



n.º 570
enero 2019

el farmacéutico.es
PROFESIÓN Y CULTURA



Afecciones de la garganta

MAYO



ABS® Pants



ABS® Pants Día

Absorción 600-900 cc

Indicados para incontinencia urinaria moderada.



Talla	Cintura contorno	Presentación	C.N/Ref.
Pequeña	50-90 cm	60 UI	476275
Mediana	80-120 cm	80 UI	478487
Grande	110-150 cm	80 UI	476283
Extra grande	140-170 cm	80 UI	473108

ABS® Pants Noche

Absorción 900-1200 cc

Indicados para incontinencia urinaria media.



Talla	Cintura contorno	Presentación	CN/Ref.
Pequeña	50-90 cm	60 UI	463349
Mediana	80-120 cm	80 UI	469452
Grande	110-150 cm	80 UI	476267
Extra grande	140-170 cm	80 UI	470112

ABS® Pants Súper Noche

Absorción > 1200 cc

Indicados para incontinencia urinaria severa.



Talla	Cintura contorno	Presentación	CN/Ref.
Pequeña	50-90 cm	60 UI	463331
Mediana	80-120 cm	80 UI	476242
Grande	110-150 cm	80 UI	469460
Extra grande	140-170 cm	80 UI	470120

Información destinada exclusivamente a profesionales sanitarios. Productos indicados por la Seguridad Social.

ABS[®] Pants

¡Que la incontinencia
te deje **vivir tranquilo!**



**LOS PRIMEROS
FINANCIADOS**



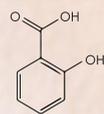
Paco
Roca

www.Bimedica.com/abs

CARMEX[®]

TRADE NAME REG.

Una fórmula única para lucir
unos labios perfectos



Ácido Salicílico
exfolia y repara



Cera de Abejas
hidrata y suaviza



Mentol
refresca y calma



Spf 15*
protege



*CARMEX CLASSIC TARRO 7 G Y TUBO 10 G NO CONTIENEN SPF

ALFASIGMA
es.alfasigma.com

el farmacéutico

PROFESIÓN Y CULTURA



www.facebook.com/elfarmaceticorevista



@elfarma20



elfarmaceticorevista

www.elfarmacutico.es

Sumario

EF n.º 570
enero 2019

12



Un día en la farmacia de...

La farmacia de José Ibáñez en Gavà (Barcelona) es un verdadero desafío. Es como un gran trasatlántico que requiere un capitán experimentado, capaz de afrontar una travesía que puede deparar numerosas sorpresas.

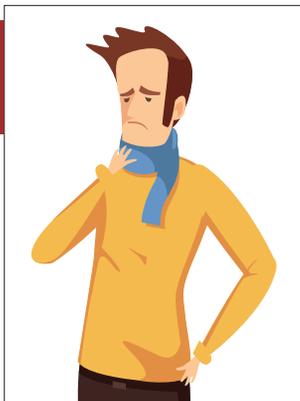
18



Profesión

La estrecha relación que existe entre la salud bucodental y la de nuestro organismo en general otorga a la boca un papel fundamental, erigiéndola en un indicador externo de nuestra salud y fortaleza.

21



Protocolos en la farmacia

Iniciamos una nueva serie de artículos en los que los protocolos de derivación al médico tendrán el protagonismo. El primero lo dedicamos a un problema frecuente en estas fechas: las afecciones de garganta.

5 Editorial

El cuponazo
F. Pla

6 Notifarma

10 Con firma

Al servicio de la sociedad
A. Mingorance

12 Un día en la farmacia de...

José Ibáñez. Gavà (Barcelona).
Un «trasatlántico» en el océano farmacéutico
F. Pla

18 Profesión

Lesiones orales y cuidado bucal
N. Escudero

21 Protocolos en la farmacia

Afecciones de la garganta
M.J. Alonso

27 Hablan los pacientes

Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER)
S. Estebarán

30 Curso de atención farmacéutica al anciano frágil (dependiente)

Tema 12. Incontinencia urinaria en el anciano
E. Ganado, I. Garay, L. Vega

40 Consulta de gestión patrimonial

Transmisión de farmacia y heredero menor de edad/
Hipoteca y derechos del cónyuge sobre la vivienda habitual
Farmaconsulting Transacciones, S.L.

42 Pequeños anuncios

Los anuncios de nuestros lectores

43 Vinos y libros

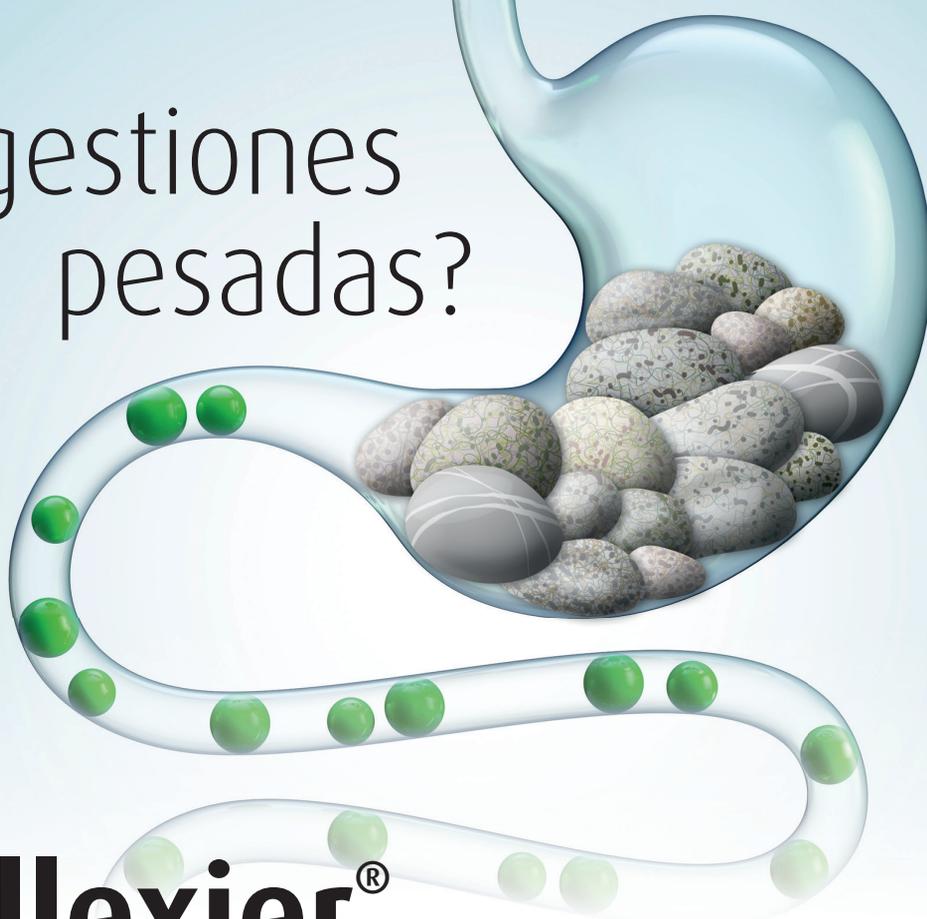
49 Ya viene el sol

Lourdes
M. Machuca

50 Sin aristas

La soltería
M. Donis

¿Digestiones pesadas?



Gallexier® Tónico herbal

Este tónico está elaborado a base de un extracto acuoso de 12 plantas ricas en principios amargos.

- Hojas de alcachofa
- Raíz de genciana
- Raíz de cúrcuma
- Hierba de aquilea
- Jengibre
- Frutos de hinojo
- Hojas de diente de león
- Flores de manzanilla
- Corteza de naranja amarga
- Hierba de cardo santo
- Cardamomo
- Hojas de trébol de pantano

Las plantas alcachofa, diente de león, genciana, aquilea, jengibre, corteza de naranja amarga, cardo santo, cardamomo y trébol de pantano ayudan a la digestión. Además tanto la alcachofa como el diente de león y la cúrcuma contribuyen a la salud hepática.



También disponible
en comprimidos



Director emérito:

Josep M.ª Puigjaner Corbella

Director científico:

Asunción Redín (aredin@edicionesmayo.es)

Director:

Francesc Pla (fpla@edicionesmayo.es)

Redactor jefe:

Javier March (jmarsh@edicionesmayo.es)

Redacción:

Silvia Estebarán (sestebaran@edicionesmayo.es)

Mercè López (mlopez@edicionesmayo.es)

Dirección artística y diseño:

Emili Sagóls

Comité científico:

M.J. Alonso, R. Bonet, J. Braun, M. Camps,

A.M. Carmona, A. Garrote, J.R. Lladós,

F. Llambí, A. Pantaleoni

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

Elsa Galán: elsagalan@edicionesmayo.es

Raquel Morán: raquelmoran@edicionesmayo.es

Depósito legal:

B. 10.516-84

ISSN 0213-7283

Suscripciones:

90,75 euros

Control voluntario de la difusión por

Tirada: 20.500 ejemplares

© Fotografías: 123RF.com

© Ediciones Mayo, S.A.

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



El cuponazo

Seamos sinceros: entregar al cliente una caja de medicamento con un boquete en el estuche es cuando menos sorprendente, por no utilizar otros adjetivos más crueles como ridículo o zafio. La costumbre ha hecho que el espectáculo que ofrece el farmacéutico delante de las propias narices de su cliente, mientras le revienta la caja de medicamento que le va a dispensar, ya no escandalice a casi nadie. Incluso es motivo de comentarios más o menos ocurrentes sobre la destreza del farmacéutico en el manejo de las armas blancas o sobre la paciencia jobiana que demuestra al realizar infinidad de veces una tarea tan absurda y sin sentido.

Ya en los tiempos de la receta antigua, la de papel, existieron propuestas para sustituir el cupón precinto por adhesivos que evitasen el estropicio, pero no fueron atendidas. Con la llegada de la receta electrónica cabía la posibilidad de establecer protocolos de control de la dispensación que lo eliminaran, pero tampoco lo fueron. Una normativa obsoleta, la desconfianza y los abusos de unos pocos frustraron el invento.

En unas semanas entra en vigor la nueva normativa de verificación de medicamentos que implica, entre otras muchas cuestiones, que cada envase de medicamento esté identificado con un código único y específico.

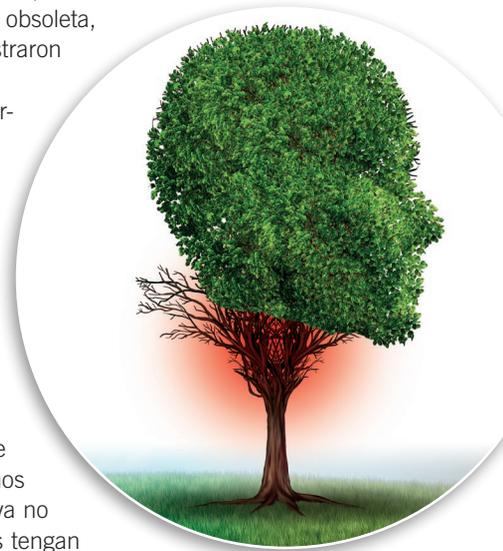
Independientemente de una necesaria y exhaustiva valoración de cuestiones técnicas, operativas, logísticas y económicas del sistema SEVeM, de una reflexión de las verdaderas motivaciones que han impulsado el proyecto y de las nuevas posibilidades que el sistema proporciona a la oficina de farmacia y de cómo éstas se concretarán realmente, podemos afirmar con rotundidad que a partir de ahora ya no hay excusa posible para que los farmacéuticos tengan que continuar reventando cajas.

No hace falta ser muy imaginativo para entender que el proceso de verificación, que es la razón de ser del sistema, permite también registrar de forma fehaciente la dispensación de un determinado envase y al mismo tiempo evitar la repetición de su dispensación, por lo que ese registro informático debería poder utilizarse como prueba de entrega y posterior facturación al SNS.

El tiempo nos dirá si el sistema de verificación, en la forma que se ha planteado, aporta ventajas para el paciente y para la farmacia que justifiquen el cambio en los procesos y los gastos que eso supone. Unas ventajas que debemos confiar que vayan más allá de un incremento en la seguridad de un circuito ya de por sí seguro.

No son un buen augurio los cambios que ha sufrido el proyecto a pocas semanas de la fecha prevista para su inicio, el próximo 9 de febrero, lo que demuestra, cuando menos, falta de previsión y de diálogo entre los actores implicados. No llamemos al mal tiempo y mantengamos la esperanza, que es lo último que debe perderse, sobre todo si se compran números para el sorteo del cuponazo. ●

Francesc Pla



©lightwise/123RF

Aquilea Colesterol, Producto del Año 2019 en la categoría «Productos para el colesterol»

Aquilea Colesterol ha sido elegido Producto del Año 2019 en la categoría de «Productos para el colesterol», un premio que supone un reconocimiento a la firme apuesta de Aquilea por la innovación.

Producto del Año es un certamen que premia anualmente los productos más innovadores del mercado. Un comité deontológico formado por expertos valida en primera instancia las candidaturas presentadas; una vez validadas, 10.000 consumidores representativos de la población española eligen cuáles son los productos del año en las distintas categorías.

El estudio se lleva a cabo mediante dos tipos de test independientes de la organización que garantizan la imparcialidad y el rigor de los resultados: un test



de concepto *online* que valora el grado de innovación e intención de compra; y un test de producto a 100 personas que encajan en el *target* de cada categoría que valoran criterios intrínsecos del producto.

Aquilea Colesterol es un producto innovador, tanto por ser el único que reduce el colesterol sobre sus tres frentes principales (endógeno, exógeno y daño oxidativo) como por su formato: un práctico *stick* líquido con sabor a frutos del bosque. No contiene gluten ni lactosa y es apto para diabéticos. Precio recomendado: 19,95 euros.



 www.aquilea.com

Grupo Cofares entregó los premios de su Fundación

En el marco del Concierto Benéfico de Navidad, Grupo Cofares hizo entrega del Premio Fundación Cofares 2018, un galardón que busca reconocer la labor social realizada por parte de personas, entidades u organizaciones a favor de pacientes y comunidades sociales necesitadas de atención sanitaria o social. Se reconocieron también prácticas que tengan como resultado la formación, información y mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.

El presidente del Grupo Cofares, Eduardo Pastor, fue el encargado de entregar el premio al proyecto Infarma Solidario puesto en marcha conjuntamente por los colegios oficiales de farmacéuticos de Madrid y Barcelona. Esta iniciativa fue lanzada por primera vez en 2016 con el objeti-



Eduardo Pastor (centro), con los premiados

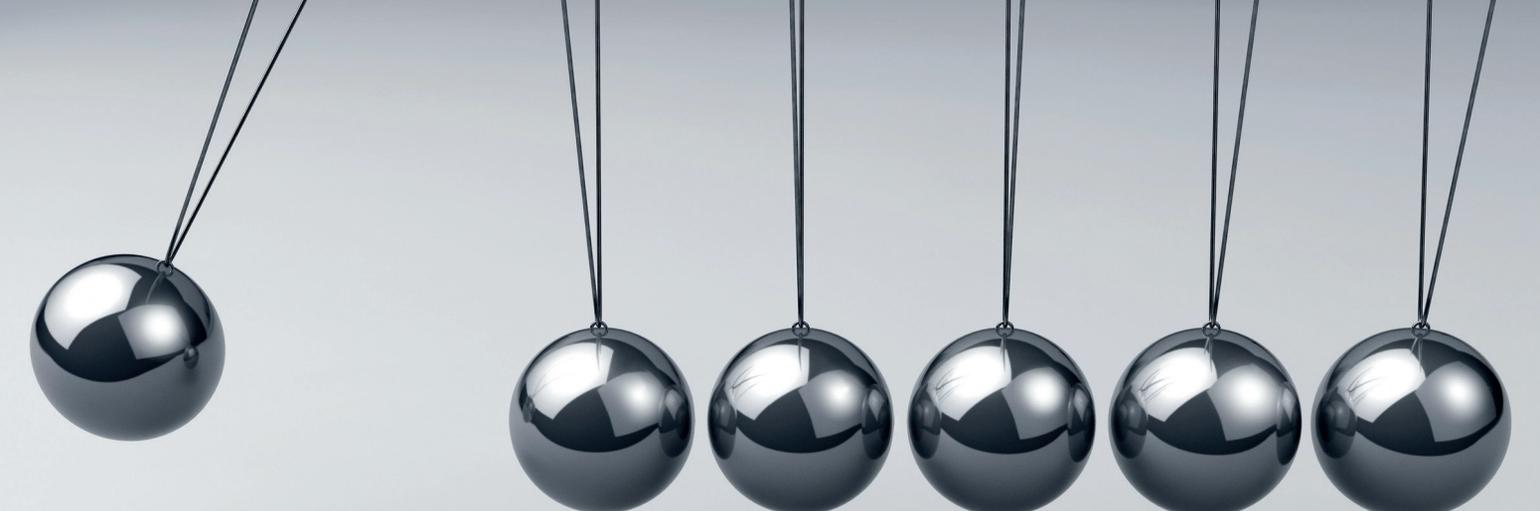
vo de aprovechar la feria Infarma para reflejar el compromiso social del sector farmacéutico y llevar a cabo acciones solidarias para recaudar fondos con fines solidarios.

Asimismo, recibieron el premio accésit la Fundación Tierra de Hombres, dedicada a promover el desarrollo de la infancia defendiendo sus derechos, sin discriminación de

orden político, racial, confesional y de sexo, y la Fundación Mehuer, dedicada a recabar apoyos y recursos que permitan avanzar en la mejora de la calidad de vida de los pacientes afectados por alguna enfermedad rara y de sus familiares.



 www.cofares.es



¡Que el ritmo no pare!

Emuliquen Simple actúa como laxante lubricando, ablandando y plastificando las heces, facilitando así la evacuación intestinal.

Contiene parafina líquida emulsionada altamente estable. Su acción lubricante facilita la evacuación especialmente en casos de estreñimiento por hemorroides u otras condiciones dolorosas de ano y recto.

CON AGRADABLE SABOR A VAINILLA.

Niños de 6 a 12 años:
1 o 2 cucharadas pequeñas al día.

Adultos y mayores de 12 años:
1 o 2 cucharadas al día.



Adultos y mayores de 12 años:
1 o 2 sobres al día.



LAINCO,s.a.

Avda. Bizet, 8-12 · 08191 RUBÍ (Barcelona)



No administrar más de 6 días seguidos sin consultar al médico.

Lea las instrucciones de este medicamento y consulte a su farmacéutico.

EMULIQUEN SIMPLE

Tratamiento sintomático
del estreñimiento ocasional

angileptol®

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

Normon amplía su vademécum en disfunción eréctil y lanza Sarilen®

Normon, S.A. lanzó a finales de 2018 Sarilen®, ampliando su vademécum y reforzando su portfolio de principios activos indicados para el tratamiento de la disfunción eréctil en varones, entre los que se encuentran Galotam® y Sildenafil Normon.

El principio activo de Sarilen® comprimidos recubiertos con película EFG es vardenafilo, un inhibidor potente y selectivo de la fosfodiesterasa-5 (IPDE5) específica del GMPc, que pertenece al grupo farmacoterapéutico de preparados urológicos.



Sarilen® está disponible en seis presentaciones con tres dosificaciones: 5 mg, 10 mg y 20 mg; en comprimidos recubiertos con película de forma redonda, biconvexos, de color naranja, y no contiene ingredientes como gluten, lactosa ni sacarosa.

CN	Presentaciones	PVL (€)	PVP (€)	PVP IVA (€)
721028.3	Sarilen 5 mg 4 comprimidos	6,66	10	10,40
721029.0	Sarilen 5 mg 20 comprimidos	29,02	43,56	45,30
721014.6	Sarilen 10 mg 2 comprimidos	6,66	10	10,40
721015.3	Sarilen 10 mg 4 comprimidos	10,06	15,01	15,70
721016.0	Sarilen 10 mg 8 comprimidos	26,49	39,76	41,35
721022.1	Sarilen 20 mg 4 comprimidos	25,75	38,65	40,20



www.normon.es

ALFASIGMA
es.alfasigma.com

Perfil del español resfriado: tiene dolor de garganta, acude al farmacéutico y opta por alternativas naturales

Angelini Farmacéutica ha realizado la I Encuesta Angelini sobre el abordaje del resfriado en diferentes generaciones a más de 3.600 mujeres y hombres de tres generaciones para conocer de cerca cómo afrontan esta enfermedad *baby boomers* (1946-1964), generación X (1965-1980) y *millennials* (1980-2000).



La encuesta recoge que más del 50% dice resfriarse entre 1 y 2 veces al año; un 38% entre 3 y 4; y un 11% más de 4 veces. Por generaciones, los *millennials* son los que dicen que se resfrían más: cerca del 40% de ellos aseguran que se resfrían entre 3 y 4 veces al año.

En cuanto a los síntomas asociados al resfriado, la mayoría de ellos señalan el dolor de garganta como principal síntoma (52%) que experimentan en el inicio del resfriado, siendo la congestión nasal el segundo síntoma más destacado (38%). Por generaciones, sólo los *baby boomers* citan ambos síntomas a la par (43,9% dolor de garganta vs. 42,3% congestión nasal).

Según la encuesta, más del 60% de los preguntados consultan ante un resfriado a su farmacéutico, mientras que el 34% recurre a su médico. No obstante, un 4% reconoce que no acude a nadie o que confía en el criterio de familiares, y un 1,5% reconoce consultar vía Internet.

La encuesta también ha puesto de relieve que cada vez más los españoles buscan alternativas naturales a sus dolencias más comunes, sin distinción de generaciones. Casi el 90% de las personas preguntadas afirman optar por soluciones naturales para tratar los síntomas del resfriado, siendo los miembros de la generación X quienes tienen el porcentaje mayor (96%).

Para hacer frente a los resfriados de forma efectiva, expertos médicos y farmacéuticos señalan que los fármacos tradicionales hechos a base del extracto seco de raíz de *Pelargonium sidoides*, una planta medicinal de la familia de los geranios nativa de la zona sur de África, suponen una alternativa saludable y eficaz para combatir los síntomas de esta enfermedad vírica.



 www.angelini.es

Edda Plast, nueva línea de productos de botiquín

Edda Pharma estrena el año con Edda Plast, nueva línea de productos de botiquín para que ninguna cicatriz, herida o corte en la piel sean un impedimento para la actividad diaria.

La nueva gama se adapta perfectamente al cuerpo gracias a su elasticidad y a los bordes redondeados que evitan su despliegue. Los apósitos contienen clorhexidina, un antiséptico que evita las infecciones bacterianas o/y fúngicas. Los callicidas contienen áci-



do salicílico con efecto queratolítico, favoreciendo la eliminación de las callosidades, y las tiras antiampollas un hidrocoloide que amortigua y protege las heridas. Absorbe la humedad de la herida para ayudar a la recuperación. Promueve la curación rápida e impide la entrada de suciedad y gérmenes. Los parches Stop dolor son una alternativa natural gracias a su composición basada en árnica, que les confiere propiedades analgésicas y antiinflamatorias, adecuadas para tratar diferentes dolores durante 24 horas. Todos los productos de Edda Plast ofrecen una larga adhesión.



 eddapharma.com



**Antonio
Mingorance
Gutiérrez**

Presidente de
Bidafarma

“**En los momentos extraordinarios, la farmacia debe, puede y quiere hacer patente su vocación de servicio en el cuidado de la salud de las personas»**

Al servicio de la sociedad

La vocación de servicio es inherente a la profesión farmacéutica porque, como profesionales sanitarios que somos, no sabemos estar de otra manera en el mundo que al lado de la humanidad que sufre. En nuestro caso, acompañando a las personas desde unas competencias propias muy claras: el medicamento y los saberes aparejados que su buen uso conlleva. Esa actitud es nuestra razón de ser cada vez que un paciente nos pregunta, ésta es nuestra cotidianeidad ordinaria. Pero también en los momentos extraordinarios la farmacia debe, puede y quiere hacer patente su vocación de servicio en el cuidado de la salud de las personas. Ahora vivimos uno de esos momentos, definido por el cambio tecnológico y el devenir de la política institucional.

En lo tecnológico afrontamos un reto histórico, uno de cuyos exponentes más importantes es la implantación del Sistema Español de Verificación de Medicamentos (SEVeM). Esta adaptación de procedimientos y controles a la Directiva Europea contra la Falsificación de Medicamentos ha supuesto un gran esfuerzo de coordinación basado en la confianza mutua de todos los agentes de la cadena de valor del medicamento, bajo la supervisión de las autoridades regulatorias, como no podía ser de otra manera. La finalidad inmediata del SEVeM es impedir la entrada de falsificaciones en el canal del medicamento: hay en ello razones de protección de intereses legítimos relacionados con el comercio y la protección de derechos de propiedad intelectual innegables. La farmacia se siente concernida, cómo no, por ese escenario. Pero, sobre todo, el SEVeM es una garantía de seguridad para la salud de nuestros pacientes; gracias a este sistema y a sus marcas de trazabilidad, los farmacéuticos vamos a tener una ayuda de relevancia crítica a la hora de gestionar con seguridad los medicamentos, trasladando más tranquilidad aún a las personas que los necesitan. Además, el SEVeM

aporta un valor de extraordinaria relevancia en estos tiempos: la transparencia en la cadena de valor del medicamento. Conocer fehacientemente el recorrido de cada unidad de un determinado medicamento en su elaboración, envasado, distribución y dispensación ayudará a planificar mejor el suministro y a adelantarse a posibles disfunciones propias de las tensiones lógicas en una economía global.

En cuanto al momento político, en el caso de Andalucía afrontamos sin duda una nueva etapa ante la que están puestas muchas miradas de dentro y fuera del país. Nuestras convicciones profundamente democráticas nos llevan a respetar a los gobiernos que salen de la legitimidad de las urnas. Y esas mismas convicciones nos dan legitimidad para defender los intereses de la farmacia allí donde sea necesario, desde el ofrecimiento más sincero de cooperación. Porque nos importa la eficiencia del gasto público (a fin de cuentas, lo público es, o al menos debería ser, la expresión institucionalizada del bien común). Porque estamos convencidos (y así lo demostramos cada día) de que la farmacia es un pilar fundamental en la sostenibilidad de los sistemas de salud. Y, especialmente, porque siempre vamos a estar al lado de las necesidades de nuestros pacientes en todo lo relacionado con el cuidado de su salud y la de sus familias. ●



DISPONIBLE
en todos los
mayoristas

DE NUEVO EN TU FARMACIA

VSL#3®

Complemento Alimenticio
Bacterias lácticas y bifidobacterias liofilizadas vivas
450x10⁹ bacterias por sobre



VSL#3® es una mezcla que contiene **450 mil millones** (450x10⁹) de bacterias lácticas y bifidobacterias liofilizadas de **8 cepas** diferentes, especialmente seleccionadas.

VSL#3® contiene **cepas específicas**, por lo que no se aconseja sustituir por otros probióticos.



NUEVO
CÓDIGO NACIONAL
C.N. 185846.7

**Ahora
comercializado por**

FERRING

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

● Un día en la farmacia de...

Texto: Francesc Pla
Fotografías: Martín Marco

José Ibáñez. Gavà (Barcelona)

Un «trasatlántico» en el océano farmacéutico

La farmacia de José Ibáñez en Gavà (Barcelona) es un verdadero desafío. Es como un gran trasatlántico que requiere un capitán experimentado, capaz de afrontar una travesía que puede deparar numerosas sorpresas.

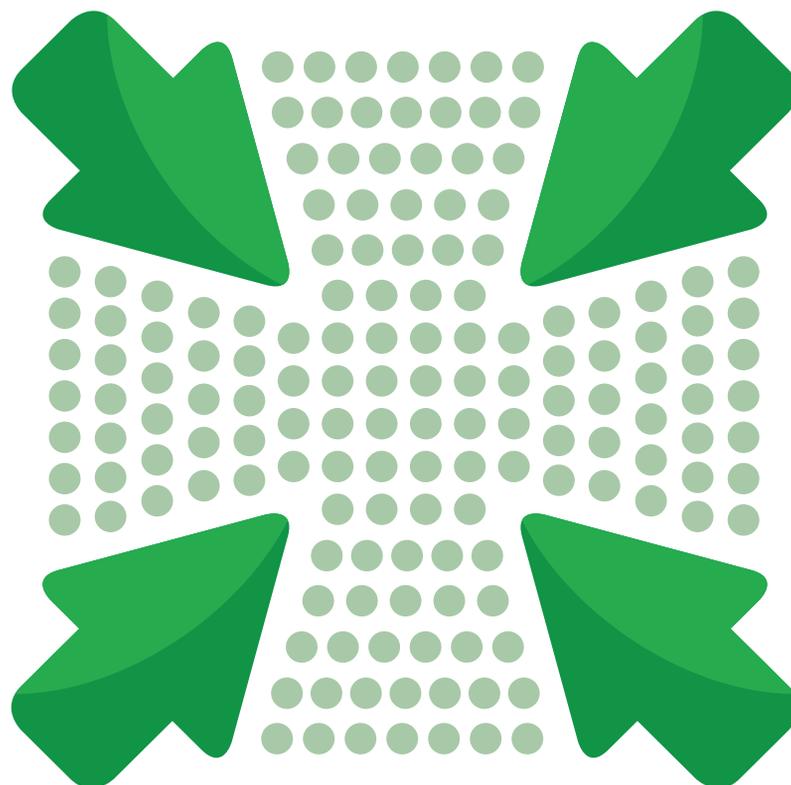
“ Si todo está bien engranado y fluye, el cliente lo nota, lo valora y, en definitiva, te premia »

José Ibáñez quería ser oceanógrafo. Conocer y estudiar los secretos del mar era su vocación juvenil. Empezó a estudiar Farmacia porque le abría las puertas de entrada a la carrera de segundo ciclo de Oceanografía. El contacto con los estudios de farmacia, que, en principio, deberían haber sido puramente instrumentales, le abrió los ojos, conoció y se entusiasmó por el mundo farmacéutico: «Quedé prendado de la profesión». Un enamoramiento que se ha visto confir-



José Ibáñez (centro), junto a parte de su equipo

Congreso Europeo de Oficina de Farmacia Salón de Medicamentos y Parafarmacia



31^ª EDICIÓN

infarma

BARCELONA 2019

ENCUENTRO EUROPEO DE FARMACIA

19, 20 y 21 de marzo-Recinto Ferial Gran Vía

www.infarma.es

CONVOCAN:



ORGANIZA:



EN:



mado durante los años que ha ejercido la profesión como farmacéutico comunitario. «De eso ya hace más de 30 años. Me sorprende lo rápido que han pasado», reconoce.

José Ibáñez es licenciado en Farmacia, graduado en Nutrición, MBA en ESADE y máster en atención farmacéutica. Ha sido presidente de SEFAC y de la empresarial de Tarragona. «Me llenaba más la faceta profesional de SEFAC y dejé la empresarial», explica. Después de esa etapa el nue-

población costera próxima a Barcelona, estuvo motivado principalmente por lograr objetivos económicos. «Siempre he transitado por la senda que existe entre el mundo empresarial y el profesional», explica. Y es así porque no concibe un mundo sin el otro: «Creo que hemos logrado los objetivos económicos a través de un buen servicio profesional».

En la familia de José Ibáñez no es frecuente la existencia de sagas profesionales. «En mi familia –nos explica–, du-



vo reto era transmitir a un equipo lo que sabía hacer y plasmarlo en la farmacia de la que es titular actualmente.

Del mundo rural al urbano

Su carrera profesional como farmacéutico empezó en la farmacia de Garcia, que es un pueblo de 600 habitantes en la comarca tarraconense de La Ribera d'Ebre. «Con 26 años –sin experiencia profesional– y los tipos de interés al 18% –encontrar financiación bancaria era complicado– las posibilidades eran limitadas», por lo que se planteó «una situación tranquila, sin demasiado riesgo financiero». Sin embargo, descubrió que ese mundo rural era incluso demasiado tranquilo para él. «Estuve allí tres años –nos cuenta– y luego, en el año 1992, me fui a una farmacia del barrio Gaudí de Reus, donde estuve hasta 2006.»

«Me encantó esa farmacia.» Allí aprendió mucho sobre cómo ejercer de farmacéutico comunitario: «Éramos cuatro personas y el trabajo de farmacéutico era muy próximo a la gente. Ese tipo de farmacias son modélicas, son farmacias que necesitan que el farmacéutico exprima la esencia de su profesión».

Los retos siempre han sido un estímulo para José Ibáñez. El último cambio, en el año 2006, a una farmacia de gran volumen de facturación cercana a un ambulatorio en Gavá, una

rante generaciones, nadie ha repetido la profesión de su padre.» Esta circunstancia y la educación que ha tenido conforman su manera de vivir la profesión, que puede resumirse en una pregunta que él mismo se hace: «¿Por qué tengo que pensar que mi profesión es mejor que cualquier otra? Lo realmente importante es que mi profesión me ha atraído, la he disfrutado y la continuo ejerciendo».

Tiene dos hijas farmacéuticas que han roto esa tendencia familiar, pero tanto él como su esposa, que también es farmacéutica, tienen claro que ellas serán las que decidirán libremente su futuro. «Ya veremos si les interesa continuar con nuestro proyecto de farmacia. No las condicionaremos.»

Farmacia de gran facturación

Continúa sintiendo la inquietud que le provocan los nuevos retos, pero es consciente de la dificultad de asumirlos. «Cualquier nuevo paso –explica– implica la venta de esta farmacia, lo que en nuestro caso no es sencillo.» Justifica esta afirmación con un análisis preciso de aspectos económico/financieros del mercado de las transmisiones de farmacias: «Las farmacias de gran facturación que además no tienen una gran proporción de facturación al SNS son las que tienen un EBITDA mayor

(beneficio porcentual sin restar coste financiero y amortizaciones), pero sorprendentemente no son las que se pagan mejor, como sucede en otros países con modelos menos regulados. Desde el punto de vista de la inversión son las más rentables. Sin embargo, aquí las que tienen mayor demanda y, por tanto, se venden por mejor precio son las que están en facturaciones entre el medio millón y el millón de euros».

Es imprescindible, el día a día nos desborda». No se trata sólo de una cuestión interna y organizativa. «Si todo está bien engranado y fluye –explica–, el cliente lo nota, lo valora y, en definitiva, te premia.»

La gestión del equipo y la comunicación entre sus miembros son complejas, y aún más cuando éste es numeroso y con distintos turnos para cumplir un horario muy amplio: «No cerramos ningún día del año», añade.



Además del análisis financiero, existen otros factores que inciden en la menor demanda de este tipo de farmacias y, por tanto, en su precio. «Se trata –puntualiza– de inversiones grandes y de gran complejidad de gestión para personas sin mucha experiencia y formación empresarial.»

La dirección de su farmacia actual lo ha obligado a renunciar a la atención directa del paciente. «Me provoca un pequeño luto», reconoce. Ahora su responsabilidad es saber transmitir su experiencia y conocimientos a un equipo de profesionales: «Mi reto actual es conjugar mi experiencia con su talento».

José Ibáñez se muestra exigente consigo mismo. «Aún no he conseguido trasladar plenamente mi idea de farmacia profesional, en la que el farmacéutico asuma funciones basadas en su conocimiento y el técnico en el área más operacional.» «Hemos mejorado mucho, pero todavía no he logrado un grado suficiente de vocación asistencial de todos los farmacéuticos del equipo», asegura en una muestra de sinceridad y rigurosidad. Confía en el método y los protocolos para lograr su objetivo, que no es otro que estandarizar los procesos y evitar la dispersión y la improvisación en el servicio al cliente. Señala otro reto importante: «A pesar de que las reuniones de equipo están protocolizadas, nos hace falta mejorar la comunicación del equipo.

Farmacia moderna

Está satisfecho de ser titular de una farmacia moderna que ha crecido mucho en número de clientes. «Nuestra misión –comenta– es la mejora de la calidad de vida del paciente, mientras que otros apuestan por el producto, en su precio y en una provisión eficiente.» Está convencido de que su fortaleza y diferenciación residen en mantener clara esa misión.

En la farmacia de José Ibáñez están claramente diferenciadas, tanto por la tipología de personal como por la ubicación, el área del medicamento del área de parafarmacia: «En el área del medicamento lo que prima es aportar conocimiento».

La parafarmacia genera una problemática que requiere especialización en productos y en tareas. «El *back office* es muy complejo por el gran volumen de productos, la diversidad de proveedores y la ausencia de tecnología como la que proporcionan los mayoristas con el medicamento en todo lo que se refiere a los procesos de generar pedidos, recepción, almacenaje y administración.»

Por ello, José Ibáñez está siempre abierto a cualquier solución que automatice procesos para ahorrar tiempo y espacio, que en una farmacia de estas características son bienes muy apreciados.

No cree en una amplia cartera de servicios en las farmacias y muy poco en servicios que compitan con los que el SNS puede proporcionar sin pagar por ellos. «Hemos realizado un largo proceso de aprendizaje desde 1996 con la introducción de la atención farmacéutica, y he llegado a la conclusión de que los servicios más aceptados y por los que el cliente está dispuesto a pagar están ligados a temas como la nutrición, la belleza, o a servicios que le permitan ahorrar gestiones y tiempo respecto

Los farmacéuticos del equipo realizan también cada cierto tiempo posgrados o másteres en la universidad. «Ahora mismo hay una farmacéutica que está acabando nutrición; otra que ha hecho un máster en dermofarmacia y otra que ha cursado uno de atención farmacéutica.»

Una farmacia de gran volumen no puede especializarse en algún tema en concreto. «Si fuera más pequeña –aclara– no dudaría en la especialización, pero dado el tamaño



de realizarlos en otros sitios.» No cree que los farmacéuticos tengan aún la clave para encontrar un sistema que aporte viabilidad económica a la oferta de servicios profesionales.

La farmacia dispone del «aula de salud desmontable», donde realiza sesiones de formación e información; algunas son de clientes y otras son de pacientes, según sean del área de medicamento o de parafarmacia.

Participa en campañas continuamente y organiza caminatas por la montaña o por la playa, en las que se han llegado a apuntar más de cien clientes.

Un equipo formado y especializado

Dispone de un equipo de 21 personas. Seis son farmacéuticos, uno es técnico de laboratorio, que se dedica a hacer las fórmulas, en el área de parafarmacia hay cuatro personas, y además hay tres cajeras, dos personas en recepción de mercancías, dos en administración y el resto son técnicos. «En los turnos horarios más habituales la farmacia dispone de una plantilla de trece personas», precisa.

Una farmacéutica integrante del equipo de la farmacia tiene la responsabilidad de la formación, y conjuntamente con la responsable de recursos humanos analizan la solución formativa más adecuada para cada persona. «La formación en producto recae básicamente en los laboratorios y la referente a temas de salud en entidades como los colegios de farmacéuticos o en la SEFAC», explica Ibáñez.

“El reto de los farmacéuticos comunitarios será continuar existiendo mucho más desligados del producto y más ligados a los servicios»

de la farmacia me cuesta. Hemos renunciado a la ortopedia y a la óptica, pero en cambio no hemos renunciado a la formulación.» El personal sí que está muy especializado en un campo en concreto. «Los farmacéuticos que trabajan aquí a veces sienten que no tienen una visión más general como la que podrían tener en otra farmacia más pequeña. La especialización es tal que el que está en dermofarmacia no sabe nada de medicamentos, y viceversa». Lograr una mayor polivalencia es un reto en estos momentos.

Internet y farmacia

Aunque José Ibáñez es un farmacéutico innovador, no tiene muy claro que el mundo de Internet sea propicio para las farmacias: «Internet –dice– es un mercado de precio, y si quieres estar en un mercado de precio tienes que ser *low cost*. No tenemos ni el personal ni el régimen fiscal adecuados».

«El mercado de Internet –prosigue– estará en manos de cinco, seis o como mucho diez empresas. Sólo es posible plantearse competir con especialización, lo que es realmente difícil.» Sus opiniones en este aspecto son contundentes: «En mi opinión es tirar el dinero, porque no puedes competir ni de broma».

Ve el futuro de su farmacia, a medio plazo, en el que la parafarmacia perderá peso por la irrupción imparable de Internet y de los grandes grupos; por lo tanto, seguirá muy centrada en el medicamento. «La farmacia de gran facturación –aclara– está muy penalizada en márgenes, lo que la ha inclinado mucho hacia la parafarmacia, pero no tengo muy claro que a medio plazo ésta pueda crecer.» En el campo del medicamento espera cambios regulatorios, pero es optimista: «Confío en la capacidad de adaptación del sector».

Futuro de la farmacia

Su pronóstico para la farmacia del futuro pasa por un cambio en el modelo retributivo en el que se pague por el conocimiento y menos por el producto, y cree que las farmacias deberían ser multidisciplinares, más grandes, con personal especializado.

El otro gran reto de la farmacia es cómo le afectarán los cambios en la logística de entrega del producto. «La capi-

laridad siempre ha sido un puntal del sector, pero lo cierto es que la sociedad va acostumbrándose a que los productos estén en su casa cuando los necesita. Lo estamos viendo con claridad en los hospitales.» «Nuestro reto –precisa– será continuar existiendo mucho más desligados del producto y más ligados a los servicios.»

Tiene muy claro que para afrontar el futuro la farmacia debe alinearse con las tendencias dominantes. «Es un error –afirma– esperar que el mundo se adapte a nosotros.»

La farmacia Ibáñez es un gran trasatlántico que requiere un capitán experimentado, porque aunque pueda parecer invulnerable debe afrontar la travesía en un mar encrepado que le va a deparar muchas sorpresas. Como a todos. ●

Ibáñez Farmacia

Rbla. Pompeu Fabra, 142
08850 - Gavà (Barcelona)
Tel.: 936 621 232
contigo@ibanezfarmacia.com
www.ibanezfarmacia.com



Nos gusta cuidar de ti.



KEITO K9T



PESO



PESABEBÉS



TALLÍMETRO



6 IDIOMAS



PRESIÓN ARTERIAL



PULSO



%GRASA CORPORAL E IMC.



COLOR PERSONALIZADO



eHealth



IDENTIFICACIÓN USUARIO



FICHA PERSONAL



TECNOLOGÍA MULTIDISPOSITIVOS

Visita demo Keito eHealth en www.keito.com

Usuario: 60
Contraseña: plasma

910807670

www.keito.com

Email: ventas@keito.com

Profesión

Nerea Escudero
Hernando
Licenciada en Farmacia

Lesiones orales y cuidado bucal

“**Las aftas son una de las alteraciones más frecuentes de la cavidad bucal, y alrededor del 20% de la población las sufrirá de manera recurrente a lo largo de su vida»**

El farmacéutico comunitario tiene la responsabilidad compartida con otros profesionales sanitarios de cooperar en la reducción de la incidencia de las enfermedades bucodentales. Desde la farmacia, es posible lograr este objetivo mediante una participación activa que favorezca la comunicación con la población, la vigilancia constante y la promoción de la educación en el ámbito de la higiene y la salud bucal.

La estrecha relación que existe entre la salud bucodental y la de nuestro organismo en general otorga a la boca un papel fundamental, erigiéndola en un indicador externo de nuestra salud y fortaleza o, por el contrario, de otras patologías que puedan afectar al individuo.

Existe un grupo heterogéneo de lesiones de la mucosa cuyo tratamiento dependerá de su grado de benignidad o malignidad. El estudio clínico de estas afecciones puede requerir para su diagnóstico definitivo la realización de una biopsia y un estudio microscópico, así como la intervención clínica de dermatólogos, odontoestomatólogos y cirujanos maxilofaciales.

Sin embargo, las dolencias elementales en la mucosa bucal son las que más a menudo generan consultas en la oficina de farmacia, y su examen se limita a la exploración y palpación. Es en este tipo de lesiones leves, de alta prevalencia y espo-



rádicas, donde el farmacéutico puede intervenir, dispensando los productos oportunos y aconsejando medidas que alivien sus síntomas y estimulen su curación.

Aftas bucales

Las aftas bucales, conocidas como «llagas de la boca», interrumpen la continuidad física y provocan una pérdida de funcionalidad de la mucosa oral, que recubre toda la cavidad bucal para protegerla del daño mecánico y de bacterias y virus.

La denominación de «aftas» proviene del significado etimológico del término griego *aphta* (quemaduras), y define este tipo de lesiones vesículo-ulcerosas, no queratinizadas, inicialmente necróticas y que suelen recidivar.

La aparición de este proceso se inicia con una sensación de escozor y picor que, en pocas horas, da lugar a una mancha de color rojizo y origina la úlcera. Los síntomas más acusados son dolor localizado e incomodidad en actividades cotidianas como hablar, comer, beber o bostezar. Las aftas suelen aparecer tanto de manera aislada y única como en forma de pequeñas lesiones múltiples que, en ocasiones, concluyen dando lugar a una erosión irregular y de mayor tamaño. Habitualmente, se ubican en mejillas, labios, bordes, dorso de la lengua, base de las encías y paladar blando. Su evolución es centrífuga, es decir, aumentan su tamaño progresando desde el centro hacia fuera, y en un plazo variable. Es un proceso autolimitado que cesa de manera natural, remitiendo en unos 7-14 días.

Las aftas bucales se clasifican en tres tipos diferentes en función de su tamaño, de su forma aguda o crónica y de su sintomatología:

- Aftas menores:
 - Mayor frecuencia.
 - Tamaño <10 mm.
 - Formas redondeadas u ovaladas poco profundas.
 - Dolor agudo.
 - Duración <1 semana.
 - Recidivantes.
- Aftas mayores:
 - Tamaño >10 mm.
 - Más profundas, afectando a los vasos sanguíneos.
 - Duración de semanas a meses.
 - Dejan cicatrices tras su curación.
- Estomatitis aftosa recurrente:
 - Grupos múltiples de aftas.
 - Tamaño de hasta 3 mm.
 - Tendencia a confluir en un afta mayor e irregular.
 - Aspecto similar a lesiones de herpes virus.

Las aftas son una de las alteraciones más frecuentes de la cavidad bucal, y alrededor del 20% de la población las sufrirá de manera recurrente a lo largo de su vida. Sin embargo, raramente se acude al médico para su diagnóstico, y en la mayoría de los casos es la farmacia el lugar más visitado



para obtener consejo y tratamiento. Su incidencia es mayor entre la población infantil (lo que tal vez se deba al frecuente uso de aparatos de ortodoncia en este grupo de edad), y disminuye en gran medida después de los 50 años.

Etiología

Aunque existen factores que pueden desencadenar su aparición, como alteraciones hormonales y digestivas, carencias nutricionales (déficit de hierro, de vitaminas o ácido fólico...), estrés y trastornos emocionales, en la mayoría de los casos su etiología es desconocida. Algunos autores apuestan fuertemente por factores genéticos e inmunológicos.

Este tipo de brotes, además, también pueden deberse a la manifestación de una enfermedad subyacente o a una reacción adversa a medicamentos. En otras ocasiones, su origen radica en traumatismos repetidos sobre la mucosa de la boca por dentaduras mal adaptadas, aparatos de ortodoncia o caries, y en algunos casos incluso pueden deberse a la cesación tabáquica, en la que se disminuye el grado de queratinización de las mucosas bucales.

En su práctica diaria, como primer agente sanitario que evalúa este tipo de lesiones superficiales, el farmacéutico se encuentra en una situación privilegiada para ayudar a estos pacientes, que requieren un tratamiento paliativo local y consejo para lograr unos adecuados hábitos de higiene que eviten la probabilidad de sobreinfección o complicaciones.

Cuando exista la sospecha de una patología originaria diferente a un afta común, el paciente debe ser derivado al médico para establecer un diagnóstico diferencial. Es el caso, por ejemplo, de las lesiones herpéticas que producen fiebre y malestar, de los signos de leucoplasia vellosa en enfermos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o de las úlceras bucales que pueden ser un primer síntoma de procesos cancerígenos.

Tras valorar los antecedentes familiares, el tipo de lesiones y la frecuencia de las recidivas, y evaluar la aparición de otras lesiones y los tratamientos farmacológicos y posibles intervenciones, el farmacéutico debe decidir si ha de derivar al paciente al médico para un examen más exhaustivo.

Tratamiento

El tratamiento de las aftas bucales benignas tiene por objetivo reducir el dolor y la inflamación para acortar su curso, favorecer la cicatrización, proteger la mucosa y prevenir las sobreinfecciones y nuevos brotes.

Como antiinflamatorios se emplean bencidamida, carbinoxolona, hidrocortisona, triamcinolona o dexametasona, que mejoran rápidamente la sintomatología. Están disponibles en diversas presentaciones, como geles, enjuagues, comprimidos desleíbles, aerosoles, e incluso hay algunos con aspecto y sabor a gominola para los niños.

Los anestésicos locales más empleados son lidocaína, benzocaína y tetracaína, que actúan reduciendo la sensibilidad dolorosa. Están disponibles en formulaciones semi-sólidas bioadhesivas, como colutorios, soluciones orales y comprimidos desleíbles.

Para favorecer la cicatrización y la regeneración tisular, se emplea el ácido hialurónico, capaz de aliviar el dolor, disminuir la inflamación y favorecer la restauración del tejido, así como los triésteres de glicerol oxidados, que actúan protegiendo localmente la mucosa limitando su pérdida de agua.

“**Para la prevención de las aftas bucales, es primordial divulgar desde la oficina de farmacia unos hábitos correctos que puedan reducir la probabilidad de nuevas manifestaciones»**

Por último, se aplican antisépticos bucales tópicos (clorhexidina clorhidrato, hexetidina, povidona yodada, cloruro de benzalconio, borato sódico...) y antibióticos como la tetraciclina, para disminuir la posibilidad de sobreinfección de las úlceras bucales ya existentes. En el caso de niños que aún no hayan cambiado los dientes o que se hallen en proceso de hacerlo, no es recomendable utilizar tetraciclina ya que provoca una decoloración permanente en los dientes en formación.

En los casos en que el dolor es intenso y el paciente ve limitadas sus actividades cotidianas, puede estar justificado el tratamiento sistémico con analgésicos orales (ibuprofeno y paracetamol), de buena tolerancia y efectivos.

Medidas higiénico-dietéticas

Sea cual sea la elección del tratamiento que vaya a aplicarse, siempre será necesario plantear una serie de medidas higiénico-dietéticas que permitan no sólo aumentar la efectividad del tratamiento, sino también prevenir nuevas afecciones. Es fundamental lavarse las manos antes de manipular y aplicar el medicamento, así como realizar enjuagues

en la zona que va a tratarse. El material necesario para aplicar el fármaco debe ser de un solo uso, y hay que evitar ingerir alimentos y bebidas hasta que haya pasado el tiempo imprescindible para impedir que se arrastre la medicación de la zona (lo que interferiría en la eficacia del método).

Para la prevención de las aftas bucales, es primordial divulgar desde la oficina de farmacia unos hábitos correctos que puedan reducir la probabilidad de nuevas manifestaciones. Es aconsejable:

- Hidratar la mucosa.
- Restringir los alimentos ácidos, picantes o muy calientes.
- Llevar una dieta equilibrada.
- Utilizar cepillos dentales suaves y renovarlos cada 3 meses.
- Mantener una higiene bucodental adecuada y acudir al odontólogo regularmente, clave para evitar caries y enfermedades periodontales.

Papel del farmacéutico

En el ámbito del cuidado bucal, el farmacéutico tiene un notable papel como educador sanitario, proporcionando las instrucciones necesarias para un correcto cepillado dental. Para ello, se ha de instruir al paciente en las técnicas y maniobras adecuadas, en los tipos de cepillos existentes y en la disponibilidad de medios auxiliares como colutorios, enjuagues y sedas dentales adecuados a cada situación. Con una correcta higiene bucal que logre la eliminación de la placa bacteriana, se reducirá en gran medida la aparición de procesos cariogénicos.

Es importante recordar que en el desarrollo de caries y enfermedades periodontales intervienen múltiples factores, y que por tanto se combate desde diferentes ámbitos que abarcan la higiene, los hábitos alimentarios o la eliminación de sustancias nocivas como el tabaco.

El farmacéutico, una vez más, tiene los conocimientos necesarios para influir en la mejora de los cuidados bucodentales de la población y mitigar las patologías leves de la boca. Desde la oficina de farmacia se puede concienciar y sensibilizar a los pacientes acerca de la responsabilidad de acudir regularmente al odontólogo, manejando y difundiendo las claves para mantener una boca sana y ayudándoles en su proceso de recuperación. ●

Bibliografía

- Bonet R, Garrote A. Aftas bucales. *Farmacia Profesional*. 2015; 29(1): 5-50. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-aftas-bucal-X0213932415727469>
- González Otero S, García Marín F, Cebrián Carretero JL. Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. Capítulo 4. Lesiones de la mucosa oral. Disponible en: <http://www.secom.org/area-profesional/protocolos-clinicos-de-la-secom/>
- Lanza Martino L, Pérez Caffarena M. Lesiones elementales de la mucosa bucal. Guía para el diagnóstico clínico de patologías de la mucosa bucal. *Actas Odontológicas*. 2015; 12(1): 14-20.
- Rioboo Crespo M, Bascones Martínez A. Aftas de la mucosa oral. *Avances en odontoestomatología*. 2011; 27(2): 63-74.

protocolos en la farmacia

María José
Alonso Osorio

Farmacéutica comunitaria
y especialista en Farmacia
Galénica e Industrial

Afecciones de la garganta

Definición y prevalencia

A menudo se presenta en la farmacia algún cliente que quiere consultar o pedir consejo sobre un medicamento por tener «molestias en la garganta». Estas molestias se presentan en forma de irritación, inflamación o dolor, y obedecen a diversas causas. El dolor de garganta se produce al inflamarse los tejidos que la rodean debido a la presencia de irritantes, microorganismos nocivos o alérgenos que pueden alterar o dañar la mucosa que la reviste. El resfriado común suele ser una de las causas más habituales, pero existen otras que conviene tener en cuenta (tabla 1).

Las principales afecciones de garganta son: faringitis aguda y crónica, laringitis y amigdalitis.

- **Faringitis aguda.** Se produce por la inflamación de la mucosa que reviste la faringe y suele ser de aparición repentina. Puede ser de origen vírico (la más frecuente, asociada a resfriado o gripe), bacteriano (principalmente por *Streptococcus pyogenes* y *Haemophilus influenzae*), alérgico (por acción directa de alérgenos o por goteo retranasal en rinitis alérgica) o irritativo (sequedad ambiental, frío o inhalación de contaminantes como humo, polvo, etc.).

«El uso de antibióticos es de prescripción médica y sólo está indicado en las infecciones bacterianas»

- **Faringitis crónica.** Inflamación repetida de la faringe sin componente infeccioso. Suele producirse por exposición repetida a irritantes, sequedad, alérgenos, por abuso o mal uso de la voz (oradores, cantantes, etc.) o por otras patologías (como reflujo gastroesofágico, sinusitis, enfermedades bronquiales...) o déficit de vitamina A. También puede

deberse a un abuso de vasoconstrictores nasales o a alteraciones endocrinas (hipotiroidismo, menopausia, etc.).

- **Laringitis.** Inflamación de la membrana mucosa de la laringe. Habitualmente afecta a las cuerdas vocales, provocando disfonía (ronquera) o afonía (pérdida de la voz), y puede acompañarse de estridor (tos perruna), sobre todo en pacientes pediátricos. Suele deberse a un uso inadecuado de la voz, a la exposición a alérgenos e irritantes, a enfermedad por reflujo gas-



Tabla 1. Causas más habituales de afecciones de la garganta

 <p>Ambientales</p>	<p>Frío, cambios bruscos de temperatura, alérgenos, humo, polvo, sequedad ambiental, inhalación de irritantes, etc. Son causa de irritación y/o inflamación</p>
 <p>Infecciosas</p>	<p>Infecciones víricas o bacterianas que afectan a las estructuras de la garganta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faringitis, laringitis, amigdalitis
 <p>Como síntomas o complicación de otros procesos de vías respiratorias</p>	<p>Resfriados, gripes, rinitis alérgica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por goteo retranasal: las secreciones que caen desde la nariz suelen ser muy irritativas • Como consecuencia de la tos (resfriados, gripe, bronquitis aguda, etc.). En la laringe se localizan algunos de los receptores de la tos; la tos causa irritación en la garganta creando un círculo vicioso
 <p>Otras causas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deglución de alimentos demasiado fríos o demasiado calientes • Tabaquismo • Reflujo gastroesofágico (los vapores ácidos gástricos irritan y «quemán» al subir hacia la garganta) • Esfuerzo en la fonación: hablar demasiado (faringolaringitis del orador), gritar, cantar, etc. • Medicamentos: algunos medicamentos pueden causar sequedad de garganta, disfonía y dolor. Los principales grupos de estos medicamentos son: corticoides y broncodilatadores inhalados, antihistamínicos, diuréticos, antidepresivos y antiparkinsonianos

troesofágico (ERGE), a la presencia de infección, nódulos o pólipos (especialmente en fumadores), o presentarse como un efecto secundario de corticoides inhalados.

- **Amigdalitis.** Afecta a las amígdalas palatinas y se extiende al resto de la faringe. Tiene mayor prevalencia durante la edad escolar. Pueden ser víricas (asociadas generalmente a un cuadro catarral que no suele provocar fiebre, como mucho febrícula), o bacterianas (la causa más frecuente son los estreptococos, que suelen provocar fiebre de hasta 39 °C o más).

La prevalencia de las afecciones de garganta es alta, y se estima que el dolor de garganta genera 4 millones de consultas al año en España¹.

Signos y síntomas

Cuando se trata de una simple irritación (ambiental, moqueo retranasal, etc.), los síntomas suelen ser:

- Picor, escozor.
- Tos irritativa.

Cuando la causa es infecciosa (vírica o bacteriana), los síntomas más frecuentes son:

- Dolor.
- Inflamación (con sensación de calor).
- Hinchazón que puede llegar a dificultar la deglución.

Protocolo de actuación

La mayoría de las afecciones de garganta que se acompañan de dolor suelen ser víricas (se estima que sólo del 10

«La prevalencia de las afecciones de garganta es alta, y se estima que el dolor de garganta genera 4 millones de consultas al año en España»



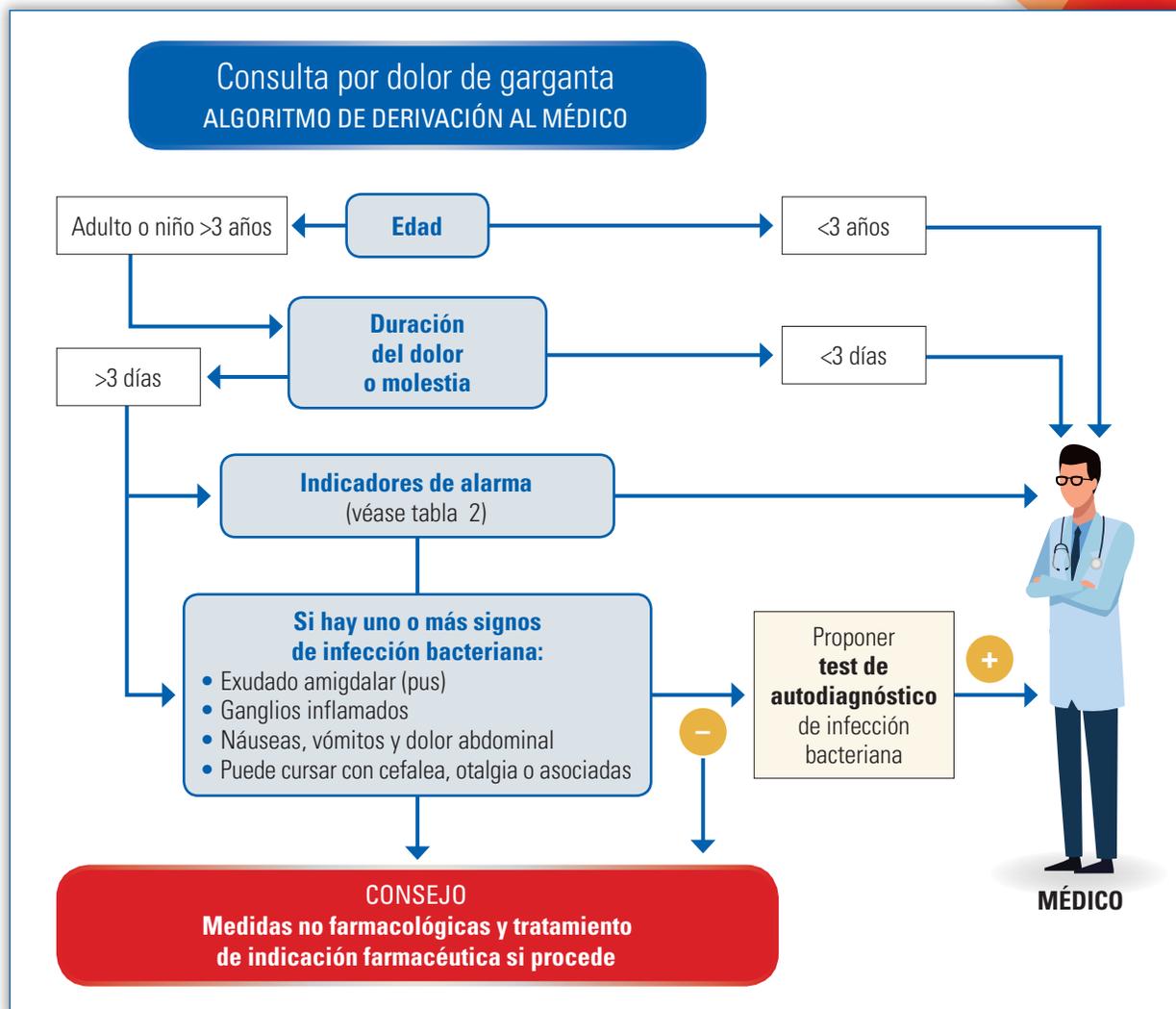


Tabla 2. Signos y síntomas de alarma de derivación al médico

- Fiebre ≥ 38 °C
- Laringitis agudas en niños
- Babeo excesivo en un niño pequeño
- Dificultad para deglutir o respirar
- Inflamación de los ganglios del cuello
- Dolor de oídos
- Exudado faríngeo o amigdalor (pus)
- Estridores
- Ronquera o afonía que no cede en pocos días (posible presencia de nódulos o pólipos)
- Pacientes crónicos con: enfermedad por reflujo gastroesofágico, fiebre reumática, diabetes, quimioterapia, inmunodeprimidos, VIH positivos

«La mayoría de las afecciones de garganta que se acompañan de dolor suelen ser víricas»

al 30% presentan infección bacteriana) y desaparecen espontáneamente en 1 semana. Para tratarlas, suele ser suficiente un tratamiento local sintomático para resolver los síntomas. No obstante, ante una consulta por molestias debidas a una afección de la garganta, el farmacéutico debe intentar detectar la localización exacta del problema (faringe, laringe o amígdalas), identificar los síntomas y descartar signos de alarma que aconsejen una derivación al médico (tabla 2).

Tabla 3. Tratamiento general de las afecciones de la garganta

		
<p>Medidas no farmacológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hidratación de la mucosa. Gárgaras de agua caliente y sal • Humidificación del aire (si el ambiente es seco) • Si existe un mal uso o abuso de la voz: descanso y/o rehabilitación de la voz (faringitis, laringitis) • Medidas de prevención: evitar tóxicos (humo, alcohol, etc.), irritantes (polvo u otras sustancias ambientales) y exposición a alérgenos 	<p>Tratamiento farmacológico sintomático</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento local antiséptico, antiinflamatorio, suavizante y/o analgésico • Tratamiento oral sistémico: analgésicos y/o antiinflamatorios no esteroideos (para el malestar general, la inflamación y la fiebre si la hay) • Mucolíticos (ante la presencia de flemas o moco espeso, a veces en faringitis) • Complejos vitamínicos (con vitaminas A + E) (para reforzar mucosas en faringitis crónica) 	<p>Tratamiento farmacológico etiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibióticos, si hay infección bacteriana (prescripción médica) • Tratamiento de otras patologías subyacentes: enfermedad por reflujo gastroesofágico (evitar alimentos ácidos), alergias, asma, nódulos, micosis, etc. (en estos casos, derivación al médico) • En caso de uso de inhaladores por asma, instruir sobre su limpieza y la necesidad de enjuagar bien la boca tras la aplicación

«El uso de antibióticos es de prescripción médica y sólo está indicado en las infecciones bacterianas»

Test rápido de autodiagnóstico para la detección de una infección de origen bacteriano

Se estima que un 33% de los pacientes entran en la farmacia solicitando un antibiótico sin prescripción². El uso de antibióticos es de prescripción médica y sólo está indicado en las infecciones bacterianas. En estos casos, puede ser de utilidad proponer al paciente la realización de un test rápido de autodiagnóstico para determinar si la infección es o no bacteriana. Existen varios tipos en el mercado (detección de antígeno estreptocócico o detección de niveles altos de proteína C reactiva [PCR]). En caso de que el resultado sea negativo, se indicará al paciente tratamiento sintomático; si resulta positivo o indicativo de posible infección bacteriana, se derivará al médico señalándole el tipo de test utilizado y los resultados.

Tratamiento de indicación farmacéutica y recomendaciones

El objetivo del tratamiento es calmar los síntomas: irritación, ardor, dolor, inflamación, dificultad de deglución, etc. En la tabla 3 se resumen los principales tratamientos de indicación farmacéutica. ●

Bibliografía

1. Villa Estébanez R, Veiras del Río O. Dolor de garganta: ¿tiene una amigdalitis bacteriana? Actualización en Medicina de Familia. 2013; 9(8): 457-460. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1178.
2. Boleda X. Estudio Streptotest: utilidad en la farmacia comunitaria de un test de diagnóstico rápido en faringitis en pacientes adultos, realizado por SEFAC y Semergen. Farmacéuticos Comunitarios. 4 (Suplemento 1). Disponible en: <http://www.farmaceticoscomunitarios.org/es/journal-article/estudio-streptotest-utilidad-farmacia-comunitaria-test-diagnostico-rapido-faringitis>.
3. Cots JM, Alós JI, Bárcena M, Boleda X, Cañada JL, Gómez N, et al. Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. Documento de consenso (con atención primaria). Aten Primaria. 2015; 47(8): 532-543.
4. Baos V, Faus Dáder MJ (eds.). Protocolos de indicación farmacéutica y criterios de derivación al médico en síntomas menores. Madrid: GIAF, 2008. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/33050>.
5. Buhl R. Local oropharyngeal side effects of inhaled corticosteroids in patients with asthma. Allergy. 2006; 61: 518-526.



La vida expone la garganta. **Cuídala.**

Auxina

Benefíciate de su **DOBLE ACCIÓN**

LA VITAMINA **A**
regenera las mucosas
de la **GARGANTA.**



LA VITAMINA **E**
estimula las
DEFENSAS.



Auxina A+E 20 caps
C.N. 713487.9



Auxina A+E 30 caps
C.N. 700768.5

Para más información www.aliadoefectivo.es

 **Chiesi**

FICHA TÉCNICA. 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO Auxina A+E cápsulas blandas **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada cápsula blanca contiene: Vitamina A (como retinol palmítico) 5.000 UI Vitamina E (Di-Alfa-tocoferil acetato) 10 mg **Excipientes con efecto conocido:** Glicerol (E-422) 30,27 mg, parahidroxibenzoato de metilo (E-218) 0,348 mg, parahidroxibenzoato de propilo (E-216) 0,139 mg, amarillo anaranjado S (E-110) 0,130 mg. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA** Cápsulas blandas. Las cápsulas son de gelatina, redondas, transparentes anaranjadas, sin marcar, conteniendo solución amarilla oleosa. **4. DATOS CLÍNICOS 4.1 Indicaciones terapéuticas** Auxina A+E cápsulas blandas está indicado en adultos y niños mayores de 14 años, en: Tratamiento de deficiencia de vitaminas A y E causada por dieta insuficiente, convalencias u otros motivos; para favorecer el estado general, entre otras acciones, de la visión, la piel, mucosas y las defensas. **4.2 Posología y forma de administración** **Posología** Población pediátrica Auxina A+E cápsulas no se debe utilizar en niños menores de 14 años (ver sección 4.3). Adultos y niños mayores de 14 años Para evitar toxicidad acumulativa en relación con la dosis de vitamina A, se debe estimar la ingesta dietética. La dosis recomendada es de 1 cápsula al día. En determinados casos, a criterio de un médico, éste puede indicar la toma de 2 o hasta 3 cápsulas al día. No se deben sobrepasar 10 días de tratamiento sin consultar con el médico si los síntomas empeoran o no mejoran. En general, el tratamiento no debe sobrepasar dos semanas pero, a criterio de un médico, se podría prolongar más tiempo. **Forma de administración** Vía oral. Las cápsulas deben tomarse con la ayuda de un poco de agua u otro líquido, preferiblemente durante la ingestión de alimentos. **4.3 Contraindicaciones** - Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 5.1. - Embarazo y lactancia. - Hipervitaminosis A. - Insuficiencia hepática o renal graves. - Niños menores de 14 años (debido a sus dosis y forma farmacéutica). **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo** - No se deben administrar dosis superiores a las recomendadas. - Si las vitaminas liposolubles, como la A y la E, especialmente la vitamina A, se toma en exceso (dosis elevadas y/o durante períodos prolongados) pueden aparecer efectos secundarios, ya que éstos van generalmente asociados a una hipervitaminosis. La vitamina A administrada en exceso puede causar toxicidad. - Pacientes con insuficiencia hepática o renal: tienen un riesgo mayor de toxicidad por vitamina A. Se requiere precaución antes de la administración a estos pacientes, considerando el balance riesgo/beneficio (ver sección 4.3). - El riesgo de toxicidad por vitamina A puede aumentar también en caso de bajo peso corporal, malnutrición proteica, hiperlipoproteinemia, pacientes con hipertrigliceridemia consumo de alcohol o déficit de vitamina C. - Para pacientes predispuestos o expuestos a padecer tromboflebitis y los que tienen deficiencia de vitamina K o que estén en tratamiento con anticoagulantes, ver riesgo de sobredosis de vitamina E en la sección 4.9. - El grado de absorción de vitamina A puede estar disminuido en pacientes con enfermedades gastrointestinales. Los pacientes en situaciones crónicas de malabsorción pueden desarrollar deficiencia de vitamina A con el tiempo, como resultado de diarrea y absorción reducida de la vitamina; también se puede producir deficiencia como consecuencia de almacenamiento y transporte anormales en pacientes con abetalipoproteinemia, deficiencia de proteínas, diabetes mellitus, hiperfotodermia, fiebre, enfermedad hepática o fibrosis quística con implicación hepática. Los niños con sarampión grave se ha comprobado que tienen concentraciones séricas de vitamina A bajas. - Los pacientes con absorción anormal de grasas o síndromes de malabsorción generalmente tienen concentraciones plasmáticas bajas de vitamina E y pueden requerir suplementación de la misma y otras vitaminas liposolubles. **Interferencias con pruebas analíticas:** Se debe advertir a los pacientes que este medicamento contiene un principio activo que puede producir alteraciones en los resultados de pruebas diagnósticas. - Determinación de colesterol sérico: la vitamina A podría producir resultados falsamente elevados de colesterol, por interferencia con la reacción de Zlatkis-Zak. - Determinación de bilirrubina: la vitamina A podría producir resultados falsamente elevados de bilirrubina usando el reactivo de Ehrlich. **Advertencias sobre excipientes:** Este medicamento puede producir dolor de cabeza, molestias de estómago y diarrea porque contiene glicerol. Puede producir reacciones alérgicas (posiblemente retardadas) porque contiene parahidroxibenzoato de metilo y parahidroxibenzoato de propilo. Este medicamento puede producir reacciones alérgicas porque contiene amarillo anaranjado S (E-110). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** - **Medicamentos análogos a vitamina A**, como retinoides tales como: acitretina, bexaroteno, etretinato, isotretinoína, tretinoína: posible aumento de riesgo de toxicidad por vitamina A por efectos aditivos; se debe evitar su uso concomitante con esos medicamentos. - **Anticoagulantes orales**, como: dicumarol, acenocumarol, warfarina: la administración concomitante con vitamina A puede causar un aumento del efecto anticoagulante, con un incremento del riesgo de sangrado; y con grandes dosis de vitamina E concomitantemente se puede prolongar el tiempo de protrombina; la vitamina E puede interactuar con los anticoagulantes por sus posibles efectos anti-vitamina K; en estos casos debería monitorizarse el tiempo de protrombina. - **Anticoagulantes parenterales**, como: abiciximab, antitrombina III humana, fondaparinux, heparina: la administración concomitante con vitamina A puede causar un aumento del efecto anticoagulante, con incremento del riesgo de sangrado. - **Antiagregantes plaquetarios**, como: clopidogrel, eptifibatida, tirofiban: la administración concomitante con vitamina A puede causar un aumento del efecto anticoagulante, con incremento del riesgo de sangrado. - **Minociclina** (tetraciclina): posible toxicidad aditiva con vitamina A, con probable incremento de riesgo de hipertensión intracraneal (pseudotumor cerebral). - **Colestiramina, colestipol:** posible reducción de la absorción de las vitaminas liposolubles como la A y la E, con reducción de su eficacia; en su caso, se debe separar lo más posible la administración. - **Orlista:** podría reducir la absorción GI de vitaminas liposolubles como la A y la E; se recomienda separar su administración al menos 2 horas. - **Aceite mineral o parafina líquida:** podría afectar a la absorción de las vitaminas A y E. - **Anticonceptivos orales:** el uso simultáneo con vitamina A puede aumentar las concentraciones plasmáticas de esta vitamina. - **Neomicina oral:** podría reducir la absorción de vitamina A. - **Suplementos de hierro:** grandes dosis de hierro pueden catalizar la oxidación y posiblemente incrementar los requerimientos diarios de vitamina E. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia** **Embarazo** Vitamina A: la vitamina A provoca defectos natales si se administra durante el embarazo. Tanto grandes dosis de vitamina A como deficiencia grave de la misma, se consideran dañinos para el feto. Las dosis de vitamina A que excedan de las dosis diarias recomendadas (2.500 UI/día, en U.S.) se deben evitar en mujeres embarazadas o susceptibles de quedarse embarazadas. Informes aislados de malformaciones fetales en humanos (ej. defectos de la cresta neural craneal) tras la ingestión por la madre de dosis de vitamina A de 10.000 UI o más al día, durante o antes y durante la gestación, sugieren teratogenicidad. Otros informes aislados describen efectos teratogénicos tras el uso de cantidades superiores a 25.000 UI diarias durante el primer trimestre del embarazo. Se ha observado que existe riesgo de aborto espontáneo o malformaciones congénitas (anomalías fetales, retraso en el crecimiento y cierre prematuro de epifisis) en niños cuyas madres tomaron cantidades excesivas de vitamina A, durante o antes del embarazo. El riesgo de aborto espontáneo o malformaciones congénitas puede ser de hasta un 100 % en mujeres que tomen vitamina A en dosis terapéuticas en el 2º mes de gestación. Vitamina E: la vitamina E no ha demostrado ser teratogénica. Las necesidades dietéticas de vitamina E en mujeres embarazadas son las mismas que las recomendadas en mujeres adultas no embarazadas. Dosis por encima de las diarias recomendadas no se deben usar durante el embarazo. Auxina A+E cápsulas blandas está contraindicado durante el embarazo y en mujeres con posibilidad de quedarse embarazadas. **Lactancia** Vitamina A: se excreta en la leche materna en cantidades suficientes para el lactante si se administran dosis terapéuticas en mujeres en período de lactancia. Se desconoce el efecto en lactantes de la administración de grandes dosis de vitamina A en la madre. Vitamina E: no hay información disponible sobre la excreción de vitamina E en la leche materna. Auxina A+E cápsulas blandas está contraindicado durante la lactancia. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** La influencia de Auxina A+E cápsulas sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es insignificante, pero en caso de que alguna persona padeciese efectos adversos tales como alteraciones visuales o somnolencia, deberá abstenerse de conducir y utilizar máquinas peligrosas. **4.8 Reacciones adversas** Durante el período de utilización de las vitaminas que contiene este medicamento se han notificado las siguientes reacciones adversas cuya frecuencia en su administración por vía oral no se ha podido establecer con exactitud: **Clasificación de órganos del sistema:** - **Trastornos de la sangre y del sistema linfático** **Reacciones adversas:** Inflamación de ganglios linfáticos **Frecuencia:** Poco frecuentes - **Trastornos del sistema nervioso** **Reacciones adversas:** Dolor de cabeza **Frecuencia:** Poco frecuentes - **Trastornos oculares** **Reacciones adversas:** Nistagmos **Frecuencia:** Poco frecuentes - **Trastornos gastrointestinales** **Reacciones adversas:** Pérdida de apetito, náuseas, diarrea, malestar gástrico, espasmos intestinales **Frecuencia:** Poco frecuentes - **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo** **Reacciones adversas:** Dolor y debilidad muscular **Poco frecuentes** **Frecuencia:** Poco frecuentes - **Trastornos generales** **Reacciones adversas:** Fatiga - **Trastornos psiquiátricos** **Reacciones adversas:** Alteraciones emocionales, irritabilidad **Frecuencia:** Poco frecuentes Los efectos adversos asociados al uso prolongado de vitamina A son más probables en caso de enfermedad renal o hepática, bajo peso corporal, malnutrición proteica, hiperlipoproteinemia, consumo excesivo de alcohol o déficit de vitamina C. Con la toma de las vitaminas que contiene este medicamento se podrían producir además los siguientes, efectos adversos cuya frecuencia en su administración por vía oral no se ha podido establecer con exactitud: - **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** con la administración prolongada de vitamina A se podrían producir trastornos de la coagulación como hipoprotrombinemia. - **Trastornos del sistema nervioso:** con el uso crónico de vitamina A podrían producirse insomnio y somnolencia. - **Trastornos oculares:** diplopía podría ser un signo de hipervitaminosis A. - **Trastornos gastrointestinales:** con el uso prolongado de vitamina A se puede producir gingivitis. - **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** con la administración durante largo tiempo de dosis excesivas de vitamina A se pueden producir reacciones que incluyen: querititis, dermatitis facial y sequedad de mucosas; y con menos frecuencia: sequedad y afinamiento del pelo, alopecia en el cuerpo, prurito, fragilidad de la piel; también con dosis excesivas de vitamina A, reacciones de fotosensibilidad y cambios en el color de la piel. - **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:** con el uso excesivo de vitamina A: osteoporosis, osteosclerosis, con calcificación ectópica de tendones, músculos, ligamentos y tejido subcutáneo; con el uso prolongado también: dolor de huesos o articulaciones y músculos, cambios radiográficos en huesos. - **Trastornos hepatobiliares:** con uso durante largo tiempo de vitamina A puede aparecer toxicidad hepática; los síntomas de hepatotoxicidad incluyen hepatomegalia, esplenomegalia, hemangioma aracniforme, eritrosis, ascitis e ictericia; test anormales de laboratorio que incluyen fosfatasa alcalina y bilirrubina elevadas y los niveles séricos de transaminasas pueden mostrar elevaciones moderadas. El consumo crónico de vitamina A puede causar daño hepático crónico. - **Trastornos psiquiátricos:** depresión y psicosis se asocian con uso durante largo tiempo de vitamina A. En caso de observar la aparición de reacciones adversas, se deben notificar a los sistemas de Farmacovigilancia y, si fuera necesario, suspender el tratamiento. **4.9 Sobredosis** La sobredosis de vitaminas liposolubles (vitamina A y vitamina E) puede dar lugar a toxicidad. **Síntomas de toxicidad por Vitamina A** **Sobredosis aguda** La toxicidad por una dosis grande de vitamina A es más común en niños que en adultos y suelen causarse por suplementación con megadosis en este grupo de edad. Pocas horas después de la administración de una dosis elevada de vitamina A se pueden producir los siguientes síntomas: irritabilidad, somnolencia, convulsiones, dolor de cabeza, pseudotumor cerebral (aumento de la presión intracraneal con fontanelas abultadas en niños pequeños) que habitualmente se presenta con un comienzo abrupto de dolor de cabeza, náuseas, vómitos, diarrea, diplopía, papiledema simétrico, exoftalmos y trastornos visuales; insomnio, vértigo, delirio, coma. Unos días después se produce eritema y descamación generalizada de la piel, que pueden persistir varias semanas. También pueden aparecer encías sangrantes o dolor de boca, confusión. **Sobredosis crónica** Como la vitamina A se almacena en el organismo, altas dosis pueden dar lugar a un síndrome denominado hipervitaminosis A. La cantidad de vitamina A necesaria para producir hipervitaminosis varía considerablemente entre los individuos. Los pacientes que reciben más de 25.000 unidades de vitamina A diaria deben ser estrechamente supervisados. El riesgo de toxicidad puede aumentar en caso de enfermedad renal o hepática, bajo peso corporal, malnutrición proteica, hiperlipoproteinemia, consumo de alcohol o deficiencia de vitamina C. Entre las primeras manifestaciones de hipervitaminosis A se incluyen: fatiga, malestar, letargo, irritabilidad, alteraciones psiquiátricas como cambios parecidos a depresión grave o trastorno esquizofrénico, anorexia, malestar abdominal, náuseas y vómitos, fiebre leve y sudoración excesiva. Los niños pueden dejar de aumentar de peso de forma normal y los adultos pueden perder peso; crecimiento lento, eritema, dolor de huesos largos o articulaciones, mialgia, hipercalemia e hipercalcemia. Los cambios dérmicos están frecuentemente entre los primeros signos de hipervitaminosis A, como las siguientes reacciones: alopecia, dermatitis, eccema, eritema, cambios en la coloración de la piel, sequedad y afinamiento del pelo, sequedad de mucosas, prurito, fragilidad cutánea, querititis e hiperqueratosis (hiperpigmentación con manchas de color amarillo-naranja), descamación masiva, prurito, uñas quebradas. Signos y síntomas del SNC incluyen: aumento de la presión intracraneal, fontanelas abultadas en niños, dolor de cabeza, edema de papila, exoftalmos, vértigo y alteraciones visuales. Pueden también producirse flujo vascular anormal en el hígado, dando lugar a hipertensión portal no cirrótica y disfunción hepatocelular; cirrosis, fibrosis hepática; los síntomas de hepatotoxicidad incluyen: hepatomegalia, esplenomegalia, hemangioma aracniforme, eritrosis palmar, ascitis e ictericia; test anormales de laboratorio incluyen: elevación de fosfatasa alcalina y bilirrubina; los niveles séricos de transaminasas pueden mostrar elevación moderada. El consumo crónico de vitamina A puede causar daño hepático crónico. Puede aparecer disnea causada por derrame pleural secundario a hipertensión portal, que se ha observado en caso de hepatotoxicidad causada por vitamina A. Otros síntomas son: hipomenorrea, alteraciones de la micción, anemia, leucopenia, leucocitosis y trombocitopenia; osteoporosis y osteosclerosis (con calcificación ectópica de tendones, músculos, ligamentos y tejido subcutáneo). La hipervitaminosis A es reversible, normalmente los síntomas remiten a los pocos días de interrumpirse en tratamiento. **Síntomas de toxicidad por Vitamina E** La vitamina E en dosis excesivas (en general excediendo de 300 UI al día) han causado raramente náuseas, diarrea, calambres intestinales, fatiga, trastornos emocionales, debilidad, tromboflebitis, dolor de cabeza, visión borrosa, rash, disfunción gonadal, dolor de senos, creatinuria, incremento sérico de creatinina (CK, creatina fosfoquinasa, CPK), incremento sérico de colesterol y triglicéridos, incremento urinario de estrógenos y andrógenos, y reducción sérica de tiroxina y triyodotironina. En pacientes predispuestos o expuestos a padecer tromboflebitis, la vitamina E en dosis elevadas aumenta el riesgo de padecer esta enfermedad. Dosis altas de vitamina E podrían exacerbar defectos de coagulación en individuos con deficiencia de vitamina K o que estén en tratamiento con anticoagulantes. Estos efectos generalmente desaparecen tras la interrupción de la administración. El uso durante períodos prolongados de tiempo de grandes dosis de tocoferol (en general mayores de 800 UI/día) se ha asociado con un aumento de la tendencia al sangrado en pacientes deficientes en vitamina K. El uso excesivo de vitamina E puede antagonizar la función de la vitamina K e inhibir la producción de protrombina. **Tratamiento de sobredosis** En caso de sobredosis se deberá interrumpir el tratamiento con estos medicamentos y se procederá a la instauración de tratamiento sintomático. Los síntomas empezarán a mejorar a los pocos días, pero la recuperación completa puede no producirse hasta varias semanas o meses después. **5 DATOS FARMACÉUTICOS 5.1 Lista de excipientes** Aceite de oliva, gelatina, glicerol (E-422), agua purificada, parahidroxibenzoato de metilo (sal de sodio), parahidroxibenzoato de propilo (sal de sodio) y amarillo anaranjado S (E-110). **5.2 Incompatibilidades** No procede. **5.3 Período de validez** 3 años. **5.4 Precauciones especiales de conservación.** Conservar en el embalaje original para protegerlo de la luz. **5.5 Naturaleza y contenido del envase** Envase con 20 ó 30 cápsulas blandas, acondicionadas en blister de aluminio revestido con PVC y estratificado de PVC/PVC 350 µm. **5.6 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. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** CHIESI ESPAÑA S.A.U. Plaça d'Europa, 41-43, Planta 10 08908 L'Hospitalet de Llobregat Barcelona (España) **7. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Número de Registro: 8.399 8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN Fecha de la primera autorización: 01 Mayo 1946 Fecha de la última renovación: 01 Mayo 2005. **9. FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO.** Febrero/2012. **10. RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Medicamento no sujeto a prescripción médica. No financiado por el Sistema Nacional de Salud. Auxina A+E cápsulas blandas: envases con 20 cápsulas de gelatina blanca. PVP-IVA: 6,29€ Auxina A+E cápsulas blandas: envases con 30 cápsulas de gelatina blanca. PVP-IVA: 8,49€. FT-03-MKT.



entidad de
utilidad pública 
feder
FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES RARAS

Hablan los pacientes

Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER)

La FEDER nace en 1999, y a lo largo de estos más de 19 años de trabajo las asociaciones que aúnan esfuerzos han pasado de 7 a 339. Juntas, representan más de 1.080 patologías diferentes y a más de 95.300 personas.

A pesar de la deslocalización que caracteriza a las enfermedades poco frecuentes, han conseguido tener presencia en toda la geografía española, adquiriendo representación en las 17 comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla gracias al trabajo que llevan a cabo en sus sedes físicas y a los coordinadores de zona.

Texto: Silvia Estebarán



Las enfermedades raras en cifras

Una enfermedad es considerada rara cuando afecta a un número limitado de la población total, en concreto a menos de 1 por cada 2.000 ciudadanos, lo que supone que entre el 6 y el 8% de la población mundial convive con alguna de ellas. En España, se estima que 3 millones de personas hacen frente cada día a alguna de estas enfermedades.



Juan Carrión,
presidente de la FEDER

Son patologías que pueden aparecer en cualquier momento de la vida, que suman alrededor de 7.000 trastornos y presentan una amplia diversidad de síntomas que varían no sólo de enfermedad a enfermedad, sino también dentro de un mismo tipo, de forma que una condición puede tener manifestaciones clínicas muy diferentes de una persona a otra. Todo ello supone que las enfermedades

raras conlleven una problemática asociada al desconocimiento, a la dificultad de acceso a la información y a la localización de los profesionales o centros especializados. La comunidad de familias representadas es plenamente consciente de las dificultades asociadas a las enfermedades raras, pero han sabido hacerlas visibles y actuar de forma transformadora en las decisiones que les afectan.

Su mejor valor es la unión, por eso también han extrapolado su acción a escala internacional trabajando en tres niveles: en Europa, junto a la Organización Europea de Enfermedades Raras (EURORDIS); en Iberoamérica, de la mano de la Alianza Iberoamericana de Enfermedades Raras (ALIBER), y a escala global con la Red Internacional de Enfermedades Raras (RDI).

Objetivo

Desde el ámbito asociativo, el objetivo de la FEDER es dotar de ayudas a las asociaciones y fortalecerlas, empoderarlas y profesionalizarlas para que, de manera conjunta, consigan todo lo que es común a las enfermedades poco frecuentes, de modo que también de forma individual puedan dar respuesta a las patologías que representan.

Fruto de este compromiso han puesto en marcha convocatorias de ayudas a sus entidades que, sólo en el último año, han permitido gestionar 428.550 euros.

Junto a las personas y asociaciones, se trabaja también de manera directa con la sociedad. Se ha pasado de realizar propuestas a formar parte también de las soluciones. La evolución ha fomentado que desde la FEDER se pase de ser impulsor de reivindicaciones concretas a formar parte de Comités y Grupos de Trabajo consultores, donde se toman las decisiones de las políticas que afectan a las familias.

Papel del farmacéutico comunitario



Desde el movimiento de pacientes se es consciente de la importancia de un profesional informado como puente hacia una sociedad más concienciada. Precisamente por eso también trabajan en coordinación con los agentes sanitarios, para mejorar el proceso asistencial y el bienestar de los pacientes.

Este año 2018 se ha suscrito un convenio de colaboración que renueva el compromiso que une a la FEDER con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, con la intención de mejorar y facilitar el conocimiento de los farmacéuticos y de los ciudadanos sobre las enfermedades raras y los medicamentos huérfanos.

Fruto de este convenio, ambas instituciones han promovido iniciativas de carácter profesional y han colaborado en la realización de informes sobre el estado de la situación de acceso a medicamentos huérfanos, y en la elaboración de infografías informativas que se han distribuido a través de la red de farmacias.

De forma paralela, se han impulsado acciones formativas con colegios profesionales farmacéuticos autonómicos, con el objetivo de formar sobre estas enfermedades poco frecuentes a los farmacéuticos de cada rincón de la Península, ya que precisamente el farmacéutico es, para muchas personas, la puerta de acceso a la salud.

Se trata de un trabajo que viene motivado por un movimiento de pacientes cada vez más fuerte, en el que todos unidos caminamos en la misma dirección. Las personas con enfermedades poco frecuentes precisan de respuestas urgentes ante sus necesidades, y en la FEDER son conscientes de que estas respuestas pasan por el impulso de la investigación y el establecimiento de vías de coordinación.

Ayuda a más de 100.000 personas cada año

Desde 2010, la FEDER es una entidad Declarada de Utilidad Pública gracias a los proyectos y servicios que impulsa, y que se dividen en tres ejes de acción: personas, movimiento asociativo y sociedad.

En concreto, desde la atención directa, la FEDER dispone de un Servicio de Información y Orientación (que actualmente es la única Línea de Atención Integral en Enfermedades Raras) para brindar conocimiento a personas que

conviven con estas patologías o que, con sospecha de ello, aún no tienen un diagnóstico.

En su recorrido, desde 2003 la FEDER ha dado respuesta a 36.166 personas, brindando conocimiento especializado, poniendo en común a pacientes con asociaciones de referencia, creando redes de pacientes, generando información y formando a los profesionales sociosanitarios. Este servicio está disponible para cualquier persona a través del teléfono 918 221 725 o en sio@enfermedades-raras.org.

Financiación

Todo ello ha hecho posible que se pueda ayudar a una media de 100.000 personas cada año. Para lograrlo, la FEDER se financia a través de subvenciones nacionales y autonómicas, aunque debido a la coyuntura económica de los últimos años esta financiación se ha visto reducida. También se ha potenciado en los últimos años la financiación privada a través del establecimiento de sinergias con entidades solidarias y del desarrollo de campañas de captación de recursos dirigidas a la sociedad en general.

Los problemas más urgentes: el diagnóstico y el tratamiento

En la actualidad, la máxima prioridad de la FEDER es el fomento de la investigación, porque promoviendo la investigación se aumenta la capacidad del sistema de dar respuesta a las necesidades más urgentes: la prevención, el diagnóstico y el tratamiento.

Una petición que se realiza bajo un contexto donde casi el 50% de las personas con enfermedades raras en nuestro país ha sufrido un retraso en el diagnóstico, siendo este retraso superior a 10 años en un 20%. Para un porcentaje similar, el diagnóstico se ha demorado entre 4 y 9 años.

Así se desprende del primer avance de resultados de la actualización del Estudio de Necesidades Sociosanitarias de las Personas con Enfermedades Raras y sus Familias (Estudio ENSERIO), desarrollado por la FEDER y el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras (CREER), cuyos resultados se presentaron en el mes de junio. En el mismo, también se informa de que el 47% de las personas con enfermedades raras no tienen tratamiento o, si lo tienen, lo consideran inadecuado. ●

Contacta con... FEDER

- Calle del Dr. Castelo, 49 (28009 Madrid)
- Teléfono: 915 334 008
- web: <https://enfermedades-raras.org/index.php>
- Twitter: @FEDER_ONG
- Facebook: Federación Española de Enfermedades Raras
- Servicio de Información y Orientación: sio@enfermedades-raras.org

frikton

PREVIENE LA CAÍDA DEL CABELLO



LABORATORIO Q. B. PELAYO



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

Atención farmacéutica

TEMA 12

Incontinencia urinaria en el anciano

Esther Ganado, Itxaso Garay y Lorena Vega

Farmacéuticas comunitarias, miembros del Grupo Serantes del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia (COFBI)

Atención al anciano frágil (dependiente)

1	Características generales del envejecimiento y las personas mayores
2	Nutrición en personas mayores
3	Farmacoterapia en personas mayores
4	Demencia y deterioro cognitivo en el anciano
5	Diabetes mellitus en el anciano
6	Insomnio
7	Enfermedad de Parkinson
8	Dislipemias en ancianos
9	Depresión
10	Osteoporosis en el anciano frágil
11	Hipertensión en personas mayores
12	Incontinencia urinaria en el anciano
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

Introducción

La incontinencia urinaria (IU) o pérdida involuntaria de orina es el trastorno más común relacionado con el tracto urinario inferior, sobre todo en personas mayores de 65 años, aunque no es un fenómeno normal del envejecimiento.

Para que las personas mayores consigan mantener una buena continencia es necesario que se cumplan una serie de requisitos:

- Correcto funcionamiento del aparato urinario y de su regulación por el sistema nervioso.
- Almacenamiento adecuado de la orina en el tracto urinario inferior.
- Vaciamiento idóneo de la vejiga.
- Capacidad cognitiva para percibir el deseo de orinar.
- Habilidad y movilidad para llegar al cuarto de baño.
- Motivación para ser continente.

Por otra parte, es importante la eliminación de barreras en el entorno que impidan o dificulten el acceso al aseo.

La incontinencia es una causa importante de incapacidad física y psicosocial que afecta considerablemente a la calidad de vida de la persona que la padece. Existe un alto porcentaje de pacientes infradiagnosticados (la mayoría de las per-



Tabla 1. Características de los tipos de incontinencia urinaria (IU) en ancianos

Tipos	Descripción	Problema de movilidad y/o mental	Urgencia de micción
IU de esfuerzo	<ul style="list-style-type: none"> Pequeño volumen de pérdida por toser, reír, estornudar... 	No	No (variable)
IU de urgencia	<ul style="list-style-type: none"> Mayor volumen de orina Periodo corto de tiempo entre la urgencia y la pérdida de orina 	No	Sí
IU funcional	<ul style="list-style-type: none"> Limitación de la movilidad o demencia de moderada a grave Barreras (p. ej., barandillas) 	Sí	No
IU por rebosamiento	<ul style="list-style-type: none"> Goteo constante Frecuencia y urgencia 	No	No (variable)

sonas no consultan por vergüenza o porque creen que es normal en la vejez). Es importante tener en cuenta que la IU no es una enfermedad como tal, sino un síntoma derivado de otra patología del sistema nervioso o urinario. En algunos casos, eliminando la causa se puede llegar a acabar con el problema o al menos controlarlo, mejorando así la calidad de vida del paciente.

Tipos de incontinencia urinaria (tabla 1)

La IU puede clasificarse en función del tipo de pérdida de orina.

IU de esfuerzo

Se produce por un aumento de la presión intraabdominal debido a un esfuerzo físico como toser, reír, estornudar o cargar peso. El origen de esta incontinencia está en una disfunción del esfínter uretral y en una hipermovilidad uretral. Al producirse un aumento de la presión abdominal tras un esfuerzo, el esfínter uretral se abre sin que haya contracción del músculo detrusor. En estos casos, el volumen perdido es bajo o moderado.

Es el segundo tipo de incontinencia más común en las mujeres, y se debe en gran parte a problemas originados en el parto y al desarrollo de uretritis atrófica. También pueden padecerla los hombres después de una prostatectomía radical.

IU de urgencia

Surge tras la aparición repentina de ganas de orinar en ese mismo momento o inmediatamente después. La can-

tidad de volumen perdido es de moderada a grave.

Se produce cuando la vejiga se contrae de forma descontrolada como consecuencia de la hiperactividad del músculo detrusor.

Es la más común en pacientes mayores de 75 años, sobre todo en los hombres.

El uso de diuréticos puede influir en la pérdida de orina, así como en el hecho de no poder llegar a tiempo al baño.

IU por rebosamiento

Es una pérdida pequeña pero continua. Se debe a un vaciado incompleto de la vejiga. Se produce porque existe una obstrucción funcional o mecánica a la salida de la orina (aumentando así el volumen posmiccional y haciendo que la vejiga esté sobredistendida) o por una parálisis vesical.

Es el segundo tipo de incontinencia más frecuente en los hombres.

IU funcional

Se debe a alteraciones físicas o cognitivas (accidentes cerebrovasculares, demencias...) o a barreras del entorno. Es decir, no existe una alteración estructural responsable de la incontinencia. La función fisiológica y anatómica del sistema urinario es normal.

También pueden darse combinaciones de la de esfuerzo con la funcional.

Etiología

Entre los distintos factores de riesgo que predisponen a padecer IU, destacan los siguientes:

- **Embarazo y parto.** En el embarazo, el peso del bebé aumenta la presión abdominal, lo que contribuye al debilitamiento del suelo pélvico. Además, durante el parto los músculos y ligamentos también se distienden.
- **Obesidad.** Se produce un aumento de la presión abdominal, y por ello una sobrecarga del suelo pélvico.
- **Enfermedades neurológicas.** Demencia vascular, ictus, enfermedad de Parkinson... Las lesiones cerebrales provocan pérdida del control muscular de la vejiga, por lo que aumenta el número de contracciones voluntarias, es decir, se produce hiperactividad del detrusor.
- **Deterioro cognitivo.** Se pierde el control voluntario de la micción y la capacidad para interpretar el momento en que se tiene que orinar.
- **Obstrucción física.** La presencia de tumores o hipertrofia prostática dificulta la salida del flujo urinario.
- **Déficit estrogénico.** El descenso de los niveles de estrógenos durante la menopausia provoca atrofia del epitelio vaginal, uretral y vesical, con la consecuente irritación para el tracto urinario inferior y disminución del tono muscular perineal.
- **Edad.** Con la edad se producen algunos cambios fisiológicos, como atrofia celular, degeneración nerviosa, reducción del tono del músculo liso y pérdida de la capacidad de concentración renal, entre otros.
- **Tabaquismo.** Aumenta el riesgo de daño en los esfínteres debido a la tos crónica asociada, además de producir irritación vesical.

Tabla 2. Fármacos que pueden influir en la incontinencia (yatrogenia)

Fármacos	Mecanismo de acción
Hipnóticos y ansiolíticos	Relajación del esfínter estriado
Diuréticos (furosemida, tiazidas)	Poliuria
Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina	Tos y pérdidas de orina en IU de esfuerzo
Antidepresivos (sobre todo tricíclicos)	Acción anticolinérgica relajando el músculo detrusor y aumentando el tono del esfínter interno de la orina
Antipsicóticos	Delirio y dificultad en la movilidad
Antiparkinsonianos	Acción anticolinérgica con retención de orina
Bloqueantes de los canales del calcio	Relajación del detrusor
Alfa antagonistas (efedrina...)	Aumento del tono del esfínter interno
Opiáceos	Relajación del detrusor
Antihistamínicos	Efecto anticolinérgico
Antiespasmódicos (baclofeno...)	Relajación del esfínter externo

- **Infecciones urinarias de repetición.** Producen irritación frecuente de la vía urinaria.
- **Estreñimiento.** El contenido intestinal presiona sobre el cuello de la vejiga y la uretra.
- **Diabetes.** La hiperglucemia aumenta la frecuencia de la micción, y las lesiones nerviosas debidas a la propia enfermedad dificultan el control urinario.
- **Yatrogenia.** Algunos fármacos pueden influir en la incontinencia, aunque pocas veces son los únicos responsables. Los más importantes se detallan en la tabla 2.

Incontinencia urinaria asociada al envejecimiento

El envejecimiento fisiológico conlleva cambios en distintas estructuras del organismo que controlan la micción, como el aparato urinario inferior, la próstata, la vagina y el sistema nervioso central.

Con la edad, la capacidad de la vejiga para mantener la orina en su interior se va reduciendo y la fuerza del músculo detrusor también es algo menor. A partir de los 50-55 años, en los varones la próstata aumenta de tamaño, y en la gran mayoría de los casos esto influye

sobre la micción. En las mujeres (a partir también de esa edad), la disminución de los niveles hormonales asociada a la menopausia influye tanto sobre el aparato genital como sobre el urinario, condicionando una menor resistencia del suelo pélvico.

Además de los cambios fisiológicos del envejecimiento, también van a influir de una forma notable en el control de la orina ciertos problemas neurológicos (demencia, ictus, enfermedad de Parkinson...) y otras patologías (diabetes, insuficiencia cardiaca, artrosis, estreñimiento...), y por tanto también tendrá cierta incidencia el deterioro funcional asociado a estas enfermedades, que genera un grado variable de inmovilidad y/o un deterioro cognitivo que puede limitar más el control de la micción.

Por otro lado, los ancianos suelen ser pacientes polimedificados, por lo que es más probable que utilicen algunos de los medicamentos que pueden influir de forma negativa en la incontinencia.

Epidemiología

La IU es el trastorno más común del tracto urinario inferior en las personas mayores de 65 años.

Según datos del Observatorio Nacional de la Incontinencia, la prevalencia global estimada en el hombre es del 7%, alcanzando en mayores de 65 años entre el 14 y el 29%, y hasta el 50% en ancianos mayores de 85 años institucionalizados. En la mujer, la prevalencia es dos veces mayor que en el hombre: afecta al 20% de las mujeres que tienen alrededor de 20 años, un porcentaje que aumenta hasta el 30-40% en torno a los 50 años, para estabilizarse en un 70% a los 70 años. Como puede observarse, las diferencias entre hombre y mujer son mayores a edades tempranas, tendiendo a igualarse en la población anciana.

La repercusión de este trastorno en la calidad de vida de los pacientes depende del tipo, de la frecuencia y de la severidad de la IU. Desde un punto de vista psicológico, reduce la autoestima y genera inseguridad. En cuanto a las repercusiones sociales, las personas afectadas suelen aislarse cada vez más por vergüenza a que se produzcan pérdidas de orina en lugares públicos, lo que da lugar a cambios en sus actividades de ocio y a una disminución de sus relaciones.

Diagnóstico Historia clínica

Es importante recoger la siguiente información:

- Antecedentes y factores de riesgo: embarazo, medicación, cirugías...
- Forma de presentación de los síntomas urinarios: intensidad y frecuencia de las pérdidas, factores que los agravan, nicturia... La forma en que se presentan las pérdidas puede ser de ayuda para su correcta clasificación (tabla 3).
- Antecedentes prostáticos.
- Alteraciones del ritmo intestinal.
- Hábitos de vida.
- Enfermedades concomitantes.
- Estado mental.

En la tabla 3 se muestran también algunas de las preguntas que pueden ayudar a la clasificación de la incontinencia.

Test del empapador (PAD TEST)

Sirve para cuantificar las pérdidas de orina. Para ello, se mide la diferencia de peso de la compresa antes y después de su uso. Existen tests cortos, de una hora de duración, y test largos, de 24 y 48 horas.

Otras pruebas

Si los resultados obtenidos en las pruebas anteriores y los cuestionarios no son suficientes, se pueden realizar otras pruebas específicas:

- **Técnicas de imagen:** ecografía, tomografía axial computarizada, cistografía y resonancia magnética nuclear.
- **Uretrocistoscopia:** es una endoscopia para ver el interior de la vejiga y la uretra.
- **Estudio urodinámico:** con esta técnica se estudia la micción en todas sus fases (llenado y vaciado). No es una exploración rutinaria, y sólo se indica en caso de IU complejas que no encajan en ninguna clasificación, si no se produce mejoría tras cirugía o para valorar la obstrucción uretral.

Tratamiento de la IU

Tratamientos no farmacológicos

Las terapias educativas y conductuales son especialmente válidas en la población anciana. En muchas ocasiones, mejorar ciertos hábitos diarios puede controlar o incluso resolver la incontinencia.

Recomendaciones higiénico-dietéticas

Las siguientes medidas higiénico-dietéticas pueden minimizar la sensación de inseguridad de las personas incontinentes y aumentar su calidad de vida de forma notable.

- Ingerir 1,5-2 L de líquidos y distribuir el horario de las tomas. Beber más durante la mañana.
- Limitar la toma de alcohol, café, té y bebidas gaseosas.
- Reducir el consumo de alimentos con efecto diurético: calabaza, melón, sandía, espárragos, alcachofa, apio, melocotón, coliflor...
- Aumentar el consumo de fibra y evitar el estreñimiento.

- Adelantar el horario de la cena a las 6 o 7 de la tarde y acostarse con la vejiga vacía.
- Vigilar los niveles de glucosa.
- Evitar la obesidad.
- Abandonar el consumo de tabaco.
- Orinar cada 2-3 horas.
- Salir de casa con la vejiga vacía y moderar la ingesta excesiva de líquidos.
- Utilizar ropa cómoda para facilitar la micción en condiciones de urgencia.
- Controlar las infecciones urinarias de repetición.
- Mantener una correcta higiene e hidratación de la piel, para frenar las maceraciones, heridas y rozaduras.

Entrenamiento vesical

El objetivo final de esta medida es recuperar el control sobre la micción, aumentando la frecuencia de las evacuaciones voluntarias. Se emplea fundamentalmente en los casos de incontinencia de urgencia.

Consiste en educar al paciente para que orine en periodos establecidos (cada 2-3 horas). Es aconsejable llevar un diario miccional para instaurar la mejor pauta de vaciamiento de la vejiga y, gradualmente, alargar el tiempo de acudir al baño de forma progresiva cada 30 minutos. Con el tiempo, podrá prolongarse hasta las 3-4 horas.

En el caso de personas con deterioro cognitivo, se recomienda preguntarles cada 2 horas si desean orinar o si se encuentran mojadas. El diario miccional también puede ayudar al cuidador a conocer cuándo es necesario cambiar los absorbentes.

Medidas para fortalecer el suelo pélvico

Son programas orientados a fortalecer la musculatura pélvica, especialmente el complejo pubococcigeo y el elevador del ano. En general, son de utilidad en la IU de urgencia y de esfuerzo.

- **Ejercicios de Kegel.** Programa de ejercicios cuya finalidad es fortalecer los músculos del cierre de la uretra. Se trata de contraer la musculatura de forma intensa aproximadamente

15 veces y durante 10 segundos, 3 veces al día. La recomendación es realizar los ejercicios 3-4 veces por semana y durante 20 semanas. Han demostrado gran eficacia en mujeres, mejorando el control de la musculatura en un 50-70%.

- **Terapia física-biofeedback.** Se trata de sondas vaginales o rectales que monitorizan las contracciones que va realizando el paciente, para que pueda ver si las ejecuta de forma correcta. Requiere personal cualificado y un alto grado de colaboración por parte del paciente.
- **Estimulación eléctrica (neuromodulación).** Versión automatizada de los ejercicios de Kegel. Se estimulan los nervios de la vejiga de forma eléctrica mediante electrodos. No ha demostrado mayor eficacia que los ejercicios de Kegel tradicionales.
- **Conos vaginales y pesarios.** Son dispositivos que se introducen en la vagina y que deben mantenerse en su interior mediante la contracción de la musculatura pélvica. No sustituyen a los ejercicios de Kegel, sino que ayudan a realizarlos de forma correcta. Son de gran utilidad en el prolapso pélvico.

Tratamientos farmacológicos

El objetivo terapéutico es que la vejiga pueda distenderse durante el llenado y que logre una buena capacidad. La eficacia del tratamiento se determina por la disminución de los síntomas de urgencia y por la reducción del número de episodios de pérdidas de orina y el volumen de las mismas.

Anticolinérgicos

Constituyen el tratamiento de elección en la vejiga hiperactiva y la IU de urgencia. Disminuyen las contracciones de la musculatura lisa, bloqueando los receptores de la acetilcolina. Esto implica una inhibición de las contracciones involuntarias del músculo detrusor, aumentando la capacidad vesical y reduciendo la sensación de urgencia urinaria. Sin embargo, estos fármacos no bloquean selectivamente los recep-

Tabla 4. Principales características de los anticolinérgicos

Principio activo	Dosis	Interacciones	Reacciones adversas	Contraindicaciones
Fesoterodina	4-8 mg/24 h	<ul style="list-style-type: none"> • Antihistamínicos • Antipsicóticos • Antiparkinsonianos • Antidepresivos • Antifúngicos • Macrólidos • Antagonistas del calcio • Carbamazepina • Fenitoína • Fenobarbital • Rifampicina • Hipérico • Alcohol • Domperidona • Metoclopramida 	<ul style="list-style-type: none"> • Sequedad de boca • Estreñimiento • Náuseas, vómitos • Sofocos • Palpitaciones • Mareo, confusión, alucinaciones, desorientación • Angioedema • Visión borrosa • Fotofobia • Cefalea • Retención urinaria • Sequedad ocular • Sequedad de piel 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos graves de la motilidad gastrointestinal (colitis ulcerosa, atonía intestinal, megacolon tóxico) • Glaucoma de ángulo cerrado • Miastenia grave • Insuficiencia renal grave • Insuficiencia hepática grave
Solifenacina	5-10 mg/24 h			
Tolterodina	2 mg/12 h o 4 mg/24 h			
Oxibutinina	<ul style="list-style-type: none"> • Vía oral: 5 mg/8 h (15 mg/24 h, enuresis) • Vía transdérmica: 1 parche/3-4 días 			
Flavoxato	200 mg/6-8 h			
Cloruro de trospio	20 mg/12 h			

Tabla 5. Mirabegrón

Principio activo	Dosis	Interacciones	Reacciones adversas	Contraindicaciones
Mirabegrón	50 mg/24 h	<ul style="list-style-type: none"> • Antiarrítmicos • Antidepresivos tricíclicos • Digoxina • Dabigatrán • Metoprolol 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispepsia • Gastritis • Estreñimiento • Náuseas • Aumento de transaminasas • Taquicardia, palpitaciones • Crisis hipertensiva • Infecciones del tracto urinario • Retención urinaria • Vasculitis, púrpura 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial grave • Insuficiencia renal grave • Insuficiencia hepática grave

tores colinérgicos de las vías urinarias, por lo que son frecuentes los efectos adversos relacionados con su administración. Los pacientes ancianos son más sensibles a estos efectos anticolinérgicos, por lo que se recomienda comenzar el tratamiento con dosis bajas e ir aumentándolas progresivamente.

La mejoría de los síntomas no es inmediata, pudiendo tardar 4 semanas en aparecer. En la tabla 4 se describen las principales características de los anticolinérgicos.

Mirabegrón (tabla 5)

Es un agonista beta-3 adrenérgico con acción selectiva sobre los receptores del músculo liso vesical. Se utiliza en el tratamiento de la vejiga hiperactiva con urgencia miccional y/o incontinencia urinaria.

Representa una alternativa para los pacientes con respuesta baja a los an-

ticolinérgicos o con intolerancia a los mismos, aunque su eficacia clínica es muy similar.

Desmopresina (tabla 6)

Es un análogo de la vasopresina con un potente efecto antidiurético, por lo que reduce la producción de orina por la noche. A pesar de que no son frecuentes los efectos adversos, los pacientes ancianos pueden sufrir hiponatremia e intoxicación por agua.

Otros medicamentos

Existen distintos grupos terapéuticos que se emplean en el tratamiento de la IU, a pesar de que dicha indicación terapéutica no está aprobada en España.

Bloqueantes alfa-adrenérgicos

Bloquean los receptores alfa-1-adrenérgicos de la musculatura lisa de las vías urinarias (esfínter interno vesical,

uretra prostática y proximal), disminuyendo el volumen residual posmicción y las pérdidas de orina. También incrementan la velocidad del flujo urinario y facilitan el vaciado vesical en la incontinencia por rebosamiento, tanto en la obstrucción funcional como en la hipertrofia prostática benigna. Asimismo, son de utilidad en la vejiga incompetente por problemas neurológicos.

Los efectos terapéuticos pueden aparecer después de varias semanas de tratamiento.

- Antihipertensivos del grupo terapéutico CO2CA (tabla 7): antagonistas alfa-1-adrenérgicos de los músculos de la uretra y la próstata con indicación terapéutica de antihipertensivos.
- Antagonistas alfa-adrenérgicos del grupo terapéutico G04C (tabla 8): bloqueantes alfa-1-adrenérgicos cu-

Tabla 6. Desmopresina

Principio activo	Dosis	Interacciones	Reacciones adversas	Contraindicaciones
Desmopresina	Vía oral: <ul style="list-style-type: none"> • 0,2-10,4 mg/24 h (comprimidos) • 120-240 µg/24 h (<i>flash</i>) • 180-360 µg/24 h (solución oral) Vía nasal: <ul style="list-style-type: none"> • 10-20 µg/24 h 	<ul style="list-style-type: none"> • Indometacina • Antidepresivos tricíclicos • Glibenclamida • Carbamazepina • Clorpromazina 	<ul style="list-style-type: none"> • Conjuntivitis • Náuseas, vómitos, gastralgia • Cefalea, edema cerebral • Astenia • Prurito, erupción exantemática • Fiebre • Hiponatremia • Hipertensión arterial • Por vía nasal: congestión, epistaxis, rinitis 	<ul style="list-style-type: none"> • Angina inestable • Insuficiencia renal • Insuficiencia cardíaca • Polidispepsia

Tabla 7. Antihipertensivos del grupo terapéutico CO2CA

Principio activo	Dosis	Interacciones	Reacciones adversas	Contraindicaciones
Doxazosina	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis inicial: 1 mg/24 h • Dosis de mantenimiento: 2-4 mg/24 h • Dosis máxima: 8 mg/24 h 	<ul style="list-style-type: none"> • Antihipertensivos • Inhibidores de la fosfodiesterasa (PDE5) • Vasodilatadores y nitratos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sequedad de boca • Estreñimiento • Náuseas, vómitos • Sofocos • Palpitaciones • Mareo, confusión, alucinaciones, desorientación • Angioedema • Visión borrosa • Fotofobia • Cefalea • Retención urinaria • Sequedad ocular • Sequedad de piel 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión ortostática • Insuficiencia hepática grave
Prazosina	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis inicial: 0,5 mg/12 h (3-7 días), ir aumentando la dosis según necesidad • Dosis máxima: 4 mg/24 h 			

ya indicación terapéutica es el tratamiento de los síntomas de la hipertrofia prostática benigna. Su uso se asocia al aumento del riesgo de caídas, fracturas óseas y traumatismos, probablemente por problemas de hipotensión ortostática.

Antidepresivos

Algunos antidepresivos también pueden utilizarse en el tratamiento de la incontinencia.

- **Imipramina.** Antidepresivo tricíclico con efecto anticolinérgico y que incrementa el tono del esfínter uretral. Es útil para la nicturia y en la incontinencia mixta, pero la experiencia de uso es limitada y la relación beneficio/riesgo no está bien establecida. Se administran 25 mg por la noche y en una sola toma, aunque puede incrementarse hasta 150 mg.

- **Duloxetina.** Es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina que aumenta el tono muscular del esfínter urinario. Tiene efecto relajante sobre el músculo detrusor, y podría ser de utilidad en las incontinencias mixtas. Se emplea en dosis de 20-40 mg/12 h. Su eficacia debería reevaluarse tras 4 semanas de tratamiento.

Estimulantes alfa-adrenérgicos

Aumentan la contracción del músculo liso de la uretra. Se utilizan para la incontinencia de esfuerzo, la pseudoefedrina a 30-60 mg/6 h y la efedrina a 50 mg/8 h. Sus efectos adversos incluyen insomnio, retención urinaria, cefalea, temblor y ansiedad. No se recomiendan en pacientes con hipertensión, glaucoma, hipertiroidismo o trastornos cardíacos.

Inhibidores de la síntesis de prostaglandinas

La distensión de la vejiga libera prostaglandinas que actúan contrayendo el músculo detrusor. Aunque pueden emplearse tanto indometacina (50-200 mg/24 h) como flurbiprofeno (50 mg/8 h), se dispone de escasa evidencia sobre su utilidad terapéutica.

Antagonistas de los canales del calcio

El calcio es el encargado de transmitir el impulso nervioso necesario para la contracción muscular, y por tanto también para la contracción del detrusor, por lo que los inhibidores de los canales del calcio pueden ser beneficiosos para pacientes con inestabilidad del músculo detrusor. La evidencia científica disponible al respecto es limitada.

Nifedipino, verapamilo y flunarizina pueden combinarse con los fármacos

Tabla 8. Antagonistas alfa-adrenérgicos del grupo terapéutico G04C

Principio activo	Dosis	Interacciones	Reacciones adversas	Contraindicaciones
Alfuzosina	• 10 mg/24 h	<ul style="list-style-type: none"> • Antihipertensivos • Inhibidores de la fosfodiesterasa (PDE5) • Vasodilatadores y nitratos • Antifúngicos • Macrólidos • Antihistamínicos • Carbamazepina • Fenobarbital • Fenitoína • Rifampicina • Antiarrítmicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sequedad de boca • Estreñimiento • Náuseas, vómitos • Sofocos • Palpitaciones • Síncope, vértigo • Angioedema • Visión borrosa • Disfunción eréctil • Cefalea • Retención urinaria • Dolor abdominal • Hepatotoxicidad • Taquicardia • Hipotensión ortostática • Somnolencia • Priapismo • Hematuria • Prurito, urticaria, erupción exantemática • Edema 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión ortostática • Insuficiencia renal grave • Insuficiencia hepática grave
Terazosina	<ul style="list-style-type: none"> • 1 mg/24 h • Dosis máxima: 10 mg/24 h 			
Silodosina	• 8 mg/24 h			
Tamsulosina	• 0,4 mg/24 h			

anticolinérgicos para aumentar su eficacia en la incontinencia.

Estrógenos

Durante la menopausia, los estrógenos dejan de ejercer influencia sobre el tracto urinario femenino. Su administración en mujeres por vía tópica está indicada en la IU de urgencia; por vía oral, en cambio, pueden empeorar la patología. Su utilidad en la incontinencia por esfuerzo es controvertida y existen pocos estudios clínicos al respecto.

Tratamiento paliativo

Como complemento del resto de tratamientos, o cuando éstos fracasan, es necesario el uso de productos sanitarios indicados en la IU. La satisfacción de los pacientes con este tipo de productos es generalmente baja.

- **Absorbentes.** Protectores que absorben y retienen la orina. Se emplean en incontinencia leve, moderada y grave, y su elección debe ser individualizada según las características del paciente. Existen diferentes capacidades de absorción y distintas formas. Son los más utilizados en la población anciana.

- **Sondas vesicales.** Son productos sanitarios que se introducen en la vejiga a través de la uretra. Pueden ser de diferentes materiales, calibres y longitudes. Indicados en la obstrucción del tracto urinario o en los casos de retención aguda de orina.

- **Colectores.** Son dispositivos de látex o silicona que se fijan a la base del pene y recogen la orina. Es importante elegir el tamaño adecuado.

- **Bolsas de recogida de orina.** Recipientes donde queda almacenada la orina procedente de la sonda vesical o el colector. Existen bolsas para pacientes encamados y para pacientes con movilidad.

- **Bolsas de urostomía.** Bolsas de recogida de orina que se utilizan en las derivaciones urinarias, cuando la vejiga no funciona correctamente (tumores, inflamación crónica de vejiga...). En estos casos, el paciente pierde totalmente el control de la micción.

Tratamiento quirúrgico

Se reserva para casos graves o para pacientes en quienes han fracasado el resto de las terapias. El propósito es aumentar la resistencia de la uretra y evitar la pérdida de orina durante el aumento de

la presión intraabdominal. La tasa de curación está en torno al 80-95%.

Los distintos tipos de intervenciones quirúrgicas pueden clasificarse en seis grupos:

- **Cabestrillo suburetral (*sling*, cinta suburetral).** Consiste en pasar una cinta por debajo de la uretra y en aumentar la presión intraabdominal.

- **Inyección de agentes periuretrales.** Es una técnica poco invasiva en la que se inyecta una sustancia en la submucosa de la uretra. Se utiliza silicona, colágeno, teflón, ácido hialurónico o grasa autóloga.

- **Colposuspensión de Burch (suspensión retropúbica).** Cirugía con la que se pretende estabilizar la uretra estirando los tejidos del cuello vesical hacia la cavidad pélvica. Se reserva para casos de alta gravedad.

- **Esfínter urinario artificial.** Con esta técnica se intenta disminuir la presión intravesical y aumentar la capacidad de la vejiga mediante plastias o colgajos.

- **Inyección de toxina botulínica.** Se inyecta directamente en el músculo detrusor. Se utiliza en la IU de urgencia, y puede aliviar los síntomas 6-9 meses. La toxina no tiene efecto inmediato: puede tardar entre 2 y 14 días.

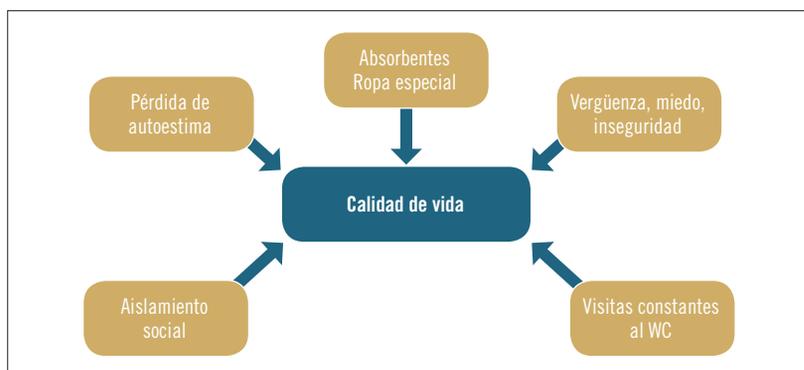


Figura 3. Deterioro de la calidad de vida por las limitaciones en las actividades sociales

• **Capsaicina intravesical.** Tratamiento administrado en la vejiga que bloquea la transmisión del impulso nervioso, con una duración de 6 meses aproximadamente. Su principal efecto secundario es la irritación.

Papel del farmacéutico

Las personas con IU ven disminuida su calidad de vida y limitan sus actividades sociales por vergüenza a que se produzcan pérdidas de orina en lugares inadecuados (figura 3). Muchos de estos pacientes, además, no suelen buscar ayuda, de modo que el farmacéutico comunitario puede desempeñar un importante papel en la detección de estos casos y en el manejo de la situación, promoviendo las medidas higiénico-dietéticas y proporcionando la asistencia adecuada a las necesidades de cada individuo. Obviamente, sin olvidar la correcta dispensación y el adecuado asesoramiento sobre los tratamientos farmacológicos prescritos.

Es importante que la incontinencia sea manejada con empatía, ya que son pacientes estigmatizados que suelen necesitar grandes dosis de valor para admitir que presentan esta enfermedad. Adicionalmente, sus limitaciones económicas pueden dar lugar a que no sigan las recomendaciones adecuadas.

Por desgracia, las medidas higiénico-dietéticas no pueden eliminar totalmente la IU, y en muchos casos es necesario utilizar absorbentes. El farmacéutico debe ayudar a seleccionar el más adecuado según la situación actual del paciente y su condición física. Además, debe aconsejar las pautas necesarias para evitar problemas relacionados con el uso de absorbentes:

- Revisarlos con frecuencia y cambiarlos cuando sea preciso.
- Comprobar que la piel no se irrita o enrojece.
- Hidratar la piel diariamente.
- Evitar largos periodos de inmovilidad.
- Seguir las normas de colocación, evitando dobleces.

Se debe elegir el absorbente que proporcione mayor eficacia y seguridad, una absorción rápida y que evite posibles efectos adversos provocados por la orina, como la dermatitis asociada a la incontinencia. Además, teniendo en cuenta el componente psicológico asociado al uso de estos productos, debe procurarse que el absorbente sea lo menos voluminoso y más discreto posible. ●

Bibliografía

1. Alcántara A. Manejo integral del paciente con vejiga hiperactiva. Actualizaciones

Aula de la Farmacia. SANED, 2017.

Disponible en: <http://actualizaciones.auladelafarmacia.com/vejhiper>

2. Cancelo MJ. Líneas de actuación para Profesionales Sanitarios ante el Paciente con Incontinencia Urinaria. Disponible en: <http://www.observatoriodelaincontinencia.es/index2.php>
3. Chiang H. Urinary incontinence: Treatment. Rev Chil Med Fam. 2007; 8(2): 55-60.
4. Consejo General de Farmacéuticos. Bot PLUS. Disponible en: <https://botplusweb.portalafarma.com>
5. Fabuel JJ, Martínez L, Jiménez MA, Burgos FJ. Toxina botulínica intravesical con anestesia local como procedimiento ambulante. Archivos españoles de urología. 2017; 70(7): 635-644.
6. Fistera.com. Atención Primaria en la Red. Guías clínicas: incontinencia urinaria de la mujer. Disponible en: <http://www.fistera.com/guías-clínicas>
7. García M, Guzmán F, Mora E, Buitrago G, Reyes Luis E, Gómez A. Capsaicina intravesical: una alternativa en pacientes con vejiga hiperactiva. Rev Med. 2005; 13(1): 70-74.
8. Incontinencia urinaria. Panorama Actual del Medicamento. 2011; 35(344): 483-490.
9. Juarranz M, Terrón R, Roca M, Soriano T, Villamor M, Calvo MJ. Tratamiento de la incontinencia urinaria. Atención primaria. 2002; 30(5): 323-332.
10. Mirabegrón. Panorama Actual del Medicamento. 2014; 38(372): 287-294.
11. Prado A. Incontinencia urinaria. Abordaje farmacológico y no farmacológico con productos sanitarios I. Aula de la farmacia. 2014; 10(102): 44-51.
12. Prado A. Incontinencia urinaria. Abordaje farmacológico y no farmacológico con productos sanitarios III. Aula de la farmacia. 2014; 10(104): 17-26.
13. Rexach L, Verdejo C. Incontinencia urinaria. Inf Ter Sist Nac Salud. 1999; 23: 149-152.
14. Shenot P. Incontinencia urinaria en adultos. Manual Merck, versión para profesionales. Kenilworth, NJ (USA), 2018. Disponible en: www.merckmanuals.com/es-pr/professional/trastornos-urogenitales/trastornos-de-lamicción/incontinencia-urinaria-en-adultos
15. Verdejo Bravo C. Envejecimiento, ictus e incontinencia urinaria. Disponible en: <http://www.observatoriodelaincontinencia.es/index2.php>



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





LINDOR® FIT PANTS

COMODIDAD, PROTECCIÓN Y DISCRECIÓN FRENTE A LA INCONTINENCIA.

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



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



Sistema de barreras antifugas.



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



Materiales hipoalérgicos y dermatológicamente testados.



Materiales transpirables en la zona de la cintura.



Con neutralización del olor para mayor discreción.



Lindor® Fit Pants

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



Transmisión de farmacia y heredero menor de edad

Al fallecer mi esposo, mi hijo, menor de edad, ha heredado la mitad de la oficina de farmacia y el local donde la tenemos instalada. La ley nos obliga a venderla en unos meses. ¿Necesito alguna autorización especial para formalizar la venta?

H.G. (Madrid)

«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

Efectivamente, en los casos en que se produzca la herencia de una oficina de farmacia y el heredero no sea licenciado en farmacia, las distintas normas de ordenación farmacéutica de las comunidades disponen plazos –entre 18 y 24 meses– para proceder a la transmisión, previo nombramiento de un regente.

Pero, a pesar de que la venta pueda venir impuesta por la normativa, al tratarse de bienes de un menor, se requerirá la autorización del juez, que tomará su decisión previa audiencia del Ministerio Fiscal, y siempre que se acredite que la transmisión pretendida sea necesaria y las condiciones y restantes circunstancias de tal transmisión también estén justificadas.

Esta limitación, en el caso que tratamos, afecta especialmente a bienes inmuebles y a establecimientos mercantiles, como la oficina de farmacia, por lo que le recomendamos que encargue el asunto a un letrado de su confianza cuanto antes, porque estamos ante trámites que pueden condicionar los plazos que tenga previstos para la transmisión.

Hipoteca y derechos del cónyuge sobre la vivienda habitual

Para comprar mi farmacia voy a hipotecar mi casa, que es privativa mía, al adquirirla antes del matrimonio. No obstante, el banco me dice que tendrá que firmar también mi esposo, y eso que estamos en separación de bienes. ¿Es así?

R.R. (Guadalajara)

Respuesta

Pues sí, es así. El artículo 1.320 del Código Civil establece que para disponer de los derechos sobre la vivienda habitual y los muebles de uso ordinario de la familia, aunque tales derechos pertenezcan a uno solo de los cónyuges, se requerirá el consentimiento de ambos o, en su caso, autorización judicial.

Por lo tanto, si lo que va a hipotecar es su vivienda habitual, también tendrá que comparecer su cónyuge y aceptar el otorgamiento de la hipoteca.

Se trata de una medida pensada para la protección del cónyuge no propietario, pero residente habitual de esa casa, y lo es con independencia de que tenga o no hijos que convivan en esa vivienda, de que el bien sea privativo, como en su caso, e incluso del régimen matrimonial.



ENVÍENOS SU CONSULTA

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

©2019 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

Pequeños anuncios

Farmacias

Compras

Compro farmacia Andalucía. Compro farmacia en Huelva, Cádiz, Málaga, Granada o Almería. Soy particular. Contacto: comprofarmacia@orangemail.es

Ventas

Se vende farmacia a particular en Barcelona. Muchas posibilidades. Tel.: 609 347 887.

Venta de farmacia por jubilación en población al oeste de Cáceres. Única en

el municipio. Ventas bajas, sin gastos. Teléfono de contacto: 669 108 016.

Venta de farmacia en Madrid capital, de 8 horas. Jubilación. Tres años de funcionamiento. Local propiedad o alquiler. Zona nueva en expansión. Enormes posibilidades de crecer. Libre de empleados. Tel.: 639 585 215.

Venta de farmacia por jubilación, en Madrid capital (esquina calle Alcalá). Facturación 2017: 1.358.000 €. Local en propiedad. En 100 m hay 5 clínicas dentales, 1 policlínica (Sanitas, Adeslas, ISFAS, etc.), a 400 m ambulatorio Seguridad Social y a 800 m el nuevo Hospital Universitario de Navarra. Tel.: 600 628 892.

Comunidad de Madrid. Se vende farmacia en población cercana a Torrejón de Ardoz. Ventas en 2017: 2.100.000 €. Facturación creciente (20% en 2017) y margen de beneficio por encima de la media del sector. Local en propiedad o alquiler. Enormes posibilidades de crecer. Coeficiente muy razonable. Venta directa, abstenerse intermediarios. Teléfono de contacto: 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 la provincia de Segovia. Farmacia rural situada a 40 km de la capital. Teléfonos de contacto: 606 532 549/629 773 785.

ODAMIDA



Laboratorio Químico Biológico 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. santicp19@hotmail.com

Varios

Vendo Dermoanalizador Microcaya Multidermascope MDS 1000, prácticamente a estrenar, incluida caja. Tel.: 605 041 686. Urge venta. Madrid.

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.



Vinos & Libros

Aperitivos y vinos

Los vinos aperitivos se toman antes de las comidas para abrir el apetito, pues dilatan las pupilas gustativas. Aunque algunos de los más conocidos son el jerez, el madeira y el vermú, existen cada vez más vinos apropiados para un aperitivo, como el Campari, el biter amargo, los digestivos, los licores de anís, amaretto, limoncello y muchos otros. También los vinos dulces o ligeramente dulces tienen su espacio en el mundo de los aperitivos, y es habitual encontrar vinos como los oportos, Pedro Ximénez u otros emparejados con un *snack* para empezar a comer.

El jerez se obtiene de uvas muy maduras. Tomado en su típica copa es el ejemplo perfecto de vino que estimula el apetito y es fantástico en cualquiera de sus tres tipos –fino, oloroso o palo cortado– para *snacks* salados, frutos secos u hojaldres. Los madeira se elaboran casi del mismo modo que el jerez, pero se añade alcohol para parar la fermentación y así mantener una gran parte del azúcar natural. Tienen una vida larguísima, especialmente los madeira sercial, que resultan un excelente aperitivo debido a su carácter seco y un poco amargo en boca.

Pero es el vermú el que se ha erigido como el gran triunfador de las aperituras del apetito en cualquier reunión. Originario de Italia y Francia, este vino, al que se agregan una serie de sustancias vegetales y aromáticas, abrirá el apetito y curiosidad de cualquier amante del buen comer en cualquiera de sus vertientes: el blanco seco, el blanco dulce y el tinto dulce.

Históricamente los aperitivos eran bebidas secas y bajas en azúcar; además, siempre tenían un carácter ácido, amargo y con bajo contenido de alcohol. Hoy en día, sin embargo, los vinos ligeramente dulces tienen cada vez más seguidores, y es frecuente encontrar maridajes de *foie*, aceitunas, hojaldres o patatas bravas con un Pedro Ximénez, un licor de amaretto o un buen limoncello.

Pep Bransuela
Farmacéutico y enólogo

Taylor's Select Reserva Port

Precio: 14 €

Este vino generoso de Oporto es una maravilla en nariz y en boca. Con aromas a frutos secos, almendras amargas, nueces verdes y algún cítrico, se presenta en boca ligeramente amargo y seco y perfectamente equilibrado entre el dulzor y el alcohol. Es un vino perfecto para estimular el apetito y para maridar con cualquier tipo de tentempié salado o pica-pica, y absolutamente encantador usado en forma de reducción para acompañar un *foie* a la plancha.



Fuego y sangre

George R.R. Martin
Plaza & Janés
Barcelona, 2018

Los seguidores de *Juego de Tronos* están de enhorabuena, aunque a medias, pues el nuevo libro de George R.R. Martin no es la esperada continuación de la serie, sino que narra la historia de los Targaryen, la dinastía que reinó en Poniente trescientos años antes del inicio de *Canción de hielo y fuego*.

Éste es el primero de los dos volúmenes en el que Martin nos cuenta, con todo lujo de detalles, la historia de Aegon I Targaryen, creador del icónico Trono de Hierro, y del resto de las generaciones de Targaryens que lucharon con fiereza por conservar el poder, y el trono, hasta la llegada de la guerra civil que casi acaba con ellos.

¿Qué pasó realmente durante la Danza de dragones? ¿Por qué era tan peligroso acercarse a Valyria después de la Maldición? ¿Cómo era Poniente cuando los dragones dominaban los cielos? Éstas, y otras muchas, son las preguntas a las que responde esta monumental crónica, narrada por un culto maestre de la Ciudadela, que anticipa el ya conocido universo de George R.R. Martin.

Fuego y sangre brindará a los lectores la oportunidad de tener otra visión de la fascinante historia de Poniente.



<https://www.megustaleer.com/libros/fuego-y-sangre-cancin-de-hielo-y-fuego/MMX-010310>



Las lágrimas

Pascal Quignard
Editorial Sexto Piso
Madrid, 2019

Las lágrimas es una novela que toma la forma de una leyenda o un poema, en la que se narra el destino opuesto de dos gemelos: Nithard, nieto de Carlomagno, erudito, literato, escriba, y Hartrid, viajero, marinero, guerrero, vagabundo. Dos destinos, dos fragmentos separados que, a medida que avanza el libro, forman un mismo tejido, una unidad, una armonía secreta bajo la cual se esconde la creación del mundo moderno, ya que cuenta el nacimiento de Europa como fértil encrucijada de culturas, un lugar donde el entendimiento entre los diferentes pueblos era más importante que las fronteras.

Un libro que entrelaza con elegancia mitos, cantos, poemas y cuentos, y que nos sumerge en una neblina de ligereza y de incertidumbre, como si volviéramos a la materia primera de la que está hecho el mundo.

Pascal Quignard recibió el Premio de la Crítica y el Premio Goncourt por *Las sombras errantes* en 2002.

https://issuu.com/sextopiso/docs/pa_gina_las_la_grimas



A tumba abierta

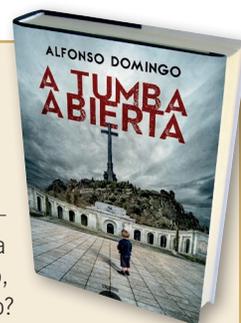
Alfonso Domingo
Algaida Editores
Sevilla, 2018

¿Y si, cuando se proceda a exhumar la tumba de Franco, se encuentran el féretro vacío? Éste es el punto de partida de esta novela, una historia que pone de manifiesto lo que fue el franquismo y ese periodo oscuro de nuestro pasado más inmediato. Es, asimismo, la historia de la venganza de una víctima de su régimen.

La «operación Chaplin» relata cómo pudo haber sido exhumado en secreto el cadáver de Franco de su tumba del Valle de los Caídos, algo que parecía, en principio, imposible o digno de una película de Berlanga.

Niños robados, prisioneros republicanos cumpliendo condena de trabajos forzados para hacer el mausoleo del dictador y represión hacia los vencidos de la guerra civil se entremezclan en estas páginas, dignas de un *thriller* trufado de humor negro.

<https://www.cga.es/fichaGeneral/ficha.php?web=29&obrcod=5760648>



El año del hambre

Aki Ollikainen
Libros del Asteroide
Barcelona, 2018

Una terrible hambruna se extiende sobre Finlandia en el año de 1867. La cosecha no ha sido buena y las reservas de cereales se han agotado. En el norte del país, una humilde familia de granjeros no tiene más remedio que abandonar su casa para buscar comida antes de que llegue lo peor del invierno; se dirigen hacia San Petersburgo convencidos de que allí la encontrarán.

Mientras en el senado de Helsinki se discute cómo hacer frente a la emergencia, los hermanos Renqvist –un médico y un político– tienen tiempo para, además de discrepar sobre cómo actuar ante la carestía, ocuparse de cosas más mundanas. Sin embargo, el terrible drama del hambre y los refugiados que provoca acabará afectando de distinta manera a todo el país.

El año del hambre es una conmovedora historia sobre una crisis humanitaria que desgarró a una sociedad.

<http://www.librosdelasteroide.com/-el-ano-del-hambre>



Caballos lentos

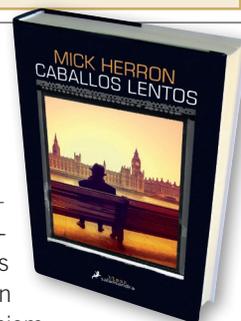
Mick Herron
Salamandra Black
Barcelona, 2018

El reino del irreverente y sarcástico Jackson Lamb está en Londres y se llama Casa de la Ciénaga, un vertedero al que van a parar los miembros de los servicios secretos que han cometido un error. Sus colegas los denominan «caballos lentos», son los parientes pobres del espionaje británico.

De este extravagante grupo de proscritos, el más desengañado es River Cartwright, que se pasa el día transcribiendo conversaciones interceptadas de teléfonos móviles. Sin embargo, cuando se produce el secuestro de un joven y los autores amenazan con decapitarlo en directo por Internet, River ve en este acto una oportunidad para redimirse.

Considerada por *The Daily Telegraph* como una de las veinte mejores novelas de espías de todos los tiempos, *Caballos lentos* es la primera entrega de la multipremiada serie protagonizada por Jackson Lamb, un personaje que dejará huella por su temeridad y su afilada lengua.

<https://salamandra.info/libro/caballos-lentos>



2.^a EDICIÓN

MAYO
formación

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

**PROMOCIÓN
AÑO NUEVO**

Promoción válida hasta
el 15 de febrero

PRECIO PROMOCIÓN

99 €

PRECIO DE LA MATRÍCULA
120 € (IVA incluido)

CURSO
ON LINE DE FORMACIÓN
FARMACÉUTICA CONTINUADA

Nutrición en situaciones especiales

El farmacéutico
como formador de salud

Directora
NATALIA ÚBEDA MARTÍN

ACTIVIDAD
ACREDITADA CON

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

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

MÓDULO 1

Introducción
general

MÓDULO 2

Nutrición en
situaciones especiales I.
Situaciones fisiológicas

MÓDULO 3

Nutrición en
situaciones especiales II.
Patologías

MÓDULO 4

Consejo y adherencia
desde la oficina
de farmacia



más información e inscripción

www.formacionnutricional.es

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

Vacuna meningocócica del grupo B (ADN; de componentes; adsorbida).

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

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

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

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

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

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

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

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

4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas. Bexsero está indicado para la inmunización activa de individuos a partir de 2 meses de edad frente a la enfermedad meningocócica invasiva causada por *Neisseria meningitidis* grupo B. El impacto de la enfermedad invasiva en diferentes grupos de edad así como la variabilidad de la epidemiología del antígeno para cepas del grupo B en diferentes áreas geográficas debe tenerse en cuenta al vacunar. Ver sección 5.1 para información sobre protección frente a cepas específicas del grupo B. El uso de esta vacuna debe seguir las recomendaciones oficiales. **4.2 Posología y forma de administración.** Posología.

Tabla 1. Resumen de posología.

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

^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. La necesidad y el plazo de otras dosis de recuerdo no han sido determinados. ^d Ver sección 5.1. ^e 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 deltoideo 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 posponerse 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 primovacuna 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, poliometilina 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 comportamiento 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 con 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 2677 fueron adolescentes y adultos. De los lactantes que recibieron Bexsero como primovacuna, 3285 recibieron una dosis de recuerdo en el segundo año de vida. En lactantes y niños (menores de 2 años) la reacción adversa local y sistémica más comúnmente observada en los ensayos clínicos fue dolor agudo a la presión y eritema en el lugar de inyección, fiebre e irritabilidad. En los estudios clínicos en lactantes vacunados a los 2, 4 y 6 meses de edad, se notificó fiebre (\geq 38 °C) en un 69% al 79% de los sujetos cuando Bexsero se coadministraba con vacunas habituales (que contienen los siguientes antígenos: conjugado neumocócico heptavalente, difteria, tétanos, tos ferina acelular, hepatitis B, poliometilina 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, posiblemente relacionadas con la vacunación se han clasificado por frecuencia. Frecuencias definidas como: Muy frecuentes (\geq 1/10): Frequentes (\geq 1/100 a $<$ 1/10) Poco frecuentes (\geq 1/1.000 a $<$ 1/100) Raras (\geq 1/10.000 a $<$ 1/1.000) Muy raras ($<$ 1/10.000) Frecuencia no conocida: (no puede estimarse a partir de los datos disponibles) En cada grupo de frecuencia, las reacciones adversas se presentan en orden de gravedad decreciente. Además de las notificaciones realizadas en los ensayos clínicos, se enumeran a continuación las notificaciones voluntarias de reacciones adversas recibidas a escala mundial para Bexsero desde su comercialización. Puesto que estas reacciones se notifican voluntariamente y proceden de una población con un tamaño sin determinar, no siempre es posible calcular su frecuencia de forma fiable y consecuentemente se han listado como frecuencia no conocida. **Lactantes y niños (hasta 10 años de edad)** **Trastornos del sistema inmunológico** Frecuencia no conocida: reacciones alérgicas (incluyendo las reacciones anafilácticas) **Trastornos del metabolismo y de la nutrición** Muy frecuentes: trastornos de la alimentación **Trastornos del sistema nervioso** Muy frecuentes: tendencia al sueño, llanto inusual, cefalea Poco frecuentes: convulsiones (incluyendo convulsiones febriles) Frecuencia no conocida: episodio hipotónico-hiporrespuesta, irritación meníngea (de forma esporádica, se han notificado, poco después de la vacunación, signos de irritación meníngea tales como rigidez de nuca o fotofobia). Estos síntomas han sido de naturaleza leve y transitoria. **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) Frequentes: 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 °C), dolor agudo a la presión en el lugar de la inyección (incluyendo dolor intenso en el lugar de la inyección definido como llanto cuando se mueve la extremidad en la que se administró la inyección), eritema en el lugar de la inyección, hinchazón en el lugar de la inyección, induración en el lugar de la inyección, irritabilidad Poco frecuentes: fiebre (\geq 40 °C) Frecuencia no conocida: reacciones en el lugar de la inyección (incluyendo hinchazón extensa de la extremidad vacunada, ampollas en el lugar de la inyección o en el área que la rodea y nódulo en el lugar de la inyección que puede permanecer durante más de un mes) **Adolescentes (desde 11 años de edad) y adultos** **Trastornos del sistema inmunológico** Frecuencia no conocida: reacciones alérgicas (incluyendo las reacciones anafilácticas) **Trastornos del sistema nervioso** Muy frecuentes: cefalea Frecuencia no conocida: síncope o respuestas vasovagales a la inyección, irritación meníngea (de forma esporádica, se han notificado, poco después de la vacunación, signos de irritación meníngea tales como rigidez de nuca o fotofobia). Estos síntomas han sido de naturaleza leve y transitoria. **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 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 (IMI). Como estos antígenos se expresan de forma variada en diferentes cepas, los meningococos que los expresan en niveles suficientes son susceptibles de eliminación por los anticuerpos provocados por la vacuna. El sistema de tipificación del antígeno meningocócico (MATS) se desarrolló para relacionar perfiles de antígenos de distintas cepas de bacterias meningocócicas del grupo B con la eliminación de las cepas en el ensayo bactericida en suero con complemento humano (hSBA). Un estudio de aproximadamente 1.000 cepas aisladas diferentes de bacterias meningocócicas invasivas del grupo B durante 2007-2008 en 5 países europeos mostró que, dependiendo del país de origen, entre el 73% y el 87% de las cepas aisladas de bacterias meningocócicas del grupo B tenían un perfil de antígeno de MATS adecuado que podía ser cubierto por la vacuna. En general, el 78% (límites de confianza del 95% de 63-90%) de aproximadamente 1.000 cepas estudiadas resultó potencialmente susceptible a los anticuerpos inducidos por la vacuna. **Eficacia clínica.** La eficacia clínica de Bexsero no se ha evaluado mediante ensayos clínicos. La eficacia de la vacuna se ha deducido demostrando la inducción de respuestas de anticuerpos bactericidas en suero a cada uno de los antígenos de la vacuna (ver sección de Inmunogenicidad). **Inmunogenicidad.** Las respuestas de los anticuerpos bactericidas en suero a cada uno de los antígenos de vacuna NadA, fHbp, NHBA y PorA P1.4 se evaluaron mediante un grupo de cuatro cepas meningocócicas de referencia del grupo B. Se midieron los anticuerpos bactericidas frente a estas cepas mediante el ensayo bactericida en suero utilizando suero humano como fuente del complemento (hSBA). No hay datos disponibles de todas las pautas de vacunación que utilizan la cepa de referencia para NHBA. La mayoría de los estudios de inmunogenicidad primaria se realizaron como ensayos clínicos aleatorizados, controlados y multicéntricos. Se evaluó la inmunogenicidad en lactantes, niños, adolescentes y adultos. **Inmunogenicidad en lactantes y niños.** En estudios con lactantes, los participantes recibieron tres dosis de Bexsero a los 2, 4 y 6 o 2, 3 y 4 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 ≥ 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 ≥ 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 ≥ 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 ≥ 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 seguida 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 ≥ 1.4 (en el intervalo de 6 a 11 meses de edad) y hSBA ≥ 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 ≥ 1.4 (frente a las cepas de referencia para los antígenos fHbp, NadA, PorA P1.4) y hSBA ≥ 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)
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)
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)
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)

Antígeno		0, 1 meses	0, 2 meses	0, 6 meses	
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 Período 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 protegerlo de la luz. **6.5 Naturaleza y contenido del envase.** Suspensión de 0,5 ml en jeringa precargada (vidrio tipo I) con émbolo (goma de bromobutilo tipo I) y tapón protector (goma tipo I o tipo II) con o sin agujas. Envases de 1 o 10 jeringas. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** Durante el almacenamiento, puede observarse un depósito fino blanquecino en la suspensión que contiene la jeringa precargada. Antes de su uso, la jeringa precargada debe agitarse bien para formar una suspensión homogénea. La vacuna debe inspeccionarse visualmente por si hubiera partículas o decoloración antes de la administración. En caso de que se observaran 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.** 22/11/2018. 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€.

Ya viene el sol

Lourdes

Manuel Machuca González*

Cuando escribo estas palabras, Lourdes lucha a brazo partido en un largo combate por apurar un tiempo más de vida. Los inviernos han sido cada vez más duros para ella, y éste, que ni siquiera ha comenzado cuando tecleo este artículo, tiene todos los visos de ser el último. Pero también lo fue el anterior, y el anterior a éste, y...

Recuerdo que, en 2011, cuando escribía mi primera novela *Aquel viernes de julio* y fue ella una de mis principales confidentes para crear la historia, me regaló una foto a modo de despedida, como herencia en vida entregada a quien tan sólo era su farmacéutico. Era una foto de la casa original en la que sucedieron los primeros hechos de aquella historia. Me mandó llamar a la farmacia, postrada en su cama a consecuencia de una bronquitis más a la que cada invierno la abocaban sus repetidas crisis asmáticas. Consciente de una despedida que luego ha pospuesto al menos siete años, me entregó la imagen de «Villa Rocío», aquel chalet de las afueras de la ciudad de principios del siglo XX en el que sucedieron en mi imaginación los hechos que iniciaron el relato.

Lourdes fue pescadera, tenía una freiduría frente a la farmacia y era mi primera parada antes de las guardias de noche en aquellas épocas de horarios comunes. A pesar de que me conocía desde niño, de cuando jugaba con mis hermanos en la puerta de la farmacia, durante las largas tardes de sábados de guardia en las que mis padres no tenían con quien dejarnos, nunca quiso quitar el «don» a mi nombre, porque «usted tiene carrera». Mientras que para las demás de su generación yo era, y sigo siendo, Manolito, el niño de doña Marina, para ella siempre he sido don Manuel, aunque eso nunca le impidió, a Dios gracias, besarme al entrar en la farmacia y al despedirse cada vez que ha venido todos estos años.

Una conversación entre Lourdes y Eduardo, ya fallecido, desencadenó aquella novela que narra una historia



COMENTA EN www.elfarmacéutico.es

©123RF

de amor durante los primeros meses de la Guerra Civil española. A partir de la anécdota que escuché de labios de aquellos dos niños de la guerra, organicé una serie de meriendas en la consulta de la farmacia, una consulta que ha servido para todo, con pacientes mayores de ochenta años que vivieron la guerra como ellos, unas reuniones inolvidables con personas entrañables de las que sólo queda Lourdes, que además fue a la única que no le gustó la novela, porque leerla le trajo recuerdos muy tristes.

Lourdes lleva meses en cama. Quién sabe si será capaz de darle otra vuelta de tuerca a la vida, lo que daría yo por verla aparecer otra vez por la puerta de la farmacia, por escuchar ese don Manuel que nunca conseguí hacerle cambiar. Lo que daría por oír sus advertencias de no cambiarle la marca

de pañal ni mucho menos darle un genérico.

La pescadería hace años que cerró, y me temo que su antigua dueña pronto cerrará su ciclo también. Y con ella se irá una más de aquellas personas que vio al niño que jugó, al joven que se ilusionó con una nueva forma de entender la profesión, y al hombre que decidió, con su ayuda inconsciente, dar un golpe de timón a su vida hacia nuevas singladuras.

Lourdes es de esas personas que acuden cada día a nuestras farmacias y nos recuerdan, aun sin saberlo, que tenemos el privilegio de trabajar en lugares en los que las personas todavía nos revelamos como los seres humanos que somos y que a menudo olvidamos. Somos humanos a través de la humanidad de los demás, nos recuerda la filosofía ubuntu. Quizá no exista un espacio tan acorde a esta filosofía como una farmacia de barrio, ésa a la que las Lourdes del mundo acuden para recordarnos que en el mundo todavía hay lugar para la esperanza. ●

*<https://manuelmachuca.me>

Sin aristas

La soltería

Marisol Donis*

Leendo una revista del año 1909 encuentro un artículo firmado por Concepción Gimeno de Flaquer, cronista social muy prestigiosa y feminista conservadora, sobre las solteronas.

Ella contrajo matrimonio con un hombre culto, director de una revista, que aconsejó a su mujer, capacitada para escribir sobre cualquier tema, que se dedicara a llevar la crónica rosa de la publicación que dirigía, o escribir sobre bordados y cocina.

Por entonces, a la mujer que, sobrepasada cierta edad, aún no había contraído matrimonio se la consideraba un ser lleno de resignación y de bondad, con una misión en el mundo consistente en tolerar las impertinencias de cuantos la rodeaban. Viviendo agregada a una familia de propios o extraños a los cuales tiene que mimar. En opinión de la cronista, si vive con individuos de la familia, no le falta un tío misántropo achacoso y malhumorado que la hace víctima de sus rarezas. O lo que es peor, la cuñada.

La cuñada es el azote de su vida porque es cruel con ella, haciéndola responsable de todas las travesuras de los niños y echándole en cara el no haber sido nunca madre. La ven un hongo, un parásito, un paria.

Considera Concepción Gimeno que no saben ver en ella un ser útil a la sociedad porque al no tener marido ni hijos se consagra a cicatrizar los dolores de los demás. Suele ser buena enfermera, hace labores de adorno, dulces, conservas, cuida a los pájaros y riega las flores, enseña a los niños a pronunciar el nombre de Dios, asiste a las novenas y sermones. Pero también recorre todos los calvarios, apura hasta las heces el cáliz de todas las amarguras, para ella no brilla el sol.

La cronista sigue desgranando esta suerte de desgracias y recuerda la costumbre de los asirios que consistía en celebrar anualmente una especie de subasta de todas



COMENTA EN www.elfarmacutico.es

©123RF

las mujeres casaderas. Las más bellas se casaban con el que más dinero ofrecía y este dinero servía para dotar a las feas. Con ese sistema no había solteronas.

Concepción Gimeno compara a las solteronas con flores alpinas que se pierden entre hielos sin que hayan sido azotadas por todos los huracanes.

Termina el artículo con la promesa de proponer al Ayuntamiento de Madrid que se levante un monumento de mármol a la memoria de esas víctimas inmoladas en los altares del celibato.

¡Ay, Concepción Gimeno de Flaquer! Si vieras ahora que las que eligen voluntariamente la soltería se quieren, se gustan y no necesitan que nadie las lleve a casa.

Los tiempos han evolucionado. Ahora muchas mujeres viven sin pareja por decisión

propia, han elegido vivir su propia vida sin dar explicaciones a nadie porque su felicidad no depende de otra persona. Además, no les da miedo quedarse solas.

Ya no se dedican a cuidar de otros mientras se extasían escuchando el trinar de los pajaritos. Son mujeres con formación y cultura, con un historial académico intachable que las hace triunfar en su profesión. O mujeres sin muchos estudios que no quieren que nadie les cuente cómo es París o Londres. Prefieren aprender viajando, conociendo otros países, otras culturas. Como dice el eslogan de un anuncio publicitario, «No me enseñes más postales».

No se les pasa el arroz, como advertían machaconamente sus amistades, y llegan a tiempo de todo, porque ser madre soltera ya no es un estigma social. Cada año más mujeres sin pareja se someten a técnicas de reproducción asistida. Y también pueden elegir libremente no tener hijos.

Permanecer soltera ya no es una plaga. ¡Son libres! ●

*Farmacéutica y criminóloga



BEXSERO

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



BEXSERO: experiencia en el mundo real

>10
MILLONES
DE DOSIS

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

16 ORGANIZACIONES DE LA SALUD
Bexsero ha sido clínicamente recomendado por **16 organizaciones de la salud**.²

39
PAÍSES

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

6
PAÍSES

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

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

Bexsero: Vacuna de 4 componentes¹⁰

88% de las cepas* de MenB

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

*Usando un panel representativo de 40 cepas aisladas de MenB de Inglaterra y Gales, entre el 2007 y el 2008.¹¹

**Suero humano combinado de 69 lactantes y 13 adolescentes.¹¹

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

Información de seguridad. Reacciones adversas:¹⁰

Lactantes y niños (hasta 10 años de edad): *Muy frecuentes:* Trastornos de 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 frecuentes después de la dosis de recuerdo), fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), eritema, hinchazón, induración y dolor agudo en el lugar de la inyección (incluyendo dolor intenso en el lugar de la inyección definido como llanto cuando se mueve la extremidad en la que se administró la inyección), irritabilidad; *Frecuentes:* Erupción (niños pequeños de 12 a 23 meses); *Poco frecuentes:* Convulsiones (Incluyendo convulsiones febriles), palidez (rara después de la dosis de recuerdo); *Raras:* Síndrome de Kawasaki, urticaria; *Frecuencia no conocida:* episodio hipotónico-hiporrespuesta, irritación meningea (de forma esporádica, se han notificado, poco después de la vacunación, signos de irritación meningea tales como rigidez de nuca o fotofobia; estos síntomas han sido de naturaleza leve y transitoria), 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:* Cefaleas, 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:* síncope o respuestas vasovagales a la inyección, irritación meningea (de forma esporádica, se han notificado, poco después de la vacunación, signos de irritación meningea tales como rigidez de nuca o fotofobia; estos síntomas han sido de naturaleza leve y transitoria), fiebre, reacciones en el lugar de la inyección (incluyendo hinchazón extensa de la extremidad vacunada, ampollas en el lugar de la inyección o en el área que la rodea y nódulo en el lugar de la inyección que puede permanecer durante más de un mes). Consultar Ficha Técnica de Bexsero para información adicional sobre las contraindicaciones, precauciones y reacciones adversas.

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

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

¿INFLAMACIÓN?

¿IRRITACIÓN?

¿DOLOR?

angileptol®

Al diablo con el dolor de garganta



Sabor menta



Sabor menta-eucalipto



Sabor miel-limón