima que su prevalencia seguirá creciendo en los próximos años.

### 5 Editorial

El sol sale por el oeste  
F. Pla

### 6 Notifarma

### 10 El color de mi cristal

Estudiar una segunda carrera  
L. Tuneu/A. González

### 12 Entrevista

Jesús Aguilar. Presidente del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos  
S. Estebarán

### 15 Un día en la farmacia de...

M.ª Luisa Carrillo de Albornoz, farmacéutica en la Farmacia «La Vega»  
F. Pla

### 19 Profesión

Botiquín del viajero  
M.J. Alonso

### 25 La farmacia en el mundo

Farmacéutico de familia: un nuevo servicio de los farmacéuticos comunitarios belgas  
J. Saevels

### 28 Comportamiento del consumidor

Soy un cliente y ¡estoy vivo!  
D. Gavilán

### 31 Tribuna empresarial

Un paso más en la transmisión fiscal de la farmacia  
J. A. Sánchez

### 33 Curso de atención farmacéutica al anciano frágil (dependiente)

Tema 7. Enfermedad de Parkinson  
M. Olmedillo

### 40 Consulta de gestión patrimonial

Farmaconsulting Transacciones, S.L.

### 42 Pequeños anuncios

### 46 Vinos y libros

### 49 Ya viene el sol

Elena  
M. Machuca

### 50 Sin aristas

Caracas  
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)

Ángel López del Castillo (alopez@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,  
N. Franquesa, M.ª C. Gamundi, 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-Català

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

© 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.



# El sol sale por el oeste

La noche puede ser muy larga y negra, pero siempre acaba saliendo el sol. Sin Lestrindencias, el alba se asoma por el horizonte para anunciar que un nuevo día se acerca. No se trata nunca de un gran acontecimiento, tan sólo es un pequeño síntoma de que algo puede cambiar, tan sólo un matiz en el negro absoluto.

La receta electrónica ha representado un cambio profundo en muchos aspectos de la prescripción y la dispensación de medicamentos, pero una herramienta con tanto potencial no había incorporado aún funcionalidades en el ámbito asistencial que favorecieran la actuación sanitaria del farmacéutico comunitario con el objetivo de mejorar el cumplimiento y el buen uso de los tratamientos.

La noticia de que, en Galicia, la receta electrónica incorporará un mensaje para el farmacéutico que le indicará que un determinado tratamiento es de nueva implantación es un primer rayo de luz, de esperanza, que ilumina el camino que puede favorecer la consolidación de una farmacia más coordinada con el Sistema Nacional de Salud y más colaboradora en el tratamiento integral del paciente.

Los siguientes pasos deberían ir en dos direcciones. La primera, que el ejemplo cunda y este tipo de funcionalidades se extiendan en las distintas comunidades autónomas, a la vez que se amplía la lista de avisos dirigidos al farmacéutico, y la segunda, el diseño de registros de las actuaciones realizadas por el farmacéutico derivadas de la información recibida, y la incorporación de éstos, de forma pautada y pactada con el sistema de salud, al historial del paciente.

No sé si, como dice la canción, «cualquier noche puede salir el sol», pero esta vez el sol ha salido por el oeste. Algo es algo. ●

Francesc Pla



©lightwise/123RF



# Notifarma

## Laboratorios PHB® y Ladybug se unen para enseñar a los niños la aventura del cuidado bucodental

La erupción de los dientes permanentes comienza generalmente a partir de los 6 años, por lo que los niños tendrán, hasta los 12 años, una dentición mixta en la que conviven los dientes de leche con los definitivos. La gama de PHB® Junior y los personajes de Ladybug son los compañeros perfectos en esta etapa.

El cepillo dental PHB® Plus Junior tiene un cabezal pequeño que permite llegar a los rincones más escondidos, y sus filamentos Tynex® redondeados limpiarán los dientes respetando esmalte y encías. Además, su capuchón protector lo mantendrá a salvo de factores contaminantes externos. Está disponible en azul, rojo, verde y amarillo (PVPR: 3,5 euros).

La pasta dentífrica PHB® Junior está disponible en dos sabores (fresa y menta), y su acción anticaries protege los dientes del niño y refuerza el esmalte, haciendo que su boca esté limpia, fresca y sana (PVPR: 4,10 euros 75 mL).



A partir de los 6 años, los niños ya podrán completar la aventura de la rutina diaria de limpieza bucal con el enjuague PHB® Junior y los personajes de Ladybug, aportando una protección extra contra las caries. Con suave sabor a fresa y sin alcohol (PVPR: 5,5 euros).

El cepillo eléctrico PHB® Junior Active garantizará que la técnica utilizada en el cepillado sea más correcta y eficaz. Es posible elegir el color y personalizarlo con las pegatinas de Ladybug (PVPR: 22-24 euros).

Por último, el neceser PHB® Junior y el Kit PHB® Junior, con Ladybug, se pueden llevar a cualquier lugar de una forma cómoda, protegida y ocupando poco espacio (PVPR: PHB® Junior neceser [cepillo plus + pasta fresa 15 mL]: 4,30 euros/PHB® Junior Kit [cepillo plegable + pasta fresa 15 mL]: 4,30 euros).

 [www.phb.es](http://www.phb.es)



## Aquilea Piernas Ligeras presenta su nuevo formato gel

Aquilea quiere que este verano sea diferente a través de una fórmula innovadora a base de ingredientes naturales que ayudan a reducir la sensación de piernas cansadas: Aquilea Piernas Ligeras Gel, un nuevo cosmético que favorece la microcirculación cutánea ayudando a disminuir la pesadez y fatiga de las piernas gracias a su tecnología Phytosome®.

Aquilea Piernas Ligeras Gel revitaliza las piernas cansadas y contribuye a su bienestar con una triple acción:

- Favorece y activa la microcirculación cutánea, ayudando a disminuir la pesadez y la fatiga de las piernas.
- Refresca, calma y revitaliza las piernas de manera rápida e inmediata.
- Aporta hidratación y tonifica la piel.



Las membranas celulares están formadas por dos capas de líquidos. Los principios activos sin tecnología Phytosome® no son capaces de atravesar la barrera celular de forma satisfactoria; en cambio, el principio activo con Phytosome® se absorbe al 100% y con mucha más cantidad de principio activo.

De esta forma, Aquilea Piernas Ligeras Gel mejora la absorción de los activos cuando se aplica de forma tópica, dejando la piel fresca y suave. Los phytosomas presentes en este producto contribuyen a mejorar la biodisponibilidad del activo y permiten reducir su dosificación sin afectar a su eficacia porque contienen más principio activo.

Aquilea Piernas Ligeras Gel tiene un precio recomendado de 15,34 euros y se vende en farmacias y parafarmacias.

 [www.aquilea.com](http://www.aquilea.com)



# La primera **Pre-Base Treatment** del Mercado



! Tu **partner estratégico** para  
desarrollar la categoría  
**dermocosmética** en tu farmacia

## Sun Care, fotoprotector basado en la filosofía «sin»

La compañía valenciana Biomimetic Cosmetics PBT® amplía su marca con Sun Care, un fotoprotector solar único basado en su filosofía «sin».

Biomimetic Cosmetics PBT® aporta una solución única apta para todo tipo de pieles, incluso las más intolerantes y/o reactivas, sin filtros químicos, alcohol, parabenos, alérgenos, perfumes sintéticos, no comedogénica, no fototóxica e hipoalérgica y además es invisible y no deja residuos.



Biomimetic Sun Care ofrece la máxima seguridad frente a las radiaciones UV (UVA y UVB): su SPF 50+ de amplio espectro  $\lambda$ c 377 nm protege las células contra los radicales libres.

Tanto en los estudios previos como en el desarrollo del fotoprotector, desde Biomimetic Cosmetics PBT® se ha tenido en cuenta que el primer paso dominante en la interacción de la luz solar con la piel es la creación de radicales libres en exceso, principalmente especies reactivas de oxígeno (ROS).

Biomimetic Sun Care ofrece una protección específica combinada frente a ROS, ya que capta, bloquea y elimina los radicales libres y las ROS.



 [biomimeticpbt.com](http://biomimeticpbt.com)

## PHB® Total: prevención eficaz de la caries y los problemas de encías

Laboratorios PHB® presenta su gama PHB® Total, pensada para proteger los dientes contra la caries y evitar la formación de sarro para prevenir enfermedades de las encías.

Gracias a su especial formulación, la pasta dentífrica PHB® Total previene contra la caries, al mismo tiempo que remineraliza el esmalte y protege las encías. Se presenta en un tubo de 100 mL y tiene un PVP recomendado (PVPR) de 3,25 euros.

Enjuague bucal PHB® Total, con sabor a menta fresca, está indicado para la prevención eficaz de la caries y la acumulación de placa, además de remineralizar el esmalte (Enjuague Total 500, PVPR: 4,95 euros/Enjuague PHB® Total, de 100 mL, PVPR: 2,00 euros).



La fórmula del Enjuague bucal PHB® Total Plus es perfecta para prevenir eficazmente la caries, la acumulación de placa y las enfermedades de las encías. Su sabor a menta fresca prolonga la sensación de frescor (Enjuague Total Plus 500, PVPR: 5,95 euros/Enjuague PHB® Total Plus, de 100 mL, PVPR: 2,00 euros).

Por último, PHB® Kit de viaje Total es un práctico neceser que contiene un cepillo plegable con suaves filamentos de Tynex® y una pasta PHB® Total de 15 mL (Kit viaje PHB® Total, PVPR: 4,25 euros).



 [www.phb.es](http://www.phb.es)

## Camaleon Cosmetics presentó sus novedades de la mano de Ana Guerra

La firma de cosmética natural 100% española Camaleon Cosmetics presentó sus novedades de la mano de su embajadora, la cantante Ana Guerra.

Los laboratorios de Camaleon Cosmetics desarrollan y fabrican productos diferentes, divertidos y eficaces, con fórmulas innovadoras y exclusivas basadas en los principios de la cosmética natural. Todos ellos cuentan con certificados GMP e ISO que garantizan el control, la gestión y la calidad de los productos finales.




Camaleon Magic Colourstick incorpora a su gama los tonos del verano, el coral y el melocotón, que pueden variar en función del nivel de hidratación de los labios de cada persona. Unos labiales que consiguen una perfecta sinergia entre hidratación, duración y color (PVP: 7,90 euros).

Además, Camaleon se une a la nueva revolución *beauty* con Camaleon Magic Brush, un colorete capaz de lograr el tono ideal según el tipo de piel y la hidratación de la tez de cada persona (PVP: 12,50 euros).

Los productos Camaleon Cosmetics se venden en farmacias, parafarmacias y herbolarios.



 [www.camaleoncosmetics.com](http://www.camaleoncosmetics.com)



## MartiDerm amplía su familia The Originals con dos Urban Serums

El laboratorio MartiDerm ha creado dos nuevos productos pertenecientes a su familia The Originals, que consiguen proteger y detoxificar la piel eficazmente de la polución urbana, los efectos negativos de las radiaciones UV y el ataque de los radicales libres. Además, incluyen una eficaz protección contra las radiaciones HEV (luz azul). Se trata de Urban Force Serum «on top», una avanzada protección diaria para disfrutar de la ciudad cada día sin sus efectos negativos sobre la piel, y Urban Restore Serum, que la recupera y purifica durante la noche.

Urban Force Serum «on top» (PVP: 34,90 euros) es un *serum* hidratante anti-polución que crea un verdadero escudo protector de la piel frente a todos los contaminantes y radiaciones. Con una textura fluida y fresca de rápida ab-



sorción, su tecnología ha sido desarrollada para aplicarse como último paso del tratamiento, «on top», para garantizar una efectiva protección de la polución, los rayos UV, la luz azul y los radicales libres.

Urban Restore Serum (PVP: 34,90 euros) es un *serum* detoxificante de noche con una textura sedosa, fresca y emoliente de rápida absorción, diseñado para procurar a la piel una profunda recuperación y reparación durante las horas de sueño. Los embates sufridos durante el día se eliminan y mitigan gracias a la exclusiva amalgama de principios activos que liberan la piel de los agentes que debilitan su salud, recuperándola de manera efectiva para enfrentarse a un nuevo día en la ciudad al despertar.



 [www.martiderm.es](http://www.martiderm.es)

# PRANARŌM

AROMATERAPIA  
CIENTÍFICA

## Cuidamos tu salud circulatoria



Información y puntos de venta  
en [www.pranarom.com](http://www.pranarom.com)



### **Dra. Laura Tuneu Valls**

Servicio de  
Endocrinología.  
Hospital de la Santa  
Creu i Sant Pau.  
Barcelona

“  
**Una nueva  
profesión  
requiere una  
nueva mentalidad  
que vas  
construyendo  
paralelamente a  
la curva de  
aprendizaje»**

## Regalo de madurez

**E**s difícil decir en qué momento uno toma la decisión de cambiar de vida. Probablemente, hay muchos días y muchas razones por las que te vas convenciendo de que deseas ser otra cosa. Y es en un momento determinado que esa visión que quieres de ti mismo cobra la fuerza necesaria para ser ejecutada. Así fue en mi caso.

Con frecuencia no todas las decisiones que uno quiere tomar pueden hacerse realidad, especialmente de manera inmediata. La vida de las personas es complicada y a veces hay que aparcar los sueños hasta que las circunstancias te abran el camino. En mi caso, el trinomio vocación, decisión, y ejecución fue un periplo de 10 años. La primera vez que pensé en ser médico tenía 30 años, tres hijos pequeños y una gran hipoteca, la segunda vez, tenía 40 años, tres hijos autónomos y una economía más saneada. En ese momento yo estaba trabajando de farmacéutica hospitalaria en el Hospital de Sant Pau, el mismo hospital que me enseñó a trabajar con pacientes y a llenar mi alma asistencial, así que el paso no fue traumático, fue una progresión hacia otra profesión que me iba a permitir adquirir otros conocimientos y más libertad de ejecución.

Tuve la dicha de contar con tres armas letales: la fuerza, la ilusión y el apoyo de los míos. Mi familia, mis amigos y mis compañeros de trabajo me abrieron el camino, yo puse el tiempo. Los años me permitieron conseguir la carrera, el MIR y la residencia y aunque no ha sido fácil tampoco ha sido tan difícil. El camino ha sido duro pero bonito, porque he disfrutado de esta oportunidad y me he convertido en lo que deseaba ser, sin grandes cadáveres

por el camino. Parece que lo tenía claro y los astros se alinearon.

Sin embargo, me he encontrado con dificultades, especialmente conmigo misma; me ha costado asumir que convivir con compañeros que tienen 25 años no es fácil para nadie, y que una nueva profesión requiere una nueva mentalidad que vas construyendo paralelamente a la curva de aprendizaje y, por supuesto, me ha costado sacrificar trocitos de vida y de tiempo que ya no son recuperables. Así y todo creo que conseguir que mi sitio laboral sea al lado de los pacientes como endocrinóloga ha sido un regalo de madurez que me he hecho a mí misma y a los míos. El haber sido capaz de aprovechar la oportunidad cuando la necesidad y el cambio de circunstancias aparecieron de la mano ha sido todo un premio a la confianza en uno mismo. Y por supuesto, ahora toca programarse de nuevo, pensar en el futuro que me espera y en lo que soy capaz de ofrecer al mundo como médico y como persona. ●

## Abrir la puerta a una nueva vocación

Como la mayoría de estudiantes que acaban la universidad, cuando me licencié en farmacia hace cerca de diez años me preguntaba: ¿Y ahora qué?

Nuestra carrera es muy completa y ofrece multitud de salidas profesionales: oficina de farmacia, industria farmacéutica, farmacia hospitalaria... Como no acababa de descubrir mi vocación, decidí trasladarme a Barcelona y buscar nuevos retos. Tras un máster, varios cursos, becas y trabajos, por fin encontré mi lugar en el sitio menos pensado: una agencia de publicidad. Comencé a trabajar como redactora científica, rodeada de diseñadores gráficos, programadores y comerciales. Aquello me encantaba, pero al cabo de un tiempo me di cuenta de que me faltaba algo.

Tenía la sensación de estar alejándome de la realidad dentro de la oficina, echaba de menos el contacto con los pacientes. Llevaba tiempo pensando en estudiar otra carrera, más práctica y que me permitiera tener un punto de vista más clínico, pero no me animaba a volver a la universidad.

Un día, en un curso de formación, conocí por casualidad a varias compañeras que habían reorientado su carrera profesional de manera radical. Hablando con ellas me di cuenta de que nunca es tarde para hacer lo que realmente te gusta y decidí matricularme en enfermería.

Al principio me lo tomé como una afición que completaba mi jornada laboral, pero lo cierto es que ha superado todas mis expectativas. Aunque siempre había oído decir que enfermería es una carrera muy vocacional, yo descubrí mi vocación al realizar las primeras prácticas en el hospital.

Cuando comienzas las prácticas debes aprender una nueva profesión. Los primeros días experimentas cierta sensación de descontrol, acostumbrada a tener experiencia en tu lugar de trabajo y a tomar decisiones con facilidad. En cualquier caso, poco a poco te adaptas al cambio, aprendes infinidad de procedimientos y técnicas y obtienes una perspectiva completamente diferente de la que tenías hasta entonces. Es una carrera que complementa nuestra formación como farmacéuticos, y ofrece un contacto más estrecho con las patologías y los problemas de los pacientes.

Evidentemente, estudiar una segunda carrera requiere un esfuerzo y dedicación importante, no es fácil compatibilizar las prácticas y clases presenciales con la vida laboral. Tampoco es fácil volver a las largas noches de estudio y trabajos, pero el esfuerzo se ve compensado. Muchos compañeros de clase se encuentran en la misma situación, por lo que se crea un ambiente de apoyo y soporte.

Todavía me falta la mitad del camino y desconozco si cuando lo acabe ejerceré como enfermera o continuaré con mi trabajo. En cualquier caso, está resultando una experiencia muy enriquecedora que, más allá de ampliar mis conocimientos teórico-prácticos y abrirme la puerta a una nueva profesión, está cumpliendo plenamente con mis objetivos.

Para todo aquel que esté valorando dar el paso: ánimo, el esfuerzo merece la pena. ●



### Amaia González Media

Farmacéutica y estudiante de enfermería

«[Enfermería] Es una carrera que complementa nuestra formación como farmacéuticos, y ofrece un contacto más estrecho con las patologías y los problemas de los pacientes»



ENTRA EN LA WEB Y COMÉNTALO

# segundacarrera

## Entrevista



Jesús Aguilar

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

# «Los farmacéuticos tenemos que estar muy orgullosos de ser lo que somos»

Texto: Silvia Estebarán

**El pasado mes de junio Jesús Aguilar renovó su cargo al frente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. En esta entrevista repasa algunos de los logros de sus primeros tres años al frente de los farmacéuticos españoles y apunta sus prioridades para esta nueva etapa.**

– **Hace tres años nos hablaba de la hoja de ruta de la Declaración de Córdoba y de la prioridad de poner en valor al farmacéutico y la farmacia. ¿Hasta qué punto se ha logrado?**

– En estos tres años ha habido mucha actividad a pesar de haber contado con tres ministros distintos. Hemos conseguido el reconocimiento de la farmacia como Marca España por el alto comisionado del Gobierno español, un reconocimiento a un sistema de farmacia que tenemos que mantener, potenciar y que es un modelo a seguir por otros países. Hemos logrado incluir la farmacia en la agenda política. En este periodo hemos ido cumpliendo todos los puntos de la Declaración de Córdoba y en estos momentos estamos preparando una estrategia de futuro, más pensada para la farmacia del 2020-2030, que comenzaremos en el próximo Congreso Nacional de Burgos y que llevaremos al Congreso Mundial del 2020 en Sevilla.

– **En el último congreso de la SEFAC se presentó la «Declaración de la Profesión Farmacéutica: Farmacia Comunitaria». ¿Qué aporta este documento?**

– En este texto decimos que por historia, por capacitación, por estudios y por competencias los farmacéuticos estamos preparados y somos un elemento clave del Sistema Nacional de Salud. Basta con pensar en esos servicios profesionales farmacéuticos que, poco a poco, estamos poniendo en funcionamiento en las diferentes comunidades autónomas, tanto los dedicados al medicamento como los proyectos relacionados con la salud pública y que tanto éxito están teniendo, como son el proyecto del VIH, el del cribado de cáncer de colon... en los que se está viendo claramente el papel del farmacéutico. Se está poniendo un grano de arena muy importante para que los pacientes sean cómplices de los sistemas sanitarios a la hora de cumplir los requerimientos y lo que nos están aconsejando las autoridades sanitarias.

“  
Cuantas más  
personas se  
impliquen en la  
actividad colegial,  
mucho mejor  
será para todos”

– En sus intervenciones la ministra de Sanidad, Carmen Montón, ha hablado del empoderamiento del paciente. ¿Cómo influye este rol del paciente en la oficina de farmacia?

– De una manera importantísima, ya que en la oficina de farmacia el paciente se empodera muchísimo. Todos los días 2.300.000 personas visitan las farmacias españolas. Es un número muy importante. Son personas que entran con sus prescripciones y salen con una dispensación, pero también con los consejos del farmacéutico sobre cómo deben tomar la medicación, cómo se debe hacer el seguimiento, etc. Ésta es una parte fundamental de nuestra labor y por ahí es por donde tenemos que seguir impulsando todos los desarrollos de la profesión.

– Le ha ofrecido compromiso de diálogo a la nueva ministra de Sanidad. En este escenario, ¿qué puntos son los que más le premia tratar al Consejo General?

– Hay varios temas. Desde luego el empoderamiento del ciudadano es un punto clave, así como la dispensación y los consejos de los que acabamos de hablar, pero también al farmacéutico a veces le toca explicar las medidas que van adoptando los gobiernos en relación con las prescripciones (copagos, genéricos, etcétera). En estos momentos hay una serie de puntos que hay que validar con el Ministerio y trabajar de manera conjunta, como son los medicamentos de diagnóstico hospitalario, la atención de los centros sociosanitarios, la atención domiciliaria, la conciliación, los servicios profesionales, los sistemas de especialidades a nivel universitario y el camino que van a seguir... Son muchos los temas que se van a trabajar con el nuevo equipo de gobierno.

– En relación con el tema del copago farmacéutico, ¿qué opinión le merece la intención de reforma de la nueva ministra?

– En este país los copagos han sido distintos desde que existe el Sistema Nacional de Salud. Que haya más o menos escalas es algo que nosotros también hemos demandado desde hace mucho tiempo. Siempre se ha dicho que las escalas se deben revisar en la línea de las escalas de los IRPF y nos parece que es lo correcto, es decir, que quien más tenga que pague más, aunque sabemos que el nivel mínimo es de 8 euros al mes.

– Centrándonos en la nueva legislatura, ¿a qué obedecen los cambios en el Comité Directivo?

– A un proceso electoral. Nuestros mandatos son de 6 años y a los 3 años tenemos la oportunidad de hacer elecciones. Con el equipo que empezamos marcamos unas líneas estratégicas que hemos ido siguiendo, y ahora hacía falta que otros compañeros ayudaran a poner estas líneas en funcionamiento. La idea es que cuantas más personas pasen por los órganos del Consejo General es mejor para la profesión,



“ El reconocimiento de la farmacia como Marca España es un reconocimiento a un sistema de farmacia que tenemos que mantener y potenciar, y que es un modelo a seguir por otros países »

porque aportan ideas nuevas con las que tenemos que seguir avanzando para construir la farmacia del siglo XXI.

– ¿Cuál cree que ha sido el mayor logro del Consejo en estos tres años?

– Como le he dicho, para mí fue muy importante el reconocimiento de la Marca España. También ha sido muy relevante el resultado en Europa del test de proporcionalidad, la famosa directiva que vamos a tener dentro de poco por la cual si no se hubiese hecho una consideración especial a las profesiones sanitarias hubiéramos tenido serios problemas las profesiones sanitarias y los ciudadanos a la hora de tratar la salud como salud y no como un bien de consumo. Un tercer capítulo muy importante –lo vamos a ver en febrero del año que viene– está siendo SEVeM, el sistema español de verificación de medicamentos, un sistema que va a transformar de manera importante la dinámica de trabajo dentro de las oficinas de farmacia. Otro tema a destacar es la transformación digital del Consejo General, con

«Los farmacéuticos tenemos que estar muy orgullosos de ser lo que somos»

el fin de lograr trabajar en red no sólo de manera individual, como hacemos en cada una de las farmacias, sino que seamos capaces de aglutinar este trabajo individual en un bien común de todas las farmacias españolas para poderlas poner en valor.

– **¿Cree que las farmacias están dispuestas a esta transformación digital?**

– Es difícil de decir. En 22.046 farmacias tiene que haber de todo como en botica, pero lo que sí está claro es que desde los años 90 la farmacia española ha sido el primer establecimiento sanitario que ha estado informatizado, y a partir de aquí estamos haciendo una transformación que, como cualquier cambio de modelo, no se hace de la noche a la mañana, sino que lleva un tiempo, en el que tendremos que ir convenciendo a los compañeros de la importancia de ponerlo todo en red, porque de esta forma podremos visibilizar todo el trabajo que hacen los farmacéuticos.

– **¿Alguna decepción en estos años?**

– Malos ratos unos cuantos, decepciones no sé... De todo se aprende, de lo bueno, de lo malo, de las lealtades, incluso de las deslealtades. Yo he tenido la gran suerte de que tanto en la industria como fuera de ella he ocupado muchas posiciones y al final esto te sirve para darte cuenta de que hay muchas opiniones y muchas maneras de hacer las cosas. Yo intento olvidar las cosas que no me han gustado.

“**SEVeM va a transformar de manera importante la dinámica de trabajo dentro de las oficinas de farmacia»**

– **Del 3 al 5 de octubre se celebra en Burgos el 21 Congreso Nacional Farmacéutico. ¿Habrá alguna novedad importante?**

– Es el congreso del «más, más, más»: más innovación, más pacientes, más tecnología, que es lo que he intentado hacer desde que he llegado al Consejo General. Se trata de sumar, sumar y sumar, porque cuanto más sumamos es cuando somos fuertes y somos capaces de empujar un carro en la misma dirección. Creo que será el congreso de la suma.

Con respecto al programa, vamos a intentar recorrer los temas políticos, habrá sesiones técnicas y talleres de traba-



jos totalmente prácticos. Vamos a intentar hacer un congreso con un mayor número de compañeros farmacéuticos que en el último celebrado en Castellón, que es el que más afluencia ha tenido hasta la fecha, y va a ser la antesala del Congreso 2020 de Sevilla, que tendrá una parte nacional y otra mundial.

– **Para terminar, ¿qué mensaje enviaría a la profesión farmacéutica?**

– Que los farmacéuticos tenemos que estar muy orgullosos de ser lo que somos, que somos un eslabón importantísimo en el Sistema Nacional de Salud, que tenemos que intentar trabajar más juntos, más en red para apoyar las distintas iniciativas en diferentes territorios. El cambio generacional creo que ya lo hemos hecho, porque somos un colectivo muy joven dentro de los colectivos sanitarios. Por esa labor individual que hacemos necesitamos bases comunes para empujar ese gran trabajo que se hace desde la farmacia, esas estrategias digitales son necesarias.

Hay que seguir luchando y trabajando con nuestros pacientes y ciudadanos –no hay que olvidar que somos la segunda profesión más valorada por los ciudadanos– y tenemos que seguir convenciendo a las autoridades sanitarias de que nos tienen que utilizar y de que cuanto más utilicen la farmacia comunitaria sus proyectos serán mejores y obtendrán unos resultados más interesantes. Pero para esto hay que formar parte de las instituciones, porque cuantas más personas se impliquen en la actividad colegial mucho mejor será para todos. ●

## ● Un día en la farmacia de...

Francesc Pla

M.<sup>a</sup> Luisa Carrillo de Albornoz, farmacéutica en la farmacia La Vega. Alcobendas (Madrid)

# 24 horas, 365 días al año

“ La farmacia ha ido cambiando, se está modernizando, y debemos ir por delante, adaptando los conocimientos científicos a las necesidades de nuestros clientes »

M.<sup>a</sup> Luisa Carrillo es la farmacéutica titular de la farmacia La Vega, una farmacia abierta siempre. Las 24 horas del día, los 365 días del año. La farmacia está situada en Alcobendas (Madrid), muy cerca de un gran centro comercial en el área farmacéutica de La Moraleja.

Ella nació encima de la farmacia, la de su padre, en Cintruénigo, una población de la Ribera de Navarra, cerca de Tudela. Es la cuarta generación de farmacéuticos de la familia. La saga la empezó su bisabuelo en 1845. Una saga que tiene continuidad asegurada, puesto que su hija Irantzu también lo es y, en la actualidad, trabajan juntas en la farmacia. Una colaboración que no es pasajera puesto que, según nos cuenta, «estoy en trámites de venderle una parte de la farmacia».

### Farmacéutica... hospitalaria

Aunque pueda parecer que el destino profesional de M.<sup>a</sup> Luisa ya estuviese escrito en el libro de la historia familiar, nada más lejos de la realidad. «Me gustaba la naturaleza, nadar y bucear, por lo que me inclinaba por estudiar Biología



M.<sup>a</sup> Luisa Carrillo (izquierda) junto a los miembros de su equipo y su hija Irantzu (derecha)



y especializarme en Oceanografía.» La Universidad de La Laguna era el lugar ideal. En Las Canarias podía aunar estudios con afición. En aquellos años, no pensaba en estudiar Farmacia y tampoco me atraía la forma de ejercer en esa época.» «Fue mi madre, justo antes de la matriculación, quien me hizo la reflexión sobre la conveniencia de que estudiase Farmacia para poder continuar manteniendo la farmacia de la familia, que era la fuente de ingresos que nos permitía a los seis hermanos poder estudiar en la Universidad. No lo pensé dos veces, adoraba a mi madre.» Con los años, M.<sup>a</sup> Luisa puede decir que «fue una buena decisión. Se trata —explica— de una buena carrera y de una profesión preciosa y polivalente». Cree, además, que la forma de ejercer en la actualidad ofrece muchos más retos, y a ella, precisamente, le gustan los retos.

Cursó sus estudios de Farmacia en la Universidad Complutense de Madrid, y también los de la Especialidad de Farmacia Hospitalaria; más tarde, obtuvo asimismo el título de especialista en Ortopedia por la Facultad de Farmacia de Alcalá de Henares.

Estaba descartada, sin embargo, la vuelta a la farmacia familiar, que continuó regentando su padre hasta su jubilación y el posterior traspaso. La venta se realizó unos años antes del cambio en la Ley de Ordenación de Navarra, que supuso una reforma radical en las condiciones económicas y en el número de farmacias instaladas. «Las cosas sucedieron en el momento oportuno y yo, durante esos años, pude ejercer mi profesión en un campo que me llenaba de satisfacción», nos comenta M.<sup>a</sup> Luisa.

De modo que su camino profesional se inició en el mundo de la farmacia hospitalaria, en la que fue responsable en el Hospital del Rey y, posteriormente, en el Hospital Nacional de Investigaciones Clínicas y Medicina Preventiva del Instituto de Salud Carlos III. Un camino que duró 22 años. «Soy funcionaria por oposición del Cuerpo de Facultativos y Especialistas de la Administración Institucional de la Sa-

lud Nacional, y estoy en excedencia desde el año 2001, el año en el que decidí dar un vuelco a mi vida profesional.» Ese año inició la aventura de abrir su propia farmacia.

### Cambio de rumbo

Era una farmacia de nueva instalación, e inicialmente tenía la peculiaridad de estar ubicada en el interior de un centro comercial, en un local demasiado pequeño e incómodo para prestar un servicio de calidad, como M.<sup>a</sup> Luisa siempre había querido. «El traslado de local fue mi objetivo prioritario», reconoce, y la oportunidad llegó en forma de un espacio más amplio y mejor situado en el mismo centro, lo que le permitió robotizar la farmacia. Sin embargo, las condiciones económicas de la renovación del contrato se endurecieron mucho y, después de una temporada de tensiones e intranquilidad, no pudo llegar a un acuerdo satisfactorio y se planteó un segundo traslado a un local en el exterior del centro comercial, en el que implantó el horario de 24 horas e inició la expansión de la farmacia. «¡Fue todo un acierto!», afirma M.<sup>a</sup> Luisa.

Del mismo modo que la ubicación física de la farmacia durante estos 18 años ha cambiado su visión de la farmacia, sus objetivos también han variado. «He comprendido —nos explica— que la oficina de farmacia es un servicio sanitario, público-privado, orientado primordialmente a la educación de la población sobre las enfermedades y a la prevención de éstas. El farmacéutico —añade— tiene un papel fundamental como agente sanitario que colabora con el médico para que el paciente mejore el cumplimiento del tratamiento farmacológico y en consecuencia su eficacia. La farmacia —sigue comentando M.<sup>a</sup> Luisa— tiene también un rol importante, en colaboración con las autoridades sanitarias, en las políticas de promoción de la salud. No deberíamos olvidar nunca nuestros conocimientos sanitarios, empresariales y legales. Estamos formados para ser profesionales muy preparados en el asesoramiento de su-



un día en la farmacia de...



plementos alimentarios, homeopatía, fitoterapia, dermofarmacia, dermocosmética, higiene... Y en esos campos es imprescindible seleccionar productos eficaces y de calidad con criterio profesional riguroso. La farmacia ha ido cambiando, se está modernizando, y debemos ir por delante, adaptando los conocimientos científicos a las necesidades de nuestros clientes», concluye.

## 24 horas

Una farmacia abierta 24 horas debe tener dos puntales en los que apoyarse: la ubicación y el equipo. «Somos la única farmacia en la población abierta las 24 horas, estamos bien situados y somos muy fáciles de localizar: frente al centro comercial. Tenemos clientes de todos los estratos socioeconómicos», explica M.<sup>a</sup> Luisa, quien reconoce que la ges-

NUEVO



REACH YOUR HEALTHY BEST

## Sentirse saludable con sabores de frutas naturales



Nature's Bounty® en forma de gominolas para los que buscan una alternativa a los comprimidos y cápsulas

De venta en farmacias, parafarmacias, herbolarios y tiendas de productos naturales

900 181 293  [www.naturesbounty.es](http://www.naturesbounty.es)   @NaturesBountySpain

Los complementos alimenticios no deben utilizarse como sustitutos de una dieta equilibrada y variada y un estilo de vida saludable.

tión de un equipo de 18 personas es muy compleja, especialmente en las franjas nocturnas. «La responsable es mi hija y puedo asegurar que funciona con éxito –afirma orgullosa–. En una farmacia de 24 horas debes aprender a delegar en muchas cuestiones y a saber delegar bien, que nada tiene que ver con desentenderse, no es fácil», puntualiza.

Evidentemente, no todo son puntos fuertes en una farmacia de estas características. «Si tengo que escoger un punto débil, diría que es la falta de tiempo.» Tiempo para el equipo, para los proveedores y, sobre todo, para los clientes: «Añoro poder sentarme con ellos cara a cara y responder a sus dudas con tranquilidad».

### En defensa del farmacéutico

M.<sup>a</sup> Luisa Carrillo cree que las administraciones sanitarias no aprovechan el potencial de las farmacias como agentes sanitarios. En su opinión la legislación está anticuada, y muy a menudo representa un freno para nuevas iniciativas que serían beneficiosas para el paciente. Asegura que algunos aspectos de la legislación reciente son casi imposibles de cumplir, como los que afectan a la receta médica privada. «Nos sentimos desamparados frente a esta situación, muy pocos saben defendernos», se queja M.<sup>a</sup> Luisa.

Es una defensora de la capacidad prescriptora del farmacéutico, por su formación y conocimientos, y está convencida de que debería poder dispensar algunos medicamentos que en la actualidad requieren receta, como los indicados en la disfunción eréctil. «En Estados Unidos ya se pueden dispensar –recuerda–. Nos escandalizamos por el alto consumo de la píldora del día después, y no podemos dispensar anticonceptivos orales sin receta», comenta perpleja. Defiende también que el farmacéutico tenga más capacidad a la hora de sustituir algunos medicamentos, y argumenta con contundencia la utilidad de la red de farmacias como herramienta de difusión de campañas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. «Estamos desaprovechados –se lamenta, y añade–: Somos una red muy eficiente para cribar enfermedades que representan un coste elevado para las arcas públicas. A veces pienso que somos nosotros, que no nos sabemos vender.»

### Calidad, innovación y equipo humano

Los cimientos en los que se fundamenta la farmacia La Vega son el control de la calidad, la innovación tecnológica y la formación del equipo humano. Las normativas que afectan al funcionamiento de las farmacias son muchas y muy diversas. «Es importante ser estricto en su cumplimiento», afirma, al tiempo que recuerda que en la farmacia pasan anualmente una Auditoría de calidad que realiza el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. En el equipo cuentan con un farmacéutico responsable de calidad, que se ocupa de la corrección de errores y la implantación de mejo-

ras. Además, las distintas tareas que se realizan en la farmacia están protocolizadas (PNT).

La robotica de la farmacia está ocupada por un robot de alta capacidad de almacenamiento y el *front-office* por una red local de 12 ordenadores que, en la actualidad, está en fase de ser migrada a una red Wifi. Está preparando una *app* para mejorar la comunicación con los clientes, y respecto a su presencia en Internet comenta que prefiere ir «despacio, pero segura», pues está convencida de que estas herramientas van a ser fundamentales en la nueva relación con los clientes.

«Es fundamental que el equipo de 18 personas esté formado profesionalmente, y que también lo esté en aspectos de gestión y de *marketing*.» Por ello, un farmacéutico del equipo se responsabiliza de la formación que se imparte, por grupos, con periodicidad semanal. «Es imprescindible que los farmacéuticos titulares también estén formados en temas sanitarios y de gestión; tanto mi hija como yo asistimos a los cursos que organizamos en la farmacia y a otros, como el que organiza IESE en colaboración con Cofares.»

### Especialización

La farmacia La Vega tiene un gran flujo de clientes con demandas muy variadas, por lo que su oferta de productos y servicios también es amplia. En la farmacia están muy bien representadas la dermocosmética, la ortopedia, la fitoterapia, la nutrición y la alimentación infantil. A simple vista parece que se rija por el antiguo dicho «De todo, como en botica», pero lo cierto es que el criterio con el que M.<sup>a</sup> Luisa afronta los retos del futuro de su farmacia es la especialización. «Es muy importante –afirma– que los productos y servicios que se ofrecen al cliente los asesore personal con un alto grado de conocimientos específicos.»

La farmacia, además del servicio básico de dispensación, realiza también determinaciones de parámetros analíticos básicos, como el de hemoglobina glucosilada y el del perfil lipídico, y también imparte sesiones de formación para clientes, especialmente para pacientes asmáticos. «Creemos que podemos tener un papel importante en la prevención y el control de enfermedades crónicas», explica.

Y el futuro... M.<sup>a</sup> Luisa sabe que el sector siempre ha convivido con un cierto grado de incertidumbre, «y ahora más, con los vaivenes políticos», pero cree que «la farmacia tiene futuro si sabe estar enfocada de forma total al cliente y se adelanta a sus necesidades».

De madrugada, en Majadahonda, la luz verde de la farmacia La Vega permanece encendida. Como siempre. ●

## Farmacia La Vega

Av. Olímpica, 26-10. 28108 Alcobendas (Madrid)  
Teléfono: 916 623 319

## Profesión

María José Alonso Osorio

Farmacéutica comunitaria  
y especialista en Farmacia  
Galénica e Industrial

“**Para preparar un botiquín individualizado y adaptado a las necesidades de la persona que vaya a viajar, es conveniente recabar información»**

# Botiquín del viajero

Llega el verano, el buen tiempo y las vacaciones. Algunas personas cambian temporalmente de residencia y otras se preparan para emprender algún viaje. Los días largos permiten disfrutar de la vida al aire libre y cambiar la rutina. Sin embargo, el verano tiene también sus inconvenientes y trastornos de salud típicos, y son muchos los pacientes que, conscientes de ello, se acercan al mostrador de la farmacia pidiendo orientación y ayuda a la hora de preparar un botiquín, ya sea para un viaje o para esa segunda y temporal residencia.

Cuando se piensa en un botiquín, lo primero que viene a la cabeza es el material de cura para pequeños traumatismos, y en cambio suelen descuidarse otros problemas y trastornos frecuentes que pueden aguar un momento feliz del verano si no se tienen en cuenta al preparar su contenido. Para preparar un botiquín individualizado y adaptado a las necesidades del viajero, es conveniente recabar cierta información relevante: a qué lugar se va a viajar o a pasar las vacaciones; qué tipo de transporte se va a utilizar; cuál será la duración estimada de los vuelos, viajes, etc.; cuáles son las edades y condiciones de salud o fisiológicas de las personas que van a viajar y convivir, o cuáles son los trastornos que individualmente son más susceptibles de padecerse en la época estival o en los viajes.

Esta información permitirá preparar un botiquín que cubra las necesidades de la persona o del grupo, de modo que sea posible prevenir problemas, solucionar trastornos menores y, en definitiva, cuidar mejor de la salud del viajero (tabla 1).



©havesen123rf

Algunos de los problemas más frecuentes y comunes, y que por tanto deben ser tenidos en cuenta a la hora de preparar un botiquín de verano, son los relacionados con la cinetosis (mareo del transporte), las picaduras y urticarias, los trastornos digestivos y los pequeños traumatismos. Aun así, para un botiquín personalizado deberán contemplarse otros posibles trastornos, en función de las características de las personas que vayan a viajar (tabla 2).

En los siguientes apartados se revisan los principales trastornos que deben tenerse en cuenta y los medicamentos o productos que pueden prevenir o tratar estos problemas. También se incluyen distintos complementos fitoterápicos, medicamentos homeopáticos, cosméticos, productos de higiene, material de cura u otros productos adecuados para cada caso, de modo que, en función de las necesidades y preferencias del viajero, pueda elegirse el producto más adecuado. Asimismo, recordaremos aquellos síntomas de alarma de los que es necesario informar al viajero para que, si aparecen, sepa que es obligada la visita al médico.

### Cinetosis

La cinetosis puede producirse en cualquier medio de transporte, ya sea aéreo, terrestre o marítimo, y afectar incluso a personas expertas en navegación. En el transporte aéreo, los síntomas se pueden agudizar debido a la ansiedad. Los principales síntomas son: náuseas, vómitos, hiperventilación, sudoración y sensación general de mareo.

### Opciones para el botiquín

- Medicamentos anticinéticos (dimenhidrinato, solo o asociado a cafeína, y meclozina). La meclozina tiene una duración prolongada que la hace adecuada para viajes largos (una dosis única al día). Además, tiene una baja incidencia de efectos no deseados (somnia), aunque su inicio de acción es más lento que el de dimenhidrinato, y puede ser usada en niños a partir de los 6 años. Dimenhidrinato puede requerir tomas cada 6 a 8 horas, en función de la duración del viaje; puede utilizarse en niños a partir de los 2 años. Los niños por debajo de las edades mencionadas, las embarazadas y las madres en lactancia deben seguir las indicaciones de su médico.
- Fitoterapia (cápsulas o chicles de jengibre). Adultos y niños a partir de 6 años. Puede utilizarse en embarazadas, aunque se aconseja consensuar con el ginecólogo.
- Medicamentos homeopáticos. *Cocculus*, *Tabacum*, *Pentroleum* o *Nux vomica* o sus combinaciones.
- Otros productos. Pulseras de acupresión.

### Síntomas y circunstancias de remisión al médico

Niños menores de 2 años; embarazo o lactancia; cinetosis prolongada, con vómitos frecuentes y constantes; enfermedades (glaucoma, hiperplasia benigna de próstata [HBP], obstrucciones del tracto digestivo o urinario, asma y arritmias) o tratamiento farmacológico crónico que contraindica

## Tabla 1. Preguntas clave para preparar el botiquín del viajero

- ¿Cuánto va a durar el viaje o los viajes?
- Características del lugar o lugares de destino: ¿zona rural, playa, zona urbana, clima tropical...?
- ¿Viajan niños, mujeres embarazadas o madres lactantes?
- ¿Qué tipo de trastornos tiene predisposición a padecer cuando viaja?

## Tabla 2. Principales problemas que deben tenerse en cuenta

**Aunque el botiquín puede variar en función de la información recabada, como norma general se tendrán en cuenta las siguientes situaciones o problemas:**

- Mareo del transporte
- Picaduras, urticarias, reacciones alérgicas
- Molestias digestivas: pesadez, hinchazón (gases), acidez, reflujo, diarrea, estreñimiento, hemorroides...
- Pequeños traumatismos: material de cura y desinfección (manos, superficies, heridas, agua...)
- Molestias oculares
- Cistitis (prevención)
- Resfriados, molestias de la garganta, fiebre y/o dolor (cefaleas, dolores musculares, dolor por traumatismos, dismenorrea, etc.)
- En aquellos viajeros que vayan a tomar un avión habrá que contemplar el miedo a volar y, en los vuelos de larga duración, la prevención de problemas vasculares (síndrome de la clase turista)

que el uso de anticinéticos (IMAO, opiáceos, depresores del sistema nervioso central [SNC], antidepresivos tricíclicos).

### Picaduras, urticarias

Las picaduras de insectos o las ampollas producidas por plantas urticantes pueden parecer algo banal, pero la intensidad y número de ellas y la sensibilidad personal pueden desencadenar reacciones alérgicas e infecciones cutáneas por rascado.

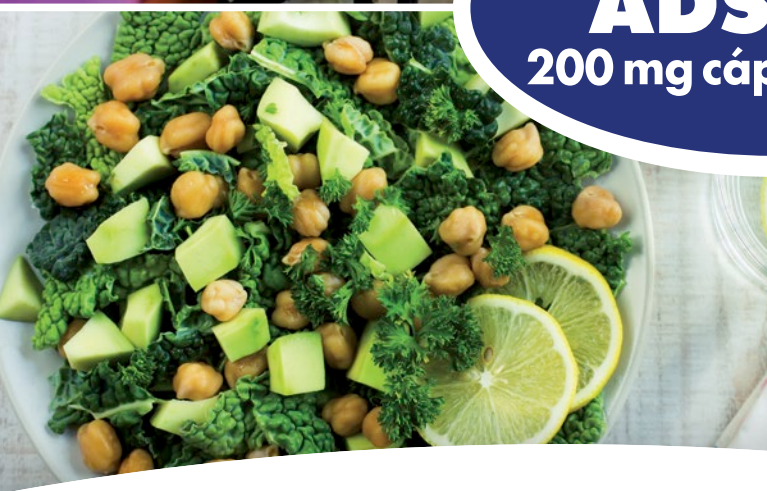
Lo mejor es la prevención, por lo que, si se ha de estar al aire libre en las horas en que los insectos proliferan, se aconsejará la utilización de ropa con mangas y pantalones largos, el uso de mosquiteras en ventanas y puertas, aparatos repelentes para las habitaciones, repelentes (líquidos o pulseras) y la no utilización de perfumes (ciertos perfumes atraen a los insectos).

La sintomatología varía según el agente causal:

- Mosquitos: picazón y/o escozor inmediato que se prolonga varios días.
- Hormigas, abejas, avispas y avispones: generalmente causan dolor, ardor e inflamación.
- Medusas: reacciones vivas y dolorosas.
- Ortigas y otras plantas urticantes: sensación de ardor, dolor y urticaria.



**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](mailto:lainco@lainco.es) | [www.lainco.es](http://www.lainco.es)

## Opciones para el botiquín

### En prevención:

- Repelente de insectos (loción, pulseras, ultrasonidos...). Para zonas tropicales o con abundancia de mosquitos, utilizar los específicos. Si hay niños, utilizar formulaciones aptas para ellos.

### En tratamiento:

- Loción de calamina o pomada antihistamínica (a base de dimetindeno, dexclorfeniramina, prometazina, etc.) si hay mucho picor. Lápices de soluciones de amoníaco. Polvo de papaína para las medusas.
- Fitoterapia: pomadas de centella asiática, caléndula, helicriso o aceites esenciales.
- Homeopatía: pomadas con caléndula, *Mezereum*, *Apis*, *Ledum palustre*, o sus combinaciones.

## Síntomas y circunstancias de remisión al médico

Reacción alérgica; signos de infección (inflamación, calor, supuración, fiebre...) o gran extensión de las lesiones.

## Molestias digestivas

Con el cambio de hábitos alimentarios, las bebidas demasiado frías, el picoteo, los fritos y rebozados, las comidas exóticas, picantes, y las bebidas alcohólicas, no es infrecuente que se presenten molestias digestivas, como hinchazón (gases), sensación de pesadez, acidez, ardor y/o reflujo. También es frecuente que se produzca estreñimiento o diarrea.

“Con el cambio de hábitos alimentarios (bebidas demasiado frías, picoteo, fritos y rebozados, comidas exóticas, picantes y bebidas alcohólicas) no es infrecuente que se presenten molestias digestivas”

## Opciones para el botiquín

### Para la pesadez, acidez y reflujo:

- Antiácidos (alginatos, almagato, calcio carbonato, magnesio carbonato, famotidina, etc.). No se debe abusar, ya que un exceso de antiácidos puede comportar un efecto rebote. Acompañar la dispensación con consejos dietéticos. Tener en cuenta las precauciones.
- Fitoterápicos. Existen en el mercado distintos productos antidispepticos a base de combinaciones de varias plantas medicinales (entre ellas: papaya, alcachofa, cardo mariano, hinojo, anís, ruibarbo, carraspique blanco, alcaravea, angélica, manzanilla, menta, regaliz...). También existe un

producto sanitario de polisacáridos de plantas con acción protectora antiácido y antirreflujo. Protege las mucosas del ácido y evita la acidez y quemazón producida por el reflujo. Al actuar localmente, puede utilizarse en el embarazo.

- Homeopatía. Existen distintos medicamentos para las digestiones pesadas, uno de los más utilizados es *Nux vomica*.

### Para los gases y la hinchazón:

- Antiflatulentos a base de simeticona.
- Antiflatulentos a base de carbón activado
- Plantas carminativas: anís, hinojo, alcaravea, coriandro, etc., solos o en combinación.
- Medicamentos homeopáticos: *Carbo vegetabilis*, *Licopodium*, *China*, *Kalium carbonicum*, solos o en combinación.

### Para la diarrea:

- Sobres de sales minerales y glucosa, para rehidratación oral.
- Probióticos (*Lactobacillus casei*, *Lactobacillus rhamnosus* LGG, *Bifidobacterium*, *Streptococcus thermophilus*, *Lactobacillus reuteri*, *Lactobacillus delbrueckii*), para recuperar la microbiota intestinal.
- Medicamento antidiarreico (loperamida), para cuando conviene parar la diarrea.
- Medicamento antidiarreico (carbón activado), que adsorbe toxinas y microorganismos causantes de la diarrea.

### Para el estreñimiento puntual:

Las personas con estreñimiento crónico deben llevar su tratamiento habitual. Para los casos puntuales de estreñimiento:

- Laxante estimulante (bisacodilo, picosulfato, sen, etc.) u osmótico.
- Microenemas laxantes.
- Supositorios laxantes.

## Síntomas y circunstancias de remisión al médico

Dificultad para tragar; vómitos oscuros o con sangre, deposiciones sanguinolentas o de color negro; sudoración cuando siente las molestias; pérdida de peso o del apetito sin causa que lo explique; disfonías, tos o dificultad respiratoria relacionable con reflujo; heces negras...

## Pequeños traumatismos.

### Material de cura y desinfección

Las pequeñas heridas, rascadas o arañazos, ampollas por fricción, pequeñas quemaduras, eritema o quemadura solar, esguinces o distensiones son algunos de los pequeños traumatismos que pueden producirse en un viaje.

## Opciones para el botiquín

- Suero fisiológico (para limpieza de heridas).
- Desinfectantes: povidona yodada, solución de clorhexidina, merbromina, alcohol en gel...

- Material de cura: gasas, vendas, esparadrapo, puntos de sutura, apósitos antiadherentes de distintos tamaños y vendajes de soporte (para posibles esguinces).
- Antiinflamatorios tópicos: lápiz, *roll-on* o gel de árnica, crema o pomada antiinflamatoria o con heparinoides...
- Crema o pomada para quemaduras (quemaduras leves y poco extensas).
- Crema, pomada o loción para eritema solar (funcionan muy bien las que contienen caléndula, centella asiática o aloe vera; el aceite de rosa mosqueta ejerce un buen efecto regenerador de la piel). En caso de alergia solar con aparición de urticaria, está indicado (aparte de las correspondientes medidas preventivas) llevar un antihistamínico oral.
- Apósitos hidrocoloides para ampollas.
- Bolsas de frío instantáneo.
- Accesorios: pinzas, tijeras, termómetro, jeringa con aguja estéril, etc.

### Síntomas y circunstancias de remisión al médico

Heridas profundas o muy extensas; hemorragia; quemaduras de segundo y tercer grado o que afecten a áreas extensas; síntomas de fractura de huesos, ligamentos o músculos (debilidad muscular y/o trastorno grave de la movilidad).

### Material de desinfección

Durante los viajes no siempre se tiene acceso a agua y jabón para desinfectar las manos o las superficies que tocamos, y en algunos casos también puede ser dudosa la pureza del agua, de modo que es necesario llevar distintos productos en nuestro botiquín.

### Opciones para el botiquín

- Alcohol en gel u otro producto sanitizante, que servirá tanto para la desinfección de las manos como de superficies.
- Para el agua, deben llevarse pastillas de cloro o tintura de yodo (dos gotas de tintura por litro de agua suelen ser suficientes).

### Molestias oculares

La sequedad ambiental en medios de transporte, hoteles y viviendas (debida a la climatización), la acción del sol y los desinfectantes de las piscinas (sin contar con el uso habitual de tabletas, móviles y ordenadores) son causa de sequedad e irritación ocular. Para prevenirla, podemos recurrir a distintas alternativas.

### Opciones para el botiquín

- Colirio hidratante y lubricante (preferiblemente en monodosis, ya que éstas no contienen conservantes y garantizan la conservación). Existen también colirios naturales a base de extractos de plantas.
- Colirio descongestivo.



©rades6/123rf

“ Las pequeñas heridas son algunos de los pequeños traumatismos que pueden producirse en un viaje »

### Síntomas y circunstancias de remisión al médico

Dolor, inflamación del globo ocular, secreción ocular colorada, trastorno de la visión, cuerpo extraño en el ojo...

### Cistitis (prevención e infecciones leves al inicio)

Las cistitis también son frecuentes en verano, sobre todo en las mujeres que tienen predisposición. Permanecer con el bañador mojado y mantener relaciones íntimas son factores predisponentes.

### Opciones para el botiquín

- Preparados a base de arándano rojo, gayuba, brezo, aceites esenciales o combinaciones de éstos. Existen preparados para la prevención y el alivio de los síntomas cuando éstos son leves (deben administrarse al inicio de los síntomas de infección).

### Síntomas y circunstancias de remisión al médico

Síntomas fuertes, dolor de espalda o lateral, fiebre y esca-lofríos, náuseas y vómitos...

### Resfriados, molestias de la garganta, fiebre y/o dolor (cefaleas, dolores musculares, dolor por traumatismos, dismenorrea, etc.)

Este tipo de problemas menores comunes no hacen vacaciones y pueden presentarse en cualquier momento.

### Opciones para el botiquín

Sea cual sea el destino, es conveniente incluir en el botiquín distintos productos:

- Paracetamol y/o ibuprofeno (tanto para adultos como para niños si es necesario) con los que tratar dolores leves (cefalea, dolor dental...), síntomas de resfriado o pequeñas inflamaciones.
- Antihistamínico oral para las reacciones alérgicas.
- Pastillas suavizantes y antisépticas para irritación o dolor leve de garganta.

### Vuelos de larga distancia

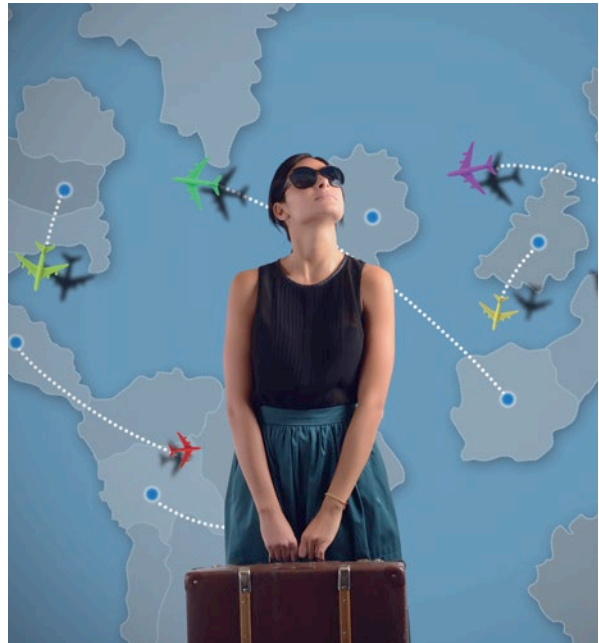
Ante vuelos de larga distancia (más de 3 horas), algunas personas sufren nerviosismo y/o ansiedad y otras pueden presentar problemas circulatorios (el llamado «síndrome de la clase turista»). Para prevenir o aliviar estos problemas, pueden recomendarse distintas alternativas.

### Opciones para el botiquín

- Un producto de fitoterapia a base de plantas medicinales de acción sedante (valeriana, pasiflora, amapola de california, melisa... o combinaciones de estas plantas). Una dosis 1 hora antes del vuelo, que deberá repetirse a las 6 u 8 horas si el vuelo es muy largo.
- Ácido acetilsalicílico o fracción triterpénica de Centella asiática (TTFCA). Aunque se han llevado a cabo pocos estudios y la evidencia hasta la fecha es débil, se sigue recomendando ampliamente una sola dosis de ácido acetilsalicílico como medio para prevenir la trombosis producida por los vuelos<sup>1</sup>. Un estudio con 60 mg de TTFCA, 3 veces al día durante 2 días antes del vuelo, el día del vuelo y otro día después del vuelo, mostró una disminución del riesgo en personas propensas a edema y trastornos de la circulación en vuelos largos<sup>2</sup>.

### Recomendaciones higiénicas y dietéticas para el viajero

- Si se viaja a zonas con peligro de enfermedades como el dengue, la malaria, el paludismo, la hepatitis, el cólera y otras, la vacunación previa es obligada.
- Cuidado con los alimentos. Si es posible no ingerir hortalizas crudas, o mantener media hora en agua con lejía (1-2 gotas por litro de agua, o utilizar pastillas de hipoclorito) las hortalizas que se vayan a consumir en fresco. Comer sólo fruta pelada o tratarla como las hortalizas, con lejía diluida en agua. Las carnes y pescados deben consumirse suficientemente cocinados. La repostería y los helados son de fácil contaminación.
- Cuidado con el agua. Sólo debemos beber agua que ofrezca suficientes garantías o agua embotellada (que deberá ser abierta en su presencia). No admitir cubitos de hielo



©alphaspirit/123rf

“**Ante vuelos de larga distancia (más de 3 horas), algunas personas sufren nerviosismo y/o ansiedad, y otras problemas circulatorios, el llamado “síndrome de la clase turista”**»

en las bebidas, ya que pueden estar preparados con aguas contaminadas. En países tropicales, es aconsejable ingerir abundantes líquidos. Tomar refrescos y bebidas embotelladas o bebidas calientes, té o café. Si el viajero se ve obligado a beber agua potencialmente peligrosa, deberá hervirla durante 10 minutos o añadir 2 gotas de lejía/litro (o pastillas de hipoclorito) y esperar 30 minutos antes de consumirla. ●

### Bibliografía

1. Loke YK, Derry S. Air travel and venous thrombosis: how much help might aspirin be? *Med Gen Med.* 2002; 4(3): 4.
2. Cesarone MR, Incandela L, De Sanctis MT, Belcaro G, Geroulakos G, Griffin M, et al. Flight microangiopathy in medium-to long-distance flights: prevention of edema and microcirculation alterations with total triterpenic fraction of Centella asiatica. *Angiology.* 2001; 52(Suppl 2): S33-S37.



## ● La farmacia en el mundo

Jan Saevels  
Farmacéutico

# Farmacéutico de familia: un nuevo servicio de los farmacéuticos comunitarios belgas

*Sección coordinada por:*  
Jaime Acosta. Miembro del  
Comité Ejecutivo de la Sección  
de Farmacia Comunitaria de la  
FIP (International  
Pharmaceutical Federation).  
@jaimeacosta\_

### **Bélgica**

En este país, con unos 11,5 millones de habitantes y 4.875 farmacias comunitarias, los pacientes casi siempre tienen cerca una oficina de farmacia. Esta densa red de farmacias, junto con el pago de la mayoría de fármacos fundamentales a cargo de terceros, hace que el farmacéutico comunitario sea una parte muy accesible y esencial de la asistencia primaria de Bélgica.

### **Historia**

Al igual que en muchos otros países, los farmacéuticos comunitarios de Bélgica han intentado mejorar la asistencia de sus pacientes. En 2010, se produjo



©trustee/123RF

un cambio fundamental cuando el modelo de remuneración pasó de un sistema puramente de margen financiero a un sistema mixto: margen financiero combinado con tasas de dispensación. Actualmente, la mayoría de los ingresos de los farmacéuticos son por tasas de dispensación: reciben una remuneración de 4,27 euros por cada envase de medicamento financiado que dispensan. Entre 2010 y 2016, se han dado algunos pasos prudentes para desarrollar servicios nuevos de manera económicamente sostenible. Por ejemplo, en 2015 se introdujo un nuevo servicio de fármacos para pacientes de asma. A principios de 2017, los farmacéuticos comunitarios belgas firmaron un convenio multianual con el Ministerio de Salud<sup>1</sup>. El primer hito importante de la aplicación de este acuerdo fue la introducción del «farmacéutico de familia».

### Dicho brevemente

Desde el inicio, en octubre de 2017, los pacientes crónicos han podido escoger un «farmacéutico de familia». Este farmacéutico apoya activamente a los pacientes dándoles orientaciones sobre el consumo de los medicamentos, asesorándoles y preparando planes de medicación.

Esta relación entre el farmacéutico y el paciente se ciementa en un acuerdo firmado entre las dos partes. Este proceso, cuyo objetivo es dar a los pacientes un mayor control sobre su salud y conservar su autonomía, fue propuesto por Maggie De Block, la ministra belga de salud, y aplicado por los representantes de los farmacéuticos, médicos y pacientes. «Los farmacéuticos ya tienen una relación muy directa con sus pacientes. Aun así, queríamos destacar la importancia de esta relación y la experiencia de los farmacéuticos asignando un presupuesto a estos servicios», dijo la ministra De Block. Los farmacéuticos reciben una remuneración única de 31,80 euros por paciente y año. El servicio es financiado por la Seguridad Social. Los pacientes no pagan nada de su bolsillo.

### Motivos

Si bien los pacientes tienden a ser muy leales a una farmacia concreta (el 86% dijeron que tenían una farmacia habitual)<sup>2</sup>, es esencial que haya farmacéuticos que sean responsables del seguimiento de la farmacoterapia de los pacientes, especialmente de los crónicos, a menudo polimedicados y en tratamiento con más de un médico. Del 70 al 80% de los pacientes con un cuadro crónico viven en casa y son autónomos (a veces con ayuda). El asesoramiento proactivo del farmacéutico de familia dentro de un equipo interdisciplinario garantizaría que el máximo número posible de pacientes crónicos pudiera mantener su independencia durante el máximo tiempo posible. El uso correcto de los medicamentos es importante porque ayuda a evitar complicaciones y frena la evolución de la enfermedad. Mientras que los médicos de familia (de medicina general) tienen la responsabilidad de mantener la

historia clínica global del paciente, los farmacéuticos de familia son los responsables de mantener una visión general de la farmacoterapia de los pacientes.

### Registro Farmacéutico Compartido

Los farmacéuticos belgas mantienen un registro confidencial de la medicación de sus pacientes. El documento belga «Dossier Pharmaceutique» es una lista de los fármacos dispensables (con o sin receta) que se utiliza para tratar problemas relacionados con los fármacos y con la enfermedad, como interacciones, abuso de fármacos, duplicación de tratamientos, y, por supuesto, para controlar el cumplimiento del tratamiento.

Estos registros se pueden compartir (previo consentimiento del paciente y cumpliendo ciertos protocolos de privacidad) con todas las farmacias belgas participantes, mediante el «Dossier Pharmaceutique Partagé» o Registro Farmacéutico Compartido. Este servicio está dirigido por asociaciones profesionales belgas de farmacéuticos comunitarios y sirve para mejorar la seguridad del paciente y la asistencia farmacéutica, permitiendo acceder a información relevante, precisa y de gran calidad sobre el historial farmacéutico de un paciente<sup>3</sup>. El sistema está totalmente integrado en el programa informático de dispensación de la farmacia.

### ¿Quién puede ser farmacéutico de familia?

Cualquier farmacéutico que trabaje en una oficina de farmacia conectada al Registro Farmacéutico Compartido. En el momento de escribir este artículo (enero del 2018), más del 90% de las farmacias cumplían esta condición. No se necesita ninguna formación especial ni acreditación previa para ofrecer el servicio.

### ¿Qué pacientes pueden escoger un farmacéutico de familia?

Teóricamente, cualquier paciente puede escoger un farmacéutico de familia, pero el Instituto Nacional del Seguro de Salud y Discapacidad sólo financiará el servicio a un grupo específico de ellos, concretamente cualquier paciente ambulatorio que, en los últimos 12 meses, haya recibido por lo menos 5 fármacos financiados diferentes (es decir, por lo menos 5 principios activos diferentes) en la misma farmacia, de los cuales al menos uno sea para un consumo crónico. Dentro de este grupo objetivo de pacientes crónicos, hay cuatro subgrupos prioritarios:

- Pacientes con el estatus de «crónico» en la historia clínica global.
- Pacientes en la fase inicial de la diabetes que estén recibiendo formación por parte del farmacéutico.
- Pacientes con polifarmacia (por lo menos 5 fármacos crónicos durante los últimos 12 meses).
- Pacientes con una necesidad especial de asistencia farmacéutica intensiva.



## Jan Saevels

Jan Saevels estudió Ciencias Farmacéuticas en la Universidad de Leuven y obtuvo el título de Farmacia en 1994. En 1998, hizo el doctorado en la misma universidad. Por aquel entonces empezó a trabajar para APB, el organismo profesional de los farmacéuticos comunitarios belgas. De 1998 a 2005, fue jefe de departamento del laboratorio de control de medicamentos de la APB. Durante los últimos diez años Jan ha dirigido el departamento científico de la APB, que trabaja sobre todo para el desarrollo científico de los farmacéuticos comunitarios belgas. Con un equipo de 15 farmacéuticos, el departamento ofrece diversos productos y servicios que ayudan a los farmacéuticos en su trabajo diario. Una parte importante de las actividades va dedicada al desarrollo de servicios nuevos, aplicando tecnologías existentes o nuevas.

### ¿Qué hace un farmacéutico de familia?

El farmacéutico de familia monitoriza al paciente y le acompaña en el uso correcto de los fármacos. Su tarea principal es mantener actualizado el plan de medicación de sus pacientes y ponerlo a disposición del equipo de asistencia sanitaria (en primer lugar, el médico de familia) y, por supuesto, de los propios pacientes. En una primera instancia se puede hacer en formato papel, posiblemente con el paciente como intermediario, pero, en cuanto es técnicamente posible, los planes de medicación también se comparten por vía electrónica.

Para hacerlo, los farmacéuticos de familia tienen que registrar y dispensar sistemáticamente los fármacos en el registro farmacéutico local del paciente y en el compartido. En cada visita a la farmacia se comprueba la información, se consolida, se completa la información que falta (dosis, momento de la toma, fármacos sin receta...) y se registra en un plan de medicación correcto y actualizado, que se valida y se entrega al paciente. Esta operación se realiza cuando se firma el convenio y con cada cambio de tratamiento, o cuando el paciente lo solicita.

### Despegue

El 4 de octubre de 2017 la Asociación de Farmacéuticos lanzó una campaña publicitaria con el eslogan «Mi farmacéutico me conoce, yo firmo». La ministra De Block, junto con varios actores de la asistencia sanitaria y representantes de asociaciones de pacientes crónicos, firmaron simbólicamente un acuerdo con «su» farmacéutico de familia. Con esto pretendían animar a todos los pacientes crónicos a escoger un farmacéutico de familia. Durante las semanas previas y posteriores al despegue oficial, se proporcionó a los farmacéuticos toda la documentación necesaria consistente en prospectos, pósters, videoclips, etc<sup>4</sup>.

### Primeros resultados

Tres meses después del lanzamiento del servicio, comprobamos que más del 80% de las farmacias comunitarias belgas ofrecían el servicio a sus pacientes, con un total de más de 400.000 convenios firmados con ellos. Sin ninguna du-

da podemos calificarlo de éxito inmenso. Ilustra claramente el valor añadido que pueden ofrecer los farmacéuticos comunitarios a los pacientes crónicos.

### Futuro

Algunas de las tareas de los farmacéuticos de familia todavía no pueden realizarse por motivos técnicos o legales. En cuanto se le haya puesto remedio, las siguientes tareas también formarán parte de los deberes del farmacéutico de familia:

- Anotación sistemática en el Registro Farmacéutico Compartido de los dispositivos médicos y otros productos relacionados con la salud que pudieran interactuar con algún fármaco existente.
- Permitir el acceso electrónico a los planes de medicación, a través de una plataforma digital segura, a otros proveedores de asistencia sanitaria con relación terapéutica con el paciente.
- Ofrecer a los pacientes algún servicio de asistencia farmacéutica concreto (sesiones formativas sobre determinadas patologías, sobre cumplimiento de tratamientos, revisión de uso de fármacos...).

La identidad del farmacéutico de familia se menciona en todas las plataformas compartidas (p. ej., con motivo de una hospitalización) como punto de contacto para los temas de medicación del paciente. El médico general y otros asistentes sanitarios que tengan una relación terapéutica con el paciente también serán informados sobre la identidad del farmacéutico de familia. ●

### Bibliografía

1. Convenio plurianual para el paciente con los farmacéuticos comunitarios. Disponible en: [http://www.deblock.belgium.be/sites/default/files/articles/2017\\_03\\_15%20Cadre%20pluriannuel%20pharmaciens\\_web.pdf](http://www.deblock.belgium.be/sites/default/files/articles/2017_03_15%20Cadre%20pluriannuel%20pharmaciens_web.pdf) (en francés).
2. M. Hertens, P. Kupers. La pharmacie de demain. Test Santé Juin. 2015; pp. 24-28 (en francés).
3. Disponible en: [http://www.farmaflux.be/?page\\_id=1903&lang=fr](http://www.farmaflux.be/?page_id=1903&lang=fr) (en francés).
4. Disponible en: [https://www.youtube.com/watch?v=u9p\\_gYqoe0A](https://www.youtube.com/watch?v=u9p_gYqoe0A) (en francés).

## ● Comportamiento del consumidor

# Soy un cliente y ¡estoy vivo!

Diana Gavilán  
Profesora de Marketing.  
Universidad Complutense de Madrid.  
*Marketing Advisor*  
(diana@soleste.es)

“**Relación significa que el cliente que compra una vez vuelve, repite, incrementa su tasa de compra y acaba por convertirse en un embajador de nuestra farmacia»**

Nuestra última entrega terminó con un cliente que había realizado su primera compra de un producto tras un proceso al que llamamos «*customer decision journey*» (una expresión que no suele traducirse, pero que se refiere al viaje del cliente hacia la decisión). Ahora vamos a ver cómo este cliente va a seguir evolucionando a medida que repite sus compras, lo que representa nuevas oportunidades y retos para nosotros. Hablemos del «ciclo de vida del cliente».

### Construir una relación con el cliente

¿Qué te viene a la cabeza cuando piensas en ventas: la idea de conseguir transacciones comerciales hoy o la idea de crear relaciones con clientes? Para el *marketing* conseguir una venta (en contextos donde las ventas tienen que repetirse, como sucede con los productos de venta libre de la farmacia) tiene poco interés, es un reto poco significativo. Vender una vez no es difícil cuando no importa si el cliente vuelve o no vuelve, si se queda contento o insatisfecho.

Por esta razón, desde los años noventa el *marketing* incorporó un concepto clave: el de la «relación». El vínculo que creamos con nuestros clientes. De esta «relación» es de la que depende el éxito de tu farmacia y de cualquier negocio (figura 1).



©Andrei Krauchuk/123rf

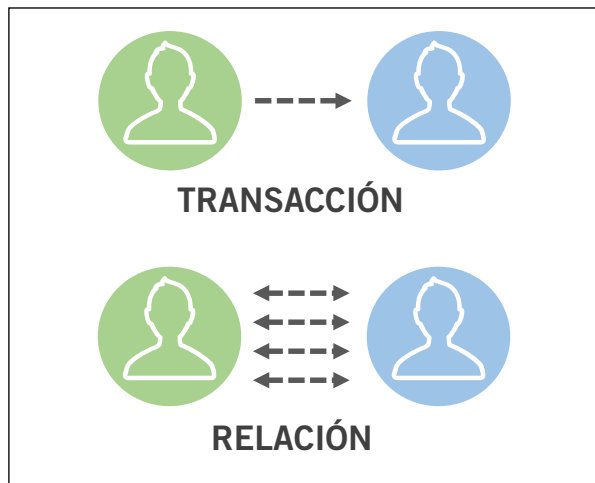


Figura 1. Significado de las ventas: ¿transacción o relación?

«Relación» significa que el cliente que compra una vez vuelve, repite, incrementa su tasa de compra y acaba por convertirse en un embajador de nuestra farmacia. Una «relación» es mucho más que una venta, constituye un auténtico reto para nuestra farmacia porque, para construirla, no hay atajos (figura 2).

Veamos entonces las etapas por las que pasa nuestro cliente desde su primera compra hasta que se convierte en nuestro embajador.

### Una experiencia positiva, o por qué no hay que sobreprometer nunca

La cuestión con la que comenzábamos el apartado anterior es una pregunta crucial, cuya respuesta como empresarios debemos tener clara: ¿qué buscamos y qué valoramos en nuestro equipo?, ¿los resultados de las ventas de hoy o la capacidad para construir relaciones estables y duraderas con nuestros clientes?

Tener clara la importancia de las relaciones tiene algunas implicaciones, como que no se puede tener prisa por los resultados, hay que hacer pedagogía de los productos, priorizar la confianza del cliente y ofrecer soluciones de las que estemos plenamente seguros de su éxito; pero también que

los resultados no son sólo las ventas, y más aún, que el «resultado» que sostiene a nuestra farmacia es la confianza de nuestros clientes en nosotros.

En este trayecto hacia la confianza, nos encontramos con la primera experiencia de un consumidor con un producto; una experiencia que coloca al consumidor en una actitud observadora y analítica. Nuestro cliente prestará atención a todas las facetas del producto y tomará como referencia lo que le hayamos dicho en la farmacia. Su experiencia va a estar guiada por la información que ha recibido, y por esta razón debemos saber muy bien lo que decimos.

Las ventas a veces fallan porque los productos no cumplen con las expectativas de los clientes, pero también pueden fallar porque no cumplen con las expectativas de lo que nos dijeron. Si nuestra argumentación se ha basado en promesas exageradas (como «este producto tiene unos resultados increíbles»), es posible que un buen producto, del que por ejemplo habría que destacar su buena experiencia de uso, fracase. Y lo que fracasa no sólo es el producto, sino la confianza que el cliente haya puesto en nosotros.

Apostar por la «relación» es priorizar una excelente experiencia de compra y consumo que nos lleve a que el cliente vuelva con predisposición de compra.

### Repetición y hábitos

Los clientes que deciden repetir una experiencia de compra (ya sea en la farmacia o en la categoría) actúan de manera muy diferente a los clientes nuevos.

Repetir supone partir de una actitud favorable, pero sobre todo supone conocimiento, de manera que las decisiones de compra se aceleran, todo es más rápido y se necesita menos información, hasta el punto de que a veces puede ser el propio cliente quien seleccione el producto del lineal sin precisar ayuda.

Cuando un cliente empieza a repetir, en realidad lo que está haciendo es aprender una conducta: puede tratarse de una nueva forma de cuidar sus dientes, su piel o su cabello, y para fortalecer este aprendizaje los clientes necesitan refuerzos positivos.

Un refuerzo positivo es cualquier incentivo que facilita una decisión. Un ejemplo sería un descuento o un regalo,

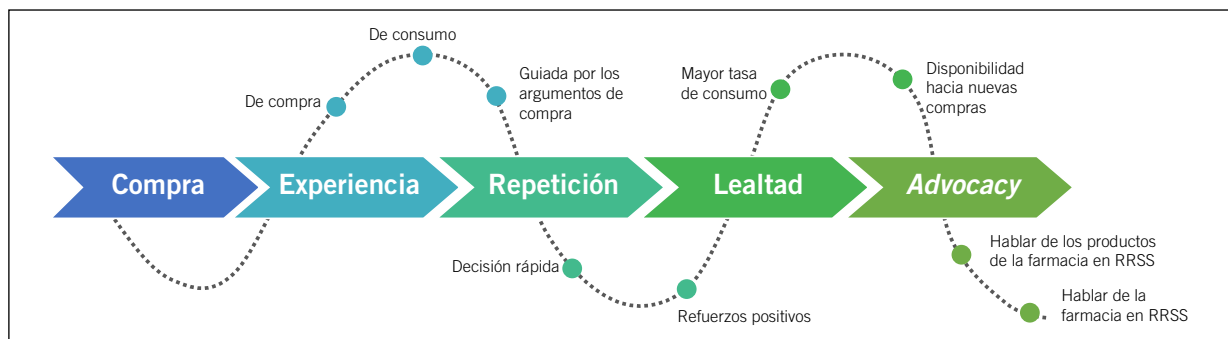
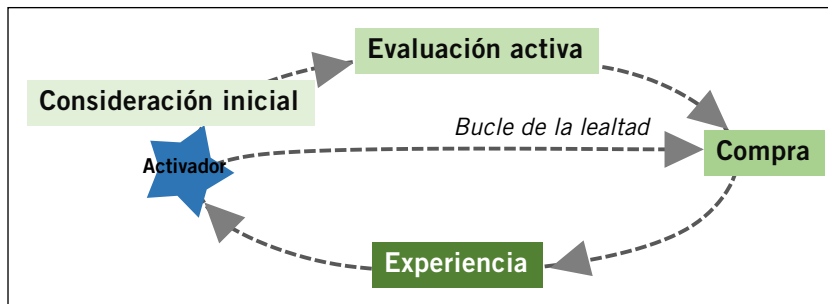


Figura 2. Ciclo de vida del cliente (desde la primera compra)



**Figura 3.** Bucle de la lealtad. Diferencia entre una primera compra y una compra repetida

aunque este tipo de incentivos debemos reservarlos para acciones comerciales de cierta envergadura. Ahora nos referimos a refuerzos que practicamos con el lenguaje, como recordarle a un cliente que ya ha elegido un producto que su decisión ha sido acertada, indicando además cuál es la principal ventaja que destacamos de ese producto.

Repetición y refuerzo forman un tándem que alimenta la creación de hábitos. Conductas que los consumidores incorporamos como rutinas y cuyas decisiones no nos planteamos. Un cliente con el hábito de comprar la pasta de dientes en la farmacia realiza un proceso de decisión sencillo e inmediato: «se está terminando el dentífrico y tengo que comprar un nuevo envase cuando vaya a la farmacia». Al llegar a la farmacia tal vez no se acuerde, pero entonces la exposición hará de recuerdo activador y sólo con ver el producto emergerá la decisión. Con ello entramos en el bucle de la lealtad (figura 3).

### Lealtad y confianza

Un cliente habituado a comprar un producto es un cliente leal que repite sin esfuerzo una compra. En este punto, y no antes, es cuando aparecen nuevas oportunidades para la farmacia.

- Los clientes leales tienden a aumentar la tasa de consumo: es frecuente observar que, cuando un cliente está muy satisfecho con un producto y ha adquirido el hábito de comprarlo repetidamente, esto suele venir acompañado de un aumento de la tasa de uso. Por ejemplo, una clienta que compra una crema de manos con regularidad y la usa por las mañanas, un día decide guardarla en el bolso para poder ponérsela en otros momentos del día. Su nivel de consumo crece («esto me recuerda que voy a ponerme crema de manos»).

Si el farmacéutico dispone de datos de compras de sus clientes, puede estimar con facilidad la frecuencia de compra de ciertas referencias y no es raro que vea que los clientes más fieles son además a los que les duran menos los productos.

Los clientes leales confían y están seguros de sus compras, por eso son más receptivos a probar otros productos: ahora es el momento de practicar venta cruzada (*cross selling*), y venta adicional (*up selling*).

- Sorprende la de veces que se oye hablar en farmacia de estas técnicas de venta, y la desmotivación que produce en el

personal, que a menudo ve cómo sus esfuerzos no producen el resultado deseado. Así es y no puede ser de otro modo.

La venta cruzada y la venta aumentada funcionan bien o muy bien en clientes maduros que están en fase de lealtad. Son clientes que no sienten que arriesgan cuando se les ofrece una solución mejor y/o que se atreven a probar con nuevos productos si eso mejora la, ya de por sí buena, experiencia de consumo que tienen.

Fuera de este perfil, la venta cruzada suscita en el cliente una respuesta interior del tipo: «pero ¡con lo que me está costando comprar uno, cómo me pides que compre dos o uno más caro...!»

Todas las técnicas de venta están conectadas con el ciclo de vida del cliente; cada momento nos ofrece unas oportunidades que debemos reconocer.

### «Advocacy»: embajadores de la farmacia y sus productos

Advocacy, otro anglicismo de los que invaden el *marketing* para referirse a la defensa pública de la farmacia y sus productos por parte de los consumidores.

Nuestro cliente alcanza la última etapa del «ciclo de vida del cliente» cuando se convierte en nuestro prescriptor en su entorno. El mero hecho de hablar de sus compras, compartir sus decisiones y trazar una conversación pública representa el nivel máximo en la «relación», porque significa que no somos nosotros los que le hablamos a él para convencerlo de una compra, sino que es él o ella quienes hablan por boca de nosotros en su entorno.

La importancia de este hecho hoy en día es crucial. Los consumidores cada vez damos menos credibilidad a la publicidad y a la comunicación comercial (cuyos índices se desploman a marchas forzadas), pero la información que obtenemos de otros consumidores nos resulta confiable, creíble y verdadera, de modo que le prestamos atención y aceptamos muchas de sus sugerencias.

Por esta razón, no debemos conformarnos con unos buenos resultados en las ventas, y debemos motivar a nuestros clientes para que hablen de nosotros y de su experiencia en la farmacia con nuestros productos. El ciclo de vida se convierte así en un ciclo virtuoso de la venta, donde los lazos entre la farmacia y el consumidor se estrechan, en un intercambio de confianza y decisiones de compra. ●

Juan Antonio Sánchez

Economista asesor fiscal.  
Socio director Taxfarma Asesores  
(www.taxfarma.com)

# Un paso más en la transmisión fiscal de la farmacia

“**La oficina de farmacia, con sus requisitos de titulación para su ejercicio, puede condicionar en ocasiones la continuidad familiar del negocio empresarial»**”

**A**costumbrados normalmente a noticias agrídulces en lo que a fiscalidad se refiere, con la llegada de la resolución emitida por la Dirección General de Tributos (en su reciente consulta vinculante número V0542-18, con fecha de salida del pasado 26 de febrero de este año 2018), nos llega un «soplo de aire fresco».

Y lo anterior se argumenta con la flexibilidad que «poco a poco» las autoridades tributarias van aplicando a lo que denominamos «situaciones límite» en nuestro sector empresarial y sanitario de farmacias.

La oficina de farmacia, con sus requisitos de titulación para su ejercicio, puede condicionar en ocasiones la continuidad familiar del negocio empresarial. La opción por parte de los descendientes de formarse en los mismos estudios universitarios que los titulares es una decisión muy importante; una decisión que marcará probablemente una parte de su destino laboral.

Y si entramos en casos en los que incluso no existan descendientes directos que puedan asumir el reto empresarial de seguir adelante con el proyecto de farmacia, el entorno fiscal debe, al menos, mostrar una salida.



©gatus/123rf

En la cercana consulta vinculante que señalamos anteriormente, la descripción de los hechos es la siguiente:

«La hermana de la consultante ha fallecido, dejando como únicas herederas a sus dos hermanas, entre ellas la consultante. Entre los bienes y derechos se encuentra una oficina de farmacia; ninguna de las hermanas tiene la condición de farmacéutica y, por aplicación de la legislación farmacéutica, deben transmitirla forzosamente en un plazo de 2 años a otra persona que tenga la titulación de farmacéutico. La causante no tenía descendientes ni adoptados.»

Ante tal situación, las hermanas herederas plantean a la Dirección General de Tributos, primeramente, la posibilidad de aplicar los beneficios de la transmisión *mortis causa* de la empresa familiar (farmacia). Y poniéndose en la mejor situación que fuera posible, se cuestionan qué ocurriría si, ante su carencia de titulación farmacéutica, vendieran la farmacia heredada. ¿Perderían las ventajas fiscales aplicadas en la transmisión?

La respuesta que las autoridades tributarias utilizan para habilitar la aplicación de las ventajas de la empresa familiar a las hermanas herederas hace referencia, en primer lugar, al artículo 20.2c) de la Ley 29/1987, de 18 de diciembre, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones (BOE de 19 de diciembre), que establece lo siguiente:

«2. c) En los casos en los que, en la base imponible de una adquisición “mortis causa” que corresponda a los cónyuges, descendientes o adoptados de la persona fallecida, estuviese incluido el valor de una empresa individual, de un negocio profesional o participaciones en entidades, a los que sea de aplicación la exención regulada en el apartado octavo del artículo 4 de la Ley 19/1991, de 6 de junio, del Impuesto sobre el Patrimonio, o el valor de derechos de usufructo sobre los mismos, o de derechos económicos derivados de la extinción de dicho usufructo, siempre que con motivo del fallecimiento se consolidara el pleno dominio en el cónyuge, descendientes o adoptados, o percibieran éstos los derechos debidos a la finalización del usufructo en forma de participaciones en la empresa, negocio o entidad afectada, para obtener la base liquidable se aplicará en la imponible, con independencia de las reducciones que procedan de acuerdo con los apartados anteriores, otra del 95% del mencionado valor, siempre que la adquisición se mantenga, durante los 10 años siguientes al fallecimiento del causante, salvo que falleciera el adquirente dentro de ese plazo.

»En los supuestos del párrafo anterior, *cuando no existan descendientes o adoptados, la reducción será de aplicación a las adquisiciones por ascendientes, adoptantes y colaterales, hasta el tercer grado y con los mismos requisitos recogidos anteriormente*. En todo caso, el cónyuge supérstite tendrá derecho a la reducción del 95%.»

Como ya sabemos, cada comunidad autónoma ha realizado una «customización» del plazo de los 10 años antes mencionados, por lo que es muy recomendable estar «al día» de las novedades del impuesto sobre sucesiones y donaciones en el lugar donde reside fiscalmente el farmacéutico en cuestión.

Hacienda aclara de forma expresa que la farmacia tendría que «estar exenta» del Impuesto del Patrimonio de la fallecida en nuestro caso. Es preceptivo y tarea del contribuyente (farmacéutica titular en nuestro ejemplo) chequear dicha condición anualmente en su Impuesto sobre el Patrimonio (aunque la legislación de su comunidad autónoma le exima de su presentación).

Lo mejor, como siempre suele ocurrir en el mundo de las consultas fiscales vinculantes, viene al final de la respuesta:

«Los epígrafes 1.2.d) y 1.3.e) de la Resolución 2/1999, de 23 de marzo, de la Dirección General de Tributos, relativa a la aplicación de las reducciones en la base imponible del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones en materia de vivienda habitual y empresa familiar (BOE del 10 de abril de 1999) interpretan, a la vista del texto legal, que para los supuestos de adquisición “mortis causa” *no resulta de la Ley la necesidad para el adquirente de continuar con la actividad del causante, siendo suficiente con que “se mantenga el valor” de la adquisición. Siendo esto así, no planteará problema respecto del mantenimiento del derecho a la reducción practicada tanto en la reinversión del importe en otra actividad económica como en la colocación de éste en una institución financiera hasta la finalización del plazo establecido por la Ley, siempre que en ambos casos pueda acreditarse fehacientemente, durante todo el plazo de 10 años, el mantenimiento del valor de lo adquirido.*»

Importantísimo matiz el que muestra la Dirección General de Tributos sobre la «no necesidad» de continuar con la misma empresa que la fallecida. Aunque realmente esta tendencia ha sido mostrada en numerosas consultas en los últimos años.

Quizá lo más positivo sea la admisión por parte del fisco del cumplimiento del requisito de «mantenimiento del valor», mediante la colocación del importe obtenido en la venta de la farmacia por parte de las herederas, en un producto financiero que garantice el valor hasta que acabe el plazo estipulado por la normativa.

Por lo visto, es un hecho contrastado en esta consulta que la administración tributaria va flexibilizando, de forma lenta pero segura, los requisitos de transmisión de la empresa familiar, habilitando soluciones para casos *in extremis*, como el mostrado en este artículo. Sigamos avanzando en esta materia. ●





**XV Curso**  
ONLINE

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



Evaluación y acreditación en:  
[www.aulamayo.com](http://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   |
| 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 6

# Enfermedad de Parkinson

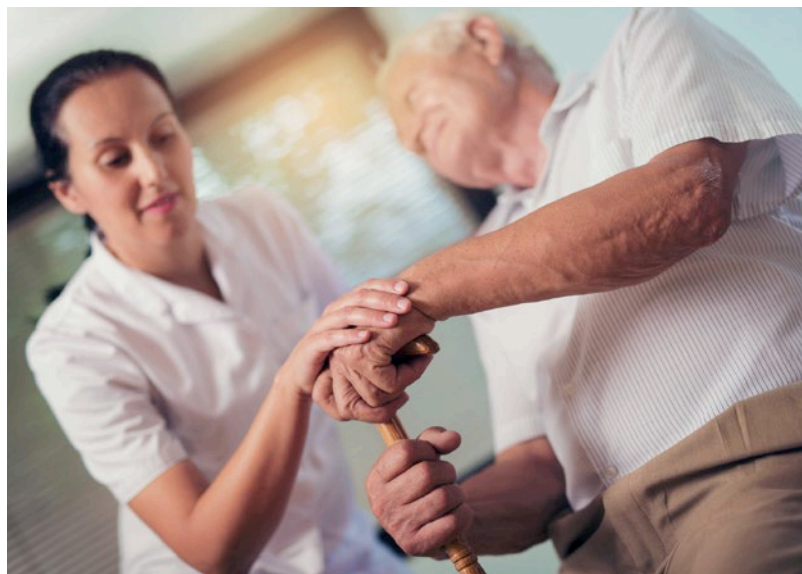
Marta Olmedillo Rodríguez

Farmacéutica comunitaria

La enfermedad de Parkinson es un proceso crónico y degenerativo neuronal progresivo del sistema nervioso central (SNC) que conlleva una disminución de los niveles de dopamina en los ganglios basales, con la consiguiente aparición de los signos cardinales de la enfermedad: temblor, bradicinesia, rigidez e inestabilidad postural. Este trastorno, que después del Alzheimer es la enfermedad neurodegenerativa más frecuente, conlleva un importante deterioro de la calidad de vida y supone un alto coste socioeconómico. El factor de riesgo más importante para su desarrollo es la edad, ya que suele iniciarse entre la cuarta y la séptima década de la vida; además, dado el envejecimiento progresivo de la población, se estima que su prevalencia seguirá creciendo en los próximos años.

### Fisiopatología

La enfermedad de Parkinson se caracteriza por la degeneración progresiva de las neuronas dopaminérgicas de la *pars compacta* de la sustancia negra (SNpc). En los núcleos pigmentados del encéfalo es característica la presencia de cuerpos de Lewy, que son inclusiones hialinas eosinófilas con un núcleo esférico denso, en el que se almacenan neurofilamentos, enzimas (como fosfatasa y cinasas) y otras proteínas citosólicas, fundamentalmente alfa-sinucleína. De hecho,



©Jovan Mandic/123RF

muchos autores incluyen esta enfermedad dentro del grupo de las sinucleinopatías. La disminución del contenido de dopamina en el estriado es la principal responsable de la aparición de síntomas motores y también de algunos no motores.

Asimismo, en el Parkinson se ven alterados otros componentes del sistema nervioso, como las neuronas del bulbo olfatorio, distintas estructuras subcorticales, neuronas simpáticas y parasimpáticas ganglionares, y núcleos serotoninérgicos y noradrenérgicos.

### Epidemiología

Cada año aparecen unos 5 nuevos casos de Parkinson por cada 100.000 habitantes de entre 60 y 69 años. En la tabla 1 puede apreciarse cómo la prevalencia aumenta con la edad. En los estudios *post mortem*, la duración media de la enfermedad desde el diagnóstico hasta la muerte fluctúa entre 6,9 y 14,3 años.

Se estima que en el año 2013, en España, existían al menos 300.000 pacientes con enfermedad de Parkinson.

### Etiología

Aunque la etiología de la enfermedad de Parkinson es desconocida, se postula un origen multifactorial, ya que su aparición se ve influida por distintos factores:

- **La edad.** El envejecimiento se asocia a una disminución de las neuronas pigmentadas de la sustancia negra, a un aumento de la detección de los cuerpos de Lewy, a una disminución de la captación de F-DOPA (F-fluoro-L-Dopa), y a un descenso de los transportadores de dopamina del estriado. Sin embargo, aunque su incidencia aumenta con la edad, la enfermedad no es simplemente una aceleración del envejecimiento.
- **Los factores ambientales.** La exposición a pesticidas y herbicidas u otras sustancias tóxicas se relaciona con un aumento de la incidencia de Parkinson. En cambio, la exposición a otras sustancias puede reducir el riesgo, por ejemplo el hábito de fu-

**Tabla 1. Prevalencia mundial de la enfermedad de Parkinson**

Casos/100.000 habitantes	Años de edad
41	40-49
107	50-59
173	55-64
428	60-69
425	65-74
1.087	70-79
1.903	>80

mar o el consumo de bebidas con cafeína, aunque no existe una explicación clara para esta relación.

- **La genética.** Un 15% de los pacientes con Parkinson tiene un familiar de primer grado afectado, y la herencia desempeña todavía un papel más relevante en la enfermedad de inicio tardío. En algunos casos, se han encontrado mutaciones en los genes que codifican la alfa-sinucleína, la parkina o la ubiquitina terminal C hidrolasa L1.

En función del origen de la enfermedad, se clasifica en:

- **Parkinsonismo idiopático (primario).** Antiguamente conocido como «parálisis agitante». Suele emplearse para la enfermedad de Parkinson puramente dicha.
- **Parkinsonismo adquirido (secundario).** Incluye el parkinsonismo postencefálico, el inducido por fármacos (neurolepticos, metoclopramida, lorazepam e inhibidores de la recaptación de serotonina, amiodona, etc.) y los síntomas asociados a la intoxicación por manganeso.
- **Parkinsonismo plus.** Los síntomas se deben a las alteraciones degenerativas del SNC, como parálisis supranuclear progresiva o atrofia multisistémica. En esta forma de presentación predomina la alteración oculomotora, las dificultades del ha-

bla y de la deglución, la pérdida de equilibrio con caídas y la demencia frontal.

También puede clasificarse según la edad de inicio o síntoma predominante:

- **Tremórica.** Predomina el temblor de gran amplitud y responde mal al tratamiento farmacológico.
- **Rígido-acinética.** Es más incapacitante que la anterior. Se asocia a mayor prevalencia de depresión, demencia y alteraciones del sueño.
- **Juvenil.** Aparece antes de los 50 años, y los pacientes desarrollan más fluctuaciones y discinesias y menos demencia o psicosis.
- **De inicio tardío (70-90 años).** Es simétrica desde el principio. El temblor es poco acentuado y la alteración de la marcha y del equilibrio es precoz y de evolución más rápida.

### Clínica

Suele comenzar de forma insidiosa y con afectación asimétrica. El periodo de latencia es de 5 a 10 años y varía en función de su etiología. Los síntomas guía son los siguientes.

### Temblor

Es una de las manifestaciones clínicas más características y la menos invalidante. Es el primer síntoma en el 50-70% de los casos, de predominio asimétrico y distal en las extremidades superiores. Afecta a las manos (cuenta de monedas), pies, cara (mueca de conejo), mandíbula, músculos de la lengua, y, en casos raros, a la cabeza. A veces se presenta al mantener una postura o al inicio de una actividad, pero siempre es más intenso en reposo. Desaparece con el sueño y empeora en situaciones de estrés. Se observan tres tipos de temblor: de reposo, postural y de acción.

### Bradicinesia, acinesia e hipocinesia

La bradicinesia (enlentecimiento de los movimientos), la acinesia (dificultad para el movimiento) y la hipocinesia

(reducción de la amplitud de los movimientos) son los síntomas más incapacitantes, ya que afectan principalmente a la cara y músculos axiales, y por tanto dificultan la realización de actividades básicas como pasear, girarse en la cama, levantarse de la silla, salir del coche o realizar doble clic en el ratón del ordenador, etc.

### Rigidez

Prevalece en los músculos flexores y se presenta como una hipertonía plástica o en rueda dentada cuando se superpone el temblor. Es molesta e incluso dolorosa, y es sensible al tratamiento con levodopa.

### Inestabilidad postural

Es un síntoma muy invalidante y el que peor responde al tratamiento. Aparece en los estadios más avanzados de la enfermedad, debido a una alteración de los reflejos posturales. Proporciona una postura de retropulsión al andar o un caminar inclinado hacia delante de hombros y cabeza. Es uno de los factores que influye en el incremento de las caídas. La variación en la marcha que presentan estos pacientes reside en un inicio difícil, lentitud, arrastre de los pies, giro inestable o en bloque, *freezing* (congelación parkinsoniana) en estadios avanzados y postura en flexión, con un mayor riesgo de caídas.

### Otros síntomas motores

La distonía es más frecuente en los casos de inicio precoz, y aparece sobre todo en los pacientes tratados con levodopa durante las fluctuaciones motoras en la fase *off* de la mañana. La acatisia y el síndrome de las piernas inquietas rara vez aparecen al inicio de la enfermedad.

### Manifestaciones no motoras

Entre las manifestaciones no motoras cabe destacar las siguientes: disfunción del sistema nervioso autónomo (estreñimiento, alteraciones de la glucemia, hipotensión ortostática...), trastornos sensitivos (entumecimiento, frialdad y hormigueo en la región cor-

poral más afectada, dolor...), demencia, depresión, trastornos de ansiedad generalizada, alteraciones del sueño (somnolencia diurna, crisis de sueño, sueños vívidos y pesadillas, trastorno de comportamiento del sueño REM y las piernas inquietas...), alucinaciones y psicosis (generalmente inducidas por fármacos).

### Progresión de la enfermedad de Parkinson

Para valorar la progresión y la gravedad de este trastorno se emplean varias escalas. La más conocida es la de Hoehn y Yahr (Levine CB, 2003; NICE, 2006), que clasifica la enfermedad en 6 estadios:

- Estadio 0: no existen signos de la enfermedad.
- Estadio 1: la afectación es unilateral.
- Estadio 2: existe afectación bilateral, pero sin alteración del equilibrio.
- Estadio 3: la afectación bilateral es de leve a moderada con inestabilidad postural, aunque no físicamente independiente.
- Estadio 4: aunque se ha llegado a una incapacidad grave, aún no se ha perdido la facultad de caminar o permanecer de pie sin ayuda.
- Estadio 5: la enfermedad obliga al paciente a permanecer en silla de ruedas o encamado si no tiene ayuda.

### Diagnóstico

El verdadero diagnóstico de la patología siempre es *post mortem* (despigmentación y degeneración de la sustancia negra con cuerpos de Lewy). Sin embargo, si el paciente cumple unos determinados criterios puede establecerse el diagnóstico de enfermedad de Parkinson:

- Presencia de dos de los síntomas guía.
- Respuesta al tratamiento con levodopa.
- Ausencia de los signos denominados atípicos para el diagnóstico de enfermedad de Parkinson.

En caso de enfermedad de Parkinson familiar son de utilidad los estudios genéticos.

### Diagnóstico por imagen

Las técnicas de neuroimagen estructurales y funcionales desempeñan un papel fundamental para confirmar el diagnóstico. Suelen utilizarse las siguientes:

- Tomografía computarizada cerebral.
- Resonancia magnética cerebral.
- Tomografía computarizada por emisión de fotón simple (SPECT cerebral).
- Tomografía por emisión de positrones (PET cerebral).

“El tratamiento de la enfermedad de Parkinson es paliativo y sintomático, y se basa en la administración de fármacos»

### Tratamiento

Es paliativo y sintomático, y se basa en la administración de fármacos, que se suplementan, cuando es necesario, con un tratamiento físico como fisioterapia y logopedia.

Los tratamientos farmacológicos disponibles se centran en restablecer el contenido de dopamina en el estriado (levodopa), en emular los efectos de ésta (agentes dopaminérgicos) o en devolver el equilibrio entre los sistemas dopaminérgicos y colinérgicos mediante el bloqueo de estos últimos. En ocasiones, dado las dificultades digestivas que presentan algunos pacientes, es necesario recurrir a sistemas de administración parenteral continua.

### Tratamiento no farmacológico

La fisioterapia (ejercicios de estiramiento, fortalecimiento de los músculos extensores, etc.), la rehabilitación de la marcha y las técnicas de relajación de la musculatura mejoran la actividad y mantienen la movilidad del paciente. Los ejercicios de resistencia han demostrado cierta eficacia en es-

tadios leves-moderados de la enfermedad. La logopedia mejora y preserva el lenguaje y la deglución.

Los grupos de apoyo son una ayuda importante, no sólo para el paciente sino también para las familias.

Se recomienda mantener un buen estado nutricional, una dieta equilibrada y rica en fibra, y una adecuada hidratación. No es necesario restringir las proteínas, salvo en pacientes con enfermedad de Parkinson avanzada que precisen control de los efectos secundarios de la levodopa.

En pacientes con enfermedad avanzada, en quienes no se logra controlar las complicaciones motoras a pesar de un tratamiento farmacológico, debe valorarse la posibilidad de recurrir a cirugía.

### Tratamiento farmacológico

En la actualidad no se dispone de ningún fármaco con propiedades neuroprotectoras que sea capaz de retrasar o detener el desarrollo de la enfermedad de Parkinson. Con el tratamiento farmacológico se consigue aliviar la sintomatología y se mejora la calidad de vida del paciente. No existe un consenso sobre cuál es el fármaco que debe utilizarse inicialmente, aunque si la prioridad es mejorar la disfunción motriz es preferible la levodopa. Si se trata de retrasar la aparición de complicaciones motrices, se utilizan los agonistas dopaminérgicos.

En los estadios iniciales de la enfermedad, la levodopa puede emplearse en monoterapia (siempre asociada a un inhibidor de la DOPA descarboxilasa). No obstante, los agonistas dopaminérgicos son los fármacos de elección en el tratamiento inicial de los pacientes de inicio anterior a los 70 años, ya que producen menos complicaciones motoras que la levodopa, reservando esta última como terapia inicial para los mayores de 70 años. Cuanto la sintomatología afecta a la capacidad funcional, se usa la asociación levodopa-agonista dopaminérgico, con ajuste de la dosis de ambos.

Los pacientes con enfermedad de Parkinson desarrollan complicaciones

motoras en una media de 5 años de tratamiento. Algunos mejoran al llevar a cabo una redistribución proteica de los alimentos y al ingerir la medicación fuera de las comidas.

Para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson, se dispone de los siguientes dopaminérgicos:

- **Levodopa.** A diferencia de la dopamina puede atravesar la barrera hematoencefálica y se transforma en ésta mediante un proceso de descarboxilación.

“ Siempre que sea necesario el tratamiento farmacológico se complementará con fisioterapia y logopedia »

- **Inhibidores periféricos de la DOPA descarboxilasa (benserazida y carbidopa).** Su asociación con levodopa impide que ésta se degrade antes de llegar al SNC, y así permite administrar dosis menores y minimizar los efectos adversos gastrointestinales y cardiovasculares provocados por la dopamina liberada antes de llegar al cerebro.

- **Apomorfina.** Está relacionada estructuralmente con la dopamina y actúa como agonista dopaminérgico. Mediante la administración subcutánea, se consigue controlar las fluctuaciones en la respuesta motriz a la levodopa en los pacientes con enfermedad de Parkinson.

- **Amantadina.** Favorece la liberación de dopamina y/o inhibe la recaptación de ésta. Es un antiparkinsoniano menos potente, cuyo principal inconveniente es que pierde rápidamente su eficacia si se administra sola. Sus efectos adversos son poco frecuentes y suele emplearse en los primeros estadios de la enfermedad o en combinación con levodopa.

- **Agonistas dopaminérgicos.** Pueden ser derivados ergóticos (bromocriptina, cabergolina) o no ergóticos (piribedil, pramipexol, quinagolida y ropinirol). Los no ergóticos son los más utilizados y han demostrado ser eficaces en el tratamiento de las primeras fases de la enfermedad de Parkinson. El pramipexol tiene una cierta acción antidepressiva y mejora la apatía, mientras que la rotigotina mejora las escalas de sueño.

- **Inhibidores específicos de la monoaminooxidasa tipo B (IMAO-B) (selegilina, rasagilina y safinamida).** Impiden el metabolismo de la dopamina en el cerebro por oxidación catalizada por la monoaminooxidasa B. Su asociación con levodopa disminuye los requerimientos de ésta hasta un 30% y aumenta su periodo de eficacia.

- **Inhibidores de la catecol-O-metiltransferasa (inhibidores COMT) (entacapona, opicapona y tolcapona).** Su asociación con levodopa inhibe su metabolismo por la vía periférica COMT. La adición de entacapona al tratamiento con levodopa/carbidopa incrementa un 25-75% la biodisponibilidad, prolonga los efectos antiparkinsonianos y permite una reducción de la dosis diaria.

Los fármacos anticolinérgicos (biperideno, trihexifenidilo y prociclidina) se consideran de segunda línea por su escaso efecto antiparkinsoniano, y son administrados en aquellos pacientes menores de 70 años con temblor predominante sin deterioro cognitivo ni enfermedades neuropsiquiátricas. Antagonizan la actividad colinérgica cerebral, exacerbada por la deficiencia de acción dopaminérgica, e inhiben también la recaptación de dopamina por las neuronas presinápticas. Una vez se introducen es muy difícil retirarlos por la reaparición de los síntomas (temblor). Por otro lado, el tratamiento prolongado con estos fármacos puede favorecer el desarrollo de patologías de tipo Alzheimer en los pacientes con enfermedad de Parkinson.

Tabla 2. Dosis y recomendaciones para la administración de fármacos antiparkinsonianos

Fármacos	Dosis inicial/dosis máxima	Vía de administración	Recomendaciones para la administración
<b>Levodopa/benserazida</b> (Madopar® 200/50 mg, Madopar Retard® 100/25 mg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Madopar® 250: ¼ comprimidos cada 8 h</li> <li>• Forma <i>retard</i> (100/25): 1 cápsula al día</li> <li>• Máximo: 4 comprimidos al día</li> </ul>	Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al menos 30 minutos o 1 h antes de las comidas</li> <li>• Las formas <i>retard</i> no pueden triturarse ni partirse, deben tomarse enteras</li> </ul>
<b>Levodopa/carbidopa</b> (Sinemet® 25/250 mg, Sinemet Retard® 50/200 mg, Sinemet plus® 25/100 mg, Sinemet plus Retard® 25/100 mg, Duodopa® 20 mg/mL + 5 mg/mL gel intestinal)	<p><b>Pacientes no tratados con levodopa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis inicial (25/250): ½ comprimido 1 o 2 veces al día, pudiendo aumentarse ½ comprimido al día o en días alternos hasta respuesta óptima</li> <li>• Dosis inicial (25/100): 1 comprimido 3 veces al día, pudiendo aumentar la dosis en 1 comprimido al día o días alternos</li> </ul> <p><b>Pacientes que toman levodopa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe suspenderse al menos 12 h antes de comenzar la administración de levodopa/carbidopa (24 h para las preparaciones de liberación retardada)</li> </ul> <p><b>En pacientes que reciben menos de 1.500 mg:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis inicial (25/100): 3 o 4 veces al día</li> </ul> <p><b>Pacientes que reciben más de 1.500 mg al día:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis inicial (25/250) 3 o 4 veces al día</li> <li>• Dosis máxima: 200 mg/2.000 mg al día</li> <li>• Duodopa® puede administrarse en 3 dosis: dosis matinal, dosis mantenimiento y dosis adicional en bolo</li> </ul>	Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En ayunas o con alimentos no proteicos</li> <li>• Las formas <i>retard</i> no pueden triturarse ni partirse, deben tomarse enteras</li> <li>• Duodopa® es una administración intestinal continua: debe administrarse con una bomba portátil directamente en el duodeno o yeyuno superior a través de una gastrostomía endoscópica percutánea mediante una sonda transabdominal externa y una sonda intestinal interna</li> </ul>
<b>Apomorfina</b> (Apo-go Pen® 10 mg/mL inyectable, Apo-go PFS® 5 mg/mL jeringa precargada, Apomorfina Archimedes® 10 mg/mL, Dacepton® 5 mg/mL perfusión EFG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis inicial: 3-30 mg distribuidos en 1-10 inyecciones al día</li> <li>• El paciente debe recibir 1 dosis establecida de domperidona durante al menos 2 días antes de comenzar el tratamiento</li> <li>• Dosis máxima: 100 mg/día y no más de 10 mg/inyección</li> </ul>	Subcutánea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la parte inferior del abdomen o en la parte externa del muslo</li> </ul>
<b>Bromocriptina</b> (Parlodel® 2,5 mg, Parlodel® 5 mg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis inicial: 1,25 mg/día</li> <li>• Dosis máxima: 30 mg/día</li> </ul>	Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferiblemente por la noche, durante la primera semana</li> <li>• Con alimentos</li> <li>• Excipiente: alcaloides del cornezuelo</li> </ul>
<b>Cabergolina</b> (Sogilen® 1 mg, Sogilen® 2 mg, Cabergolina® 0,5 mg Teva EFG, Cabergolina® 1 mg Teva EFG, Dostinex® 0,5 mg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis recomendada: 2-3 mg/día en una sola toma</li> </ul>	Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con alimentos</li> <li>• Excipiente: alcaloides del cornezuelo</li> </ul>
<b>Pramipexol</b> (Mirapexin® 0,18 mg, Mirapexin® 0,18 mg, Mirapexin® 0,26 mg, Mirapexin® 0,7 mg, Mirapexin® 1,05 mg, Mirapexin® 2,1 mg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis inicial: 0,088 mg/8 h</li> <li>• Dosis máxima: 3,3 mg/día</li> </ul>	Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enteros con o sin alimentos</li> </ul>

(continúa)

**Tabla 2. Dosis y recomendaciones para la administración de fármacos antiparkinsonianos (continuación)**

Fármacos	Dosis inicial/dosis máxima	Vía de administración	Recomendaciones para la administración
<b>Ropinirol</b> (Adartrel® 2 mg, Adartrel® 0,5 mg, Adartrel® 0,25 mg, Requip-Prolib® 2 mg, Requip-Prolib® 4 mg, Requip-Prolib® 8 mg, Requip® 5 mg, Requip® 2 mg, Requip® 1 mg, Requip® 0,5 mg, Requip® 0,25 mg, Ropinirol® EFG, Rolpryna SR® 2 mg liberación prolongada, Rolpryna SR® 4 mg liberación prolongada, Rolpryna SR® 8 mg liberación prolongada)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dosis inicial: 0,25 mg/8 h durante 1 semana</li> <li>Dosis máxima: 24 mg/día</li> </ul>	Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las formas <i>retard</i> no pueden partirse ni triturarse, deben tomarse enteras</li> </ul>
<b>Rotigotina</b> (Neupro® 1 mg/24 h, Neupro® 2 mg/24 h, Neupro® 3 mg/24 h, Neupro® 4 mg/24 h, Neupro® 6 mg/24 h, Neupro® 8 mg/24 h)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dosis inicial: 1 mg/24 h</li> <li>Dosis máxima: 3 mg/24 h</li> </ul>	Transdérmica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sobre la piel seca y limpia</li> <li>Retirar el parche al cabo de 24 h y colocar otro nuevo en otra zona</li> <li>Si el paciente necesita una RM o una cardioversión, tendrá que suspender el tratamiento</li> </ul>
<b>Selegilina</b> (Plurimen® 5 mg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dosis: 10 mg/día, en 1 o 2 tomas durante la mañana</li> </ul>	Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>Con agua y sin masticar</li> </ul>
<b>Rasagilina</b> (Azilect® 1 mg, Altina® 1 mg, Neuromiol® 1 mg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dosis: 1 mg/día</li> </ul>	Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>Con o sin alimentos</li> </ul>
<b>Safinamida</b> (Xadago® 50 mg, Xadago® 100 mg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dosis inicial: 50 mg/día</li> <li>Dosis máxima: 100 mg/día</li> </ul>	Oral	
<b>Opicapona</b> (Ongentys® 25 mg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dosis: 25 mg/24 h</li> </ul>	Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enteros con agua al acostarse, por lo menos 1 h antes o después de las combinaciones con levodopa</li> </ul>
<b>Entacapona</b> (Comtan®)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dosis: 200 mg con cada dosis de levodopa/inhibidor de la DOPA descarboxilasa</li> <li>Dosis máxima: 200 mg 10 veces al día</li> </ul>	Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>Edad recomendada &gt;18 años</li> <li>Con o sin alimentos</li> </ul>
<b>Tolcapona</b> Tasmar® 100 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dosis inicial: 100 mg/8h</li> <li>Dosis máxima: 200 mg/8 h</li> </ul>	Oral	
<b>Levodopa/carbidopa/entacapona</b> Stalevo® 100, Stalevo® 150, Stalevo® 50	<ul style="list-style-type: none"> <li>La dosis diaria óptima debe determinarse mediante ajuste cuidadoso de la levodopa en cada paciente</li> <li>Dosis máxima: 10 comprimidos/día</li> </ul>	Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin alimentos proteicos</li> </ul>
<b>Amantadina</b> Amantadina Level® 100 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dosis inicial: 100 mg/12 h</li> <li>Dosis máxima: 400 mg/día</li> </ul>	Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>Con alimentos</li> </ul>
<b>Biperideno</b> Akineton® 2 mg, Akineton Retard® 4 mg, Akineton inyectable®	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dosis inicial: 1-2 mg/8 h</li> <li>Dosis máxima: 16 mg/día</li> <li>Forma de liberación retardada: 4 mg/12-24 h</li> </ul>	Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durante o después de las comidas</li> <li>Las formas <i>retard</i> no pueden partirse ni triturarse, deben tomarse enteras</li> </ul>
<b>Prociclidina</b> Kemadren®	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dosis inicial: 2,5 mg/8h</li> <li>Dosis máxima: 30 mg/día</li> </ul>	Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>Con alimentos</li> </ul>
<b>Trihexifenidilo</b> Artane®	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dosis inicial: 1-2 mg/día</li> <li>Dosis máxima: 15 mg/día</li> </ul>	Oral	

RM: resonancia magnética.

En la tabla 2 se incluyen las dosis y las recomendaciones para la administración de todos los fármacos antiparkinsonianos comercializados en la actualidad.

### Tratamiento de la fatiga

Aunque no está claro cuál es el tratamiento más eficaz para tratarla, la rasagilina reduce la progresión de la fatiga física.

### Tratamiento del estreñimiento

Los pacientes con enfermedad de Parkinson presentan una pérdida del control intestinal y estreñimiento grave. Algunos laxantes orales, como *Plantago psyllium* y macrogol isosmótico mejoran la función intestinal, aunque la evidencia disponible sobre su eficacia es limitada.

### Papel del farmacéutico

La farmacia comunitaria puede tener un importante papel en la detección de enfermos de Parkinson no diagnosticados y en su derivación al médico.

Además, la prestación de los servicios de seguimiento farmacoterapéutico optimiza los resultados de los tratamientos y ayuda a prevenir la aparición de efectos adversos y de interacciones farmacológicas.

Un aspecto fundamental es reforzar la adherencia a los tratamientos, de modo que el farmacéutico debe interesarse por el grado de control de los síntomas y reforzar la idea de que el uso continuado de los medicamentos es fundamental para mantener la enfermedad a raya.

Dados los problemas de movilidad de estos pacientes, a menudo resultan de utilidad determinadas ayudas técnicas a la deambulación o destinadas a

realizar las labores cotidianas. Este aspecto, sin embargo, se analizará en otro capítulo de este curso.

El Parkinson es una enfermedad invalidante que afecta mucho a la autoestima y al estado mental de los pacientes, y que influye también en gran medida en el de los cuidadores. La cercanía y accesibilidad de las farmacias sitúa al farmacéutico en una muy buena

“**La farmacia comunitaria puede tener un importante papel en la detección de enfermos de Parkinson no diagnosticados**”

na posición para prestar apoyo directo a los pacientes y sus cuidadores, y para asesorarlos sobre la existencia de asociaciones de pacientes y otros recursos que pueden resultar de gran ayuda. ●

### Bibliografía

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Centro de información online de medicamentos de la AEMPS (CIMA). Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/cima/publico/home.html> (Último acceso: 17/03/2018).
- Castiñeira C, Costa C. Guías Clínicas- Enfermedad de Parkinson. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/enfermedad-parkinson/#21444> (Último acceso: 17/03/2018).
- Enfermedad de Parkinson. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/Documentos/2016/5/30/98998.pdf> (Último acceso: 17/03/2018).
- García-Ramos R, López E, Ballesteros L, Jesús S, Mir P. The social impact of Parkinson's

disease in Spain: Report by the Spanish Foundation for the Brain. *Neurologic*. 2016; 31(6): 401-413. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485313001114> (Último acceso: 17/03/2018).

Gómez-Chavarín M, Roldán-Roldán G, Morales-Espinosa R, Pérez-Soto G, Torner-Aguilar C. Mecanismos fisiopatológicos involucrados en la enfermedad de Parkinson. *Arch Neuroclen (Mex)*. 2012; 17(1): 25-33. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2012/ane121e.pdf> (Último acceso: 17/03/2018).

Gómez P, Navarro B, Guzón O, Sabio B, Panadero FJ. Enfermedad de Parkinson. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/Documentos/2011/5/4/47299.pdf> (Último acceso: 17/03/2018).

Govantes Esteso C. Parkinsonismo. Manual Normon. 8.ª ed. Barcelona: Laboratorios Normon, departamento de publicaciones científicas, 2006.

Guerrero MT, Macías MC, Prado F, Muñoz A, Hernández MV, Duarte J. Enfermedad de Parkinson. Disponible en: [https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2049\\_III.pdf](https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2049_III.pdf) (Último acceso: 17/03/2018).

Martínez Fernández R, Gasca Salas C, Sánchez Ferro A, Obeso JA. Actualización en la enfermedad de Parkinson. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2016; 27(3): 363-379. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300372> (Último acceso: 17/03/2018).

Martínez-Sánchez F. Trastornos del habla y la voz en la enfermedad de Parkinson. *Revista de Neurología*. 2010; 51: 542-550. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/259759149\\_Trastornos\\_del\\_habla\\_y\\_la\\_voz\\_en\\_la\\_enfermedad\\_de\\_Parkinson](https://www.researchgate.net/publication/259759149_Trastornos_del_habla_y_la_voz_en_la_enfermedad_de_Parkinson) (Último acceso: 17/03/2018).

Sweetman SC, Blake PS, Mc Glashan JM, Neathercoat GC, Parsons AV. Guía Completa de Consulta Farmacoterapéutica (Martindale), 2.ª ed. española. Barcelona: Pharma Editores, 2006.



¡Acceda a  
[www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com)  
para seguir el curso!



## Jubilación y donación de la farmacia

**Tengo la condición de jubilado activo y he pensado donar mi farmacia a mi hija, acogiéndome a las reducciones de transmisión de empresa familiar. ¿Tengo alguna limitación derivada de la jubilación?**

L.G. (La Rioja)

«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

Entendemos que la condición de jubilado activo, en su caso, no afecta a una de las condiciones que la normativa exige para poder aplicar las reducciones en la transmisión de empresas familiares y negocios profesionales, que consiste en que la oficina de farmacia sea explotada de modo personal y directo por el titular que efectúa la donación.

A nuestro juicio, el hecho de que esté jubilado, pero en calidad de «activo», implica precisamente que continúa al frente de su oficina de farmacia y, por lo tanto, sí serían aplicables las reducciones en el impuesto, si se cumplen el resto de condiciones exigidas, que en resumen serían: que la oficina de farmacia sea la principal fuente de renta del propietario; que el titular tuviera 65 o más años; que abandone la dirección de la empresa; vinculación familiar, que sí se da, puesto que planea transmitir a su hija, y mantenimiento de la inversión por ella, y del domicilio fiscal en su comunidad, durante los cinco años siguientes a la donación.

## Transmisión de farmacia en local de alquiler y aumento de la renta

**Quiero transmitir mi oficina de farmacia instalada en un local alquilado. Me quedan siete años de contrato. El propietario dice que, al hacer un nuevo contrato para el comprador, la ley le da derecho a subir la renta un 20%. ¿Es así?**

J.L. (Ibiza)

### Respuesta

No es así exactamente. La Ley prevé —a falta de que la cesión esté regulada en el contrato de otra manera, lo cual es perfectamente posible— que, en el caso de cesión del arrendamiento, la renta pueda ser incrementada por el arrendador en un 20%.


Ahora bien, eso valdría si al comprador de su oficina de farmacia le fuera suficiente con los siete años que quedan de contrato, cosa que dudamos seriamente. Así, el problema es que, seguramente, su comprador necesitará más plazo —en el caso de que quiera financiar la compra con la garantía de una hipoteca mobiliaria el plazo rondará los 20 años— y, por lo tanto, tendrán que negociar con el propietario esta y, probablemente, otras condiciones, como la facultad de realizar obras, capacidad de resolución anticipada, etc., y es ahí donde radica realmente la fuerza de su arrendador, no en que la ley tenga previsto un aumento de renta de un «x» por ciento, sino en su mera voluntad.

En resumen, que, si no quiere, el propietario no tiene por qué otorgar un nuevo plazo, de modo que, por poder, podría pedir incluso aumentos superiores.

Realmente, se encuentran ustedes ante un proceso de negociación, no simplemente jurídico. Por lo tanto, lo que tienen que poner sobre la mesa no es el porcentaje previsto por la ley que, como ve, es un simple indicio, sino las ventajas de contratar con ustedes, y los inconvenientes de no hacerlo, para llegar a un acuerdo con la propiedad que convenga a todos.



ENVÍENOS SU CONSULTA

 e-mail: [consultasef@edicionesmayo.es](mailto:consultasef@edicionesmayo.es)

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



# ¿ESTÁ PREPARADO PARA AFRONTAR LA VENTA DE SU FARMACIA?



**José Luis Rodríguez Dacal** (La Coruña)

Expresidente FEFE. Ldo. Univ. Santiago de Compostela - (Prom. 81)

*“Me sentí muy arropado por Farmaconsulting en esta decisión tan importante para mi familia. Con su experiencia, seriedad, rigor y profesionalidad en el trabajo, consiguieron el mejor comprador para mi farmacia”*



El líder en transacciones

602 115 765

902 115 765

[www.farmaconsulting.es](http://www.farmaconsulting.es)

# Pequeños anuncios

## Farmacias

### Compras

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

### Ventas

**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.

**Venta de farmacia** por jubilación, en Madrid capital (esquina calle Alcalá). Facturación 2017: 776.000 €. 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.

# frikton

## PREVIENE LA CAÍDA DEL CABELLO



LABORATORIO Q. B. PELAYO

## 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. santicip19@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.

## FICHA TÉCNICA

**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<sup>2,3</sup> 50 microgramos.

Proteína recombinante NadA de *Neisseria meningitidis* del grupo B<sup>1,2,3</sup> 50 microgramos.

Proteína recombinante de fusión fHbp de *Neisseria meningitidis* del grupo B<sup>1,2,3</sup> 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. 4<sup>2</sup> 25 microgramos.

<sup>1</sup> producida en células *E. coli* mediante tecnología de ADN recombinante.

<sup>2</sup> adsorbida en hidróxido de aluminio (0,5 mg Al<sup>3+</sup>).

<sup>3</sup> 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 <sup>a</sup>	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 <sup>b,c</sup>
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 <sup>d</sup>
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 <sup>e</sup>
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 <sup>f</sup>
Adolescentes (desde 11 años de edad) y adultos <sup>g</sup>	Dos dosis de 0,5 ml cada una	No menos de 1 mes	No se ha establecido <sup>f</sup>

<sup>a</sup>La 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. <sup>b</sup>En caso de retraso en la administración, la dosis de recuerdo no se debe administrar más tarde de los 24 meses de edad. <sup>c</sup>Ver sección 5.1. La necesidad y el plazo de otras dosis de recuerdo no han sido determinados. <sup>d</sup>Ver sección 5.1. <sup>e</sup>No 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 poseerse 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 com-

portamiento 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 vacuna 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 ( $\geq 38^\circ\text{C}$ ) 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  $< 1/10.000$ ). 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 del tejido conjuntivo. Muy frecuentes: artralgia. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración. Muy frecuentes: fiebre ( $\geq 38^\circ\text{C}$ ), 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 ( $\geq 40^\circ\text{C}$ ). 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 del tejido conjuntivo. 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 control 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 in 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 in suero a cada uno de los antígenos de la vacuna (ver sección de Inmunogenicidad). **Inmunogenicidad.** Las respuestas de los anticuerpos bactericidas in 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 in 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% (76-86)	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 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 partículas 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.<sup>1,2</sup>

<p><b>Personas con riesgo alto de padecer enfermedad meningocócica invasora (EMI)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Personas con <b>deficiencia de properdina</b> o con deficiencias de los <b>factores terminales del complemento</b> (incluyendo las que reciben o van a recibir eculizumab).</li> <li>Personas con <b>asplenia o disfunción esplénica grave (anemia de células falciformes)</b> y en aquellos con resección quirúrgica programada.</li> <li>Personas que han sufrido un <b>episodio de EMI</b>.<sup>a</sup></li> <li><b>Personal de laboratorio</b> (técnicos de laboratorio y microbiólogos) que trabaje con muestras que potencialmente puedan contener <i>N. meningitidis</i>.<sup>b</sup></li> </ol>	<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><b>Casos y contactos en brotes</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>En agrupaciones de casos o brotes</b>, que cumplan además las dos características siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>En la misma institución, organización o grupo social.</li> <li>En un periodo de tiempo <math>\leq 4</math> semanas.</li> </ul> </li> <li><b>En brotes comunitarios</b><sup>d</sup>, que cumplan además las dos características siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>En un ámbito comunitario definido.</li> <li>En un periodo de tiempo <math>\leq 3</math> meses.</li> </ul> </li> <li>Situaciones de <b>hiperendemia</b>.<sup>a</sup></li> <li><b>Otras situaciones</b> particulares en las que la autoridad sanitaria establezca la necesidad de vacunación. <p>Ante la aparición de <b>casos esporádicos</b> 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> </li> </ol>	<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. Accedido en junio de 2018. Disponible en: [https://www.mssi.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/VacunacionMeningococo\\_ProfSanitarios.pdf](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. Accedido en junio de 2018. Disponible en: [https://www.mssi.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/VacunacionMeningococo\\_PoblacionGeneral.pdf](https://www.mssi.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/VacunacionMeningococo_PoblacionGeneral.pdf)

## El plato estrella del verano

Cuando llega el buen tiempo y la época de playa, a todo el mundo le apetece un buen arroz. Pero ¿qué vino beberemos con el arroz? El maridaje con el vino correcto puede hacer que una comida pase de buena a excelente.

Con el arroz ocurre como con la pasta: los ingredientes con los que se prepara serán determinantes a la hora de coger un buen vino que lo acompañe. También hay que tener en cuenta la forma en que se ha cocinado el arroz: si es seco, caldoso o meloso.

Las paellas de carne hechas con carnes blancas de pollo o de conejo y verduras ligan muy bien con un vino tinto joven o con crianza. En el caso de una paella mixta, con carnes blancas, mariscos y verduras, marida mucho mejor un vino rosado ligero y fresco, mientras que si se trata de una paella de mariscos que se prepara con calamares, sepia, gambas o cigalas no hay nada mejor que un vino blanco de la zona, ya sea seco o semidulce, o un vino espumoso.

Algunos arroces modifican mucho su sabor según sean caldosos, donde un buen vino tinto joven es la solución, o melosos o secos, en los que optaremos por vinos blancos afrutados y frescos. Los arroces más consistentes, como los hechos al horno o los de bogavante, son aliados perfectos para vinos tintos de crianza y, en cuanto a los arroces negros con tinta, siempre son un acierto los vinos blancos o rosados muy secos.

En cuanto a los *risottos* y otros platos de arroces muy melosos, con queso incorporado y toques de setas o trufas, los vinos blancos con barrica de paladar muy elegante vienen como anillo al dedo. Para ensaladas veraniegas con muchos tropezones, los vinos rosados afrutados van muy bien; unos buenos pimientos rellenos de arroz tienen al txakolí como compañero y, para terminar, si tomamos un *sushi* y queremos una alternativa al famoso sake, podemos probar con blancos exóticos de Sauvignon blanc o albariños. Las combinaciones son infinitas y el resultado siempre mucho mejor con un buen maridaje. ¡Viva el verano y viva el arroz!

**Pep Bransuela**  
Farmacéutico y enólogo

## Erre de Herrero

**D.O. Rueda. 100% Verdejo. Graduación: 12°**  
**Precio: 7 €**

Un verdejo joven, puro y personal de los hermanos Herrero, de color amarillo pajizo, con aromas minerales muy presentes y algún toque balsámico, con un paladar limpio muy floral y con toques cítricos. Muy amplio y estructurado en boca, con leves notas a flores y frutas maduras. Perfecto para un buen plato de mejillones, navajas, almejas o percebes, y especialmente adecuado para arroces de bogavante, cigalas o gambas.



## Nosotros morimos solos

**David Howarth**  
**Capitán Swing**  
**Madrid, 2018**

*Nosotros morimos solos* relata una de las historias de huida más emocionantes que surgieron de los desafíos y las miserias de la Segunda Guerra Mundial. En marzo de 1943, un equipo de comandos noruegos expatriados navegó desde el norte de Reino Unido hacia la Noruega ártica ocupada por los nazis para organizar y ofrecer suministros a la resistencia noruega. Pero fueron traicionados y los nazis les tendieron una emboscada. De todos los miembros del equipo, sólo sobrevivió uno: Jan Baalsrud, que se vio inmerso en una de las aventuras más terribles que se hayan registrado sobre los supervivientes de la Segunda Guerra Mundial. Ésta es la increíble y apasionante historia de cómo escapó. Congelado, cegado por la nieve y perseguido por los nazis, Baalsrud se arrastró hasta llegar a un pequeño pueblo de pescadores ártico. Estaba cerca de la muerte, delirante y prácticamente lisiado, pero los aldeanos, arriesgando sus vidas, estaban decididos a salvarlo y, a través de hazañas imposibles, así lo hicieron. Un relato épico de supervivencia, solidaridad y resistencia, que describe el testarudo coraje de un hombre que se negó a morir en circunstancias que hubieran matado a la mayoría.



[capitanswing.com/libros/nosotros-morimos-solos/](http://capitanswing.com/libros/nosotros-morimos-solos/)

## Stop-Time

**Frank Conroy**  
Libros del Asteroide  
Barcelona, 2018

De un internado supuestamente moderno a los paradisíacos bosques de Florida, de Nueva York a Copenhague, las memorias de Frank Conroy transitan entre trabajos peculiares, amistades perdidas, sorprendentes aficiones y amores primerizos. La temprana muerte de su padre acelera el fin de la infancia de Frank, que se hará adolescente en un hogar en el que la precariedad, el desarraigo y el desorden son la norma. Frente a esta dura situación, *Stop-Time* se erige en un canto a la amistad y a la libertad, los dos principales apoyos con los que el joven Conroy se enfrentará al devenir de los acontecimientos y logrará salir adelante.

Lo que podría haber sido un libro violento, vengativo, se convierte, gracias a la pericia de su autor, en una triunfal celebración de la juventud, en una autobiografía que se lee como una novela y cuya principal virtud, como afirma su prologuista, es su claridad encandiladora.

[www.librosdelasteroide.com/-stop-time](http://www.librosdelasteroide.com/-stop-time)

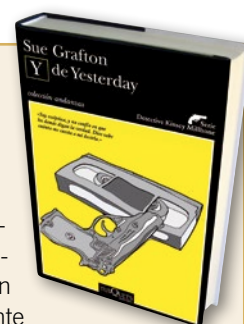


## Y de Yesterday

**Sue Grafton**  
Tusquets Editores  
Barcelona, 2018

En 1979, una fiesta de compañeros de un prestigioso instituto de Santa Teresa, regada con mucho alcohol y cuyo ambiente fue tensándose, terminó trágicamente con el asesinato de una joven; después del juicio, dos de los adolescentes entraron en prisión, pero un tercero, el cabecilla y quizás instigador del crimen, huyó. Diez años después, en 1989, cuando sale de la cárcel uno de los condenados, llamado Fritz McCabe, empiezan a aflorar otros asuntos turbios relacionados con el pasado de esos adolescentes, y Fritz recibe una amenaza de chantaje. La adinerada familia de éste contrata entonces a Kinsey Millhone para que los ayude a descubrir al chantajista. Con esta historia Sue Grafton cierra su mítica serie policiaca sobre el detective Kinsey Millhone.

[www.planetadelibros.com/  
libro-y-de-yesterday/269715](http://www.planetadelibros.com/libro-y-de-yesterday/269715)



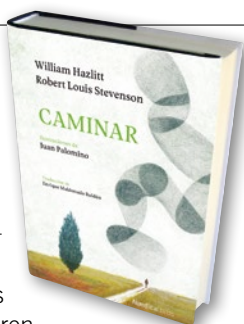
## Caminar

**William Hazlitt/Robert Louis Stevenson**  
Nórdica Libros  
Madrid, 2018

Son muchos los escritores que han reflexionado sobre las excursiones a pie, sobre caminar y pasear. Laurence Sterne, Antonio Machado, Robert Walser o W.G. Sebald eran conscientes del placer del paseo y de su asociación con el pensamiento. Posiblemente quienes mejor escribieron sobre el arte de caminar fueron William Hazlitt y Robert Louis Stevenson, y este volumen reúne los dos textos, prologados por Juan Marqués e ilustrados magníficamente por Juan Palomino.

Como señalaba Hazlitt: «Denme el limpio cielo azul sobre la cabeza, el verde pasto bajo los pies, un camino sinuoso ante mí y tres horas de marcha hasta la cena... y entonces: ¡a pensar!». En estos tiempos de vida apresurada, posiblemente no haya mejor reivindicación que la de salir a la calle y caminar sin prisa, disfrutando de cada paso.

[www.nordicalibros.com/caminar](http://www.nordicalibros.com/caminar)



## Al final de la tarde

**Kent Haruf**  
Literatura Random House  
Barcelona, 2018

Los envejecidos hermanos McPheron están aprendiendo a vivir sin Victoria Roubideaux, la madre soltera a la que acogieron y que ahora ha dejado su rancho para comenzar sus estudios universitarios. Un joven solitario cuida estoicamente de su abuelo, y una pareja de minusválidos intenta proteger a sus hijos de un pariente violento.

A medida que estas vidas avanzan y se entrecruzan, *Al final de la tarde* desvela verdades inmemoriales acerca de los seres humanos: su fragilidad y resiliencia, su egoísmo y su bondad. Su habilidad, al fin y al cabo, para sentirse en familia los unos con los otros.

Esta entrega es un retrato dotado de una esperanza tan sencilla y clara como la prosa de su autor. Con su estilo sobrio, Haruf supo construir en la «Trilogía de la Llanura» un paisaje literario que ha sido comparado con el Mississippi de Faulkner, el Medio Oeste de Sherwood Anderson o la California norteña de Wallace Stegner.

[www.megustaleer.com/libros/al-final-de-la-tarde/MES-089214](http://www.megustaleer.com/libros/al-final-de-la-tarde/MES-089214)



FORMACIÓN FARMACÉUTICA CONTINUADA



actividad  
acreditada con  
**4**  
créditos

PRECIO HABITUAL  
**120 €** (IVA incluido)

matrícúlate antes  
del **15 de julio** y  
consigue nuestro

PRECIO PROMOCIÓN  
**99 €**

II EDICIÓN

# Ortopedia básica para farmacéuticos comunitarios

Curso on line

Directora: Sara Yanguas Maroto

## PROGRAMA

### INTRODUCCIÓN

- Situación actual de la ortopedia

### MÓDULO 1

- **TEMA 1.** Ayudas técnicas: productos de apoyo para la mejora de la calidad de vida
- **TEMA 2.** Productos sanitarios

### MÓDULO 2

- **TEMA 1.** Ortésica de columna/ Ortésica de miembros superiores
- **TEMA 2.** Ortésica de miembros inferiores/Crioterapia y termoterapia

[www.ortopediabasica.es](http://www.ortopediabasica.es)

patrocinado por



**alphega**  
farmacia



# Ya viene el sol

## Elena

Manuel Machuca González\*

Discreta como pocas, constante como nadie, Elena hace un trabajo de hormiguita desde hace muchos años, desde que la conozco. Desde mis tiempos de inocencia, diría yo, de una época en la que «creía», en la que aún no sabía que muchas veces las ilusiones las sustentan suelos vaporosos, en la que desconocía que compañeros de armas tan sólo luchaban por ambiciones personales. No es que ahora no crea, no es que aquellos soldados que descubrí, que en realidad no eran más que generales de su propio ejército, me hicieran apostatar, sino que ahora creo en menos personas, tan sólo en aquellas que se parezcan, aunque sea remotamente, a Elena.

Elena renunció, tampoco sé por qué, a una cómoda vida de funcionaria. Digo cómoda porque eso es lo que a mí, que siempre fui autónomo, me parece. Quizá se deba a que en muchas ocasiones envidiamos aquello de lo que carecemos, aquello que no somos y que nos gustaría ser, a pesar de que sea más que probable que, si alguna vez lo llegásemos a ser, acabaríamos anhelando lo que teníamos antes.

Elena es una pionera, aunque no se reconozca como tal y otorgue esa distinción a otros. Y también es verdad, es mucha verdad. Es pionera porque fue de las primeras; es verdad porque no ha padecido esa enfermedad crónica que padecen muchos de los líderes de su profesión. Ella, sí, ella hace, intenta mejorar lo que hace, pero no dice. No dice a los demás lo que tienen que hacer, no cuenta las batallas vacías que otros contamamos. Simplemente, y nada menos!, hace las cosas lo mejor que sabe y vive día a día para hacerlas mejor.

Elena es farmacéutica. Imagino que alguien a estas alturas lo habrá adivinado. Lleva veinte años luchando desde su farmacia por dignificar su profesión de la única manera que una profesión puede ser digna, contribuyendo a mejorar a la sociedad de la que forma parte, disminu-



COMENTA EN [www.elfarmacutico.es](http://www.elfarmacutico.es)

©123RF

yendo el sufrimiento de las personas, acompañando su dolor, cumpliendo la misión que le tienen encomendada, que no es otra que hacer de su especialidad, el medicamento, una herramienta más útil para la salud de las personas. Y lo hace con honestidad y en equipo, porque Elena no es sólo Elena, sino su equipo también; y lo hace con profesionalidad, con ética hacia las personas a las que sirve, y con generosidad, con mucha generosidad, porque esta profesión farmacéutica está condenada a realizar su trabajo a cambio sólo de generosidad, de ahí que sean tan pocos los que se puedan parecer en algo a Elena.

He dudado muchas veces si escribir o no sobre ella. Imagino que, cuando lea este artículo, guardado en secreto hasta que la redacción de *El Farmacéutico* lo publique, se enfadará conmigo. Y en parte, sólo en parte, no tendré más remedio que darle la razón, porque la haré más visible cuando no lo necesita para nada, porque su trabajo ha sido siempre de hormiga y nunca de cigarra, y en esta profesión adolecemos de tener demasiadas cigarras y muy pocas hormigas, y menos como ella.

Elena es ella y es su equipo, sus farmacéuticos, sus pacientes. Si acaso, también sus compañeros de fuera, los escasos compañeros que aún mantienen viva la llama de la verdad, de la única verdad posible, la que no será posible continuar disfrazando de servicios profesionales por mucho tiempo más.

Gracias a personas como Elena continúo creyendo. Continúo creyendo en personas como ella. Porque mientras existan profesionales de su talla, la verdad no será derrotada y siempre será posible que venga el sol. Para quedarse. ●

Gracias a personas como Elena continúo creyendo. Continúo creyendo en personas como ella. Porque mientras existan profesionales de su talla, la verdad no será derrotada y siempre será posible que venga el sol. Para quedarse. ●

\*<https://manuelmachuca.me>

Sin aristas

## Caracas

Marisol Donis\*

Decía Max Aub que cada uno es de donde hace el bachillerato. En ese caso yo sería caraqueña, porque fue allí donde cursé los últimos años de primaria, toda la secundaria y el primer año de carrera.

Recuerdo los primeros tiempos siendo yo una niña, gobernado el país por Marcos Pérez Jiménez, cuando se vivía una época llena de oportunidades y se la consideraba un paraíso para los visitantes. Caracas era una ciudad bella y una de las más avanzadas de Latinoamérica. Nunca olvidaré mis paseos por la plaza Bolívar, alrededor de la estatua ecuestre de Simón Bolívar el Libertador. En aquellos tiempos, si un hombre pasaba en manga corta o llevaba maletas, tenía que dar un rodeo. Se les llamaba la atención: «Ah, *musiú*, te tienes que poner el saco para poder pasar por delante de Simón Bolívar». Con el mayor de los respetos, el *musiú*, generalmente español, portugués o italiano, se ponía el saco (la chaqueta).

Estuve diez años cantando a diario el Himno Nacional en el patio del colegio de monjas. Suelo emocionarme al escuchar un himno, sea del país que sea. Así que, cuando cantaba el «Gloria al bravo pueblo», se me empañaban los ojos y alguna compañera me susurraba «no llores, que la letra de este himno ofende a ustedes los españoles».

Lo mejor de Caracas son sus gentes. Tan generosas, dándolo todo al que llega de otros países buscando calidad de vida. Ofrecen lo que tienen. Habitantes de barrios como la Pastora, la Candelaria, regalando arepas, hallacas, pan de jamón, al vecino venido de España.

En cierta ocasión, alguien alertó desde los medios de comunicación de que Caracas no tenía una canción dedicada, como sí la tenían Puerto Cabello, Barquisimeto, Valencia y hasta Guayana. Pidieron al mejor compositor de música venezolana, Juan Vicente Torrealba, que le compusiera algo a Caracas. Pero parece que no escuchó el mensaje.



COMENTA EN [www.elfarmacéutico.es](http://www.elfarmacéutico.es)

©123RF

Fue el dominicano Billo Frómeta, el creador de la mejor orquesta del país, la Billo's Caracas Boys, quien prestó oídos a la petición. Él también era de los que se ponían el saco antes de pasar ante la estatua de Bolívar. Y la canción le salió del alma:

«Para cantarte a ti, mi Caracas, todas las cuerdas de oro...»

Cualquier persona que tuviera un salario digno podía permitirse el lujo de adquirir un perfume francés, comprar ropa en Sabana Grande y tomar el aperitivo en el hotel Tamanaco.

Ahora no reconozco ni a mi Caracas ni a sus habitantes, pasando penurias. Sin hallacas en Navidad, sin arepas para el desayuno. Sin agua potable. Sus barrios más entrañables parecen tercermundistas.

«Para cantarte a ti, mi garganta recogió a un ruiseñor...»

Miles de familias españolas que echaron raíces en el país que las acogió se resisten a abandonarlo. Retornan de Venezuela una primera, una segunda y una tercera generación de emigrados. Vienen tres generaciones y regresan dos. Aquí se quedan los mayores, pero vuelven para allá hijos y nietos, porque aquí en España también falta empleo para ellos, piensan que esta situación no puede durar mucho más y quieren estar allí para arrimar el hombro y levantar el país. Allí quedaron los que no tienen intención de volver por la devaluación de propiedades en Venezuela, por haber echado raíces, tener hijos o nietos nacidos en esa tierra que un día fue rica y les sacó de la pobreza. Porque no quieren morir lejos «de casa» y porque se siguen poniendo el saco ante la estatua de Bolívar.

«Para cantarte a ti, mi Caracas, le he pedido al poeta que le ponga a mi verso toda su inspiración...» ●

\*Farmacéutica y criminóloga



# BEXSERO

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



## Desde las ..... **PRIMERAS SONRISAS** a los **PRIMEROS BESOS**

**Protegiéndoles desde las edades más tempranas:**  
lactantes, niños pequeños, adolescentes y adultos.<sup>1,2</sup>

Introduciendo la nueva pauta 2+1, ayuda a proteger a los más vulnerables con una dosis menos<sup>1,3</sup>

Grupo de edad	Inmunización primaria	Intervalo entre dosis primarias	Dosis de recuerdo	Pauta completa
Lactantes <sup>a</sup> 2-5 meses	3 dosis	≥ 1 mes	1 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 <sup>b,c</sup>	3 + 1
Lactantes 3-5 meses	2 dosis	≥ 2 meses	1 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 <sup>b,c</sup>	2 + 1
Lactantes 6-11 meses	2 dosis	≥ 2 meses	1 dosis en el 2º año de vida** con un intervalo ≥ 2 meses entre la primovacunación y la dosis de recuerdo <sup>c</sup>	2 + 1
Niños 12-23 meses	2 dosis	≥ 2 meses	1 dosis con un intervalo de 12 a 23 meses entre la primovacunación y la dosis de recuerdo <sup>c</sup>	2 + 1
Niños 2-10 años	2 dosis	≥ 1 mes	No se ha establecido <sup>d</sup>	2
Adolescentes y adultos* ≥ 11 años	2 dosis	≥ 1 mes	No se ha establecido <sup>d</sup>	2

**NUEVA PAUTA 2+1<sup>1</sup>**

Adaptado de Ficha Técnica de Bexsero. 06/2018. GSK.

Nota: Todas las dosis son de 0,5 ml.

a. La 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. b. En caso de retraso en la administración, la dosis de recuerdo no se debe administrar más tarde de los 24 meses de edad. c. Ver sección 5.1. de la Ficha técnica. La necesidad y el plazo de otras dosis de recuerdo no han sido determinados. d. Ver sección 5.1. de la Ficha técnica.

\* No hay datos sobre los adultos mayores de 50 años.

\*\* Aclaración no incluida en Ficha técnica: Desde los 12 meses más 1 día de edad hasta los 24 meses incluidos.

### **BEXSERO Vacuna meningocócica del grupo B (ADNr, de componentes, adsorbida). Información de seguridad. Reacciones adversas:<sup>1</sup>**

**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 (≥38°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.<sup>1</sup> Ver a continuación de la Ficha Técnica en el interior de la revista.

1. Ficha técnica de Bexsero. 06/2018. GSK. 2. Watson PS, Turner DPJ. Clinical experience with the meningococcal B vaccine, Bexsero: Prospects for reducing the burden of meningococcal serogroup B disease. Vaccine 2016;34(7):875-880. 3. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Enfermedad meningocócica en España. Análisis de la temporada 2016-2017. Accedido en junio de 2018. Disponible en: [http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedades-prevenibles-vacunacion/pdf\\_2018/RENAVEmg\\_2016-2017.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedades-prevenibles-vacunacion/pdf_2018/RENAVEmg_2016-2017.pdf)



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

moskito  
**GUARD**

# MÁXIMA PROTECCIÓN

## EMULSIÓN HIDRATANTE ANTIMOSQUITOS PARA TODA LA FAMILIA\*

**NUEVO**

- ✓ CON ICARIDINA 20%
- ✓ DURACIÓN HASTA 7 HORAS
- ✓ HIPOALERGÉNICO
- ✓ RESISTENTE AL AGUA

MÁXIMA EFICACIA EN:



MOSQUITOS



MOSCAS



GARRAPATAS



PULGAS



[www.moskitoguard.es](http://www.moskitoguard.es)

**ALFASIGMA**  
[www.alfasigma.com](http://www.alfasigma.com)

\*Niños a partir de 3 años