



n.º 595
enero 2021

el farmacéutico.es
PROFESIÓN Y CULTURA

¿Alergia o COVID-19?



MAYO



elfarmacitcorevista



@elfarma20



elfarmacitcorevista

www.elfarmacitcorevista.es
www.elfarmacitcorejoven.es



BEXSERO

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

En un brote regional
en **Canadá**:¹

96%

De reducción de la
incidencia de MenB.^{*1}

Programa de vacunación
en dos regiones de **Italia**:²

93,6%
De efectividad en Toscana.^{**2}

91%
De efectividad en Véneto.^{**2}

En un Programa Nacional
en **Reino Unido**:³

75%

De reducción de la
incidencia de MenB.^{#3}

BEXSERO + MENVEO pueden COADMINISTRARSE.^{3,4}

*Entre la población elegible a la vacunación de 2 meses a 20 años en Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLSJ), Quebec (Canadá). Resultando un impacto global de la campaña de vacunación en SLSJ en la reducción del riesgo de EMI por MenB en la cohorte vacunada del 86%, con una efectividad vacunal estimada del 79%.¹

**Estudio retrospectivo (2014-2018) que evalúa la efectividad y el impacto de Bexsero frente a la EMI por MenB en dos regiones de Italia en la población vacunada. Toscana comenzó la vacunación en 2014 con un esquema 3+1 (2, 4, 6 y 12-13). Véneto, empezó el programa en 2015 con un esquema 2+1 (7, 9 y 15). La reducción global del número de casos independientemente del estado de vacunación fue del 68% en Toscana y del 31% en Véneto.²

#En grupos de edad que eran elegibles para la vacunación, independientemente de su estado de vacunación o cobertura de cepas, en Inglaterra durante 3 años. Tasa de incidencia, 0,25; IC 95%, 0,19-0,36.³

FICHA TÉCNICA Y RECOMENDACIONES OFICIALES EN EL INTERIOR

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

Bexsero está indicada 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 de la Ficha Técnica para información sobre protección frente a cepas específicas del grupo B. El uso de esta vacuna debe seguir las recomendaciones oficiales.³

Información de seguridad. Reacciones adversas:³

Lactantes y niños (hasta 10 años de edad): Muy frecuentes: trastornos de la alimentación, tendencia al sueño, llanto inusual, cefalea, diarrea, vómitos (poco frecuentes después de la dosis de recuerdo), erupción (niños pequeños de 12 a 23 meses, poco frecuentes después de la dosis de recuerdo), artralgia, fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), dolor agudo a la presión en el lugar de la inyección (incluyendo dolor intenso en el lugar de la inyección definido como llanto cuando se mueve la extremidad en la que se administró la inyección), eritema, hinchazón e induración en el lugar de la inyección, irritabilidad.

Adolescentes (desde 11 años de edad) y adultos: Muy frecuentes: cefalea, náuseas, hinchazón, induración, eritema y dolor agudo en el lugar de la inyección (incluyendo dolor intenso en la zona de inyección definido como dolor que impide realizar la actividad diaria normal), malestar general, mialgia, artralgia.

Consultar Ficha Técnica de Bexsero para información adicional sobre las contraindicaciones, precauciones y reacciones adversas.

1. Deceuninck G, Lefebvre B, Tsang R, et al. Impact of a mass vaccination campaign against Serogroup B meningococcal disease in the Saguenay-Lac-Saint-Jean region of Quebec four years after its launch. *Vaccine*. 2019;37:4243-4245. 2. Azzari C, Moriando M, Nieddu F, et al. Effectiveness and Impact of the 4CMenB Vaccine against Group B Meningococcal Disease in Two Italian Regions Using Different Vaccination Schedules: A Five-Year Retrospective Observational Study [2014-2018]. *Vaccines* 2020;8:469. 3. Ficha Técnica Bexsero 07/2020. GSK. 4. Ficha técnica Menveo 01/2020. GSK.

el farmacéutico

PROFESIÓN Y CULTURA



www.facebook.com/elfarmacuticorevista



@elfarma20



elfarmacuticorevista

www.elfarmacutico.es

Sumario

EF n.º 595
enero 2021

14



Un día en la farmacia

El azar llevó a Olivia Martínez Monge a la farmacia de Sotobañado (Palencia), donde se ha establecido y desde donde trabaja en campañas con autoridades locales para mejorar la salud de sus vecinos.

19



Profesión

Los farmacéuticos deben disponer del conocimiento para diferenciar los síntomas relacionados con patologías respiratorias como el resfriado, la gripe y la rinitis alérgica, informar a la población y actuar ante posibles pacientes con COVID-19.

41



Curso

En la anticoncepción, el farmacéutico realizará dos tipos de dispensaciones: por una parte, a las usuarias que inicien por primera vez la toma de anticonceptivos y, por otra, dispensaciones continuadas.

5

Editorial

No eran doce, trece
F. Pla

6

Notifarma

9

Con firma

La última mesa
J. Espolita

12

El color de mi cristal

Atención farmacéutica domiciliaria
Guillermo Bagaría, Baltasar Pons

14

Un día en la farmacia de...

Olivia Martínez Monge.
Farmacia de Sotobañado (Palencia)
F. Pla

19

Profesión

¿Alergia o COVID-19?
N. Escudero

24

Profesión

Defensas en invierno
M.J. Alonso

32

Profesión

Manejo del estreñimiento en la farmacia
M.L. González del Toro, I. Calleja

41

Curso de formación continuada «Salud de la mujer»

Tema 5. Anticoncepción hormonal en la farmacia comunitaria
M.N. Caelles

50

Consulta de gestión patrimonial

Farmaconsulting Transacciones, S.L.

49

Pequeños anuncios

52

Vinos y libros

57

Detrás del espejo

Las guerrilleras del arte contemporáneo
J. Esteva de Sagrada

58

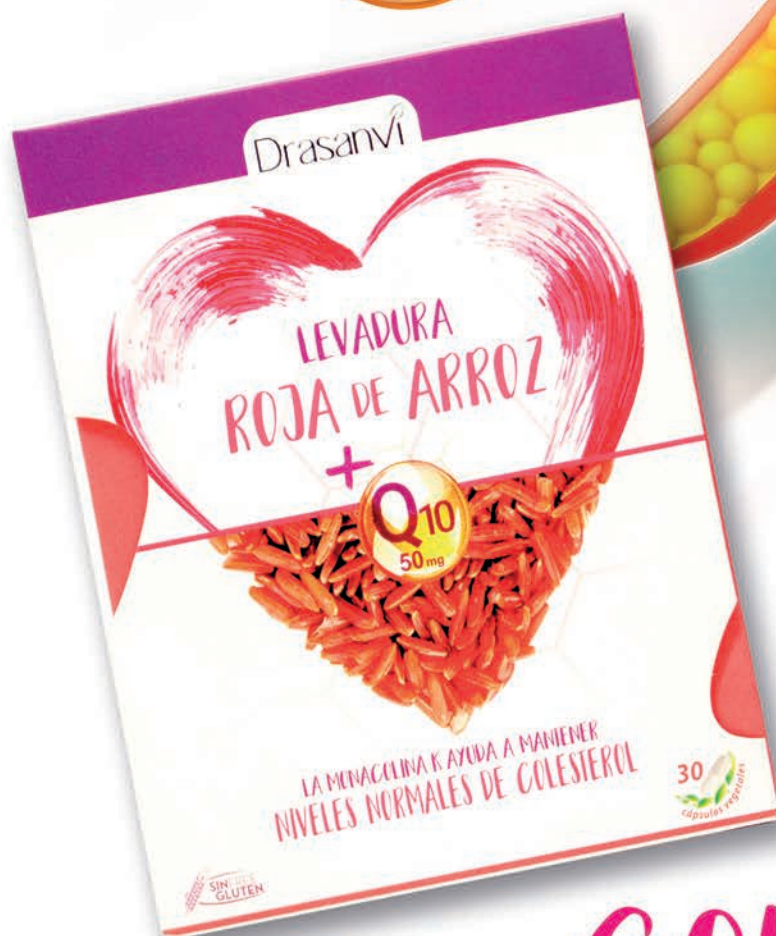
Un tuit en el herbario

De vacunas y de hombres
J.F. Olalla

Drasanvi

LEVADURA
ROJA DE ARROZ

+



LA MONACOLINA K
AYUDA A MANTENER
NIVELES NORMALES DE

COLESTEROL

LOS ESTUDIOS RELACIONADOS SEÑALAN QUE ES NECESARIO EL CONSUMO DE, AL MENOS, 10 MG DE MONACOLINA K.
LAS CÁPSULAS DE DRASANVI APORTAN 12 MG DE DICHA SUSTANCIA POR DOSIS DIARIA.

Director:

Francesc Pla (fpla@edicionesmayo.es)

Redactor jefe:

Javier March (jmarch@edicionesmayo.es)

Redacción:

Silvia Estebarán (sestebaran@edicionesmayo.es)

Anaïs Faner (afaner@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, 185-187, 2.ª planta. 08021 Barcelona

Tel.: 932 090 255

Fax: 932 020 643

comunicacion@edicionesmayo.es

Publicidad:**Barcelona:**

Aribau, 185-187, 2.ª planta. 08021 Barcelona

Tel.: 932 090 255

Mónica Sáez: msaez@edicionesmayo.es

Mar Aunós: maunos@edicionesmayo.es

Madrid:

López de Hoyos, 286.

28043 Madrid.

Tel.: 914 115 800

Fax: 915 159 693

Raquel Morán: raquelmoran@edicionesmayo.es

Depósito legal:

B. 10.516-84

ISSN 0213-7283

Suscripciones:

90,75 euros

Control voluntario de la difusión por

Tirada: 20.500 ejemplares

© Fotografías: 123RF.com

© Ediciones Mayo, S.A.

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



No eran doce, trece

El año berrea como un bebé en el funeral del viejo. Es un llanto punzante y rabioso que nos taladra el cerebro y que nos exige resistencia y paciencia. Dicen los optimistas y los valientes que eso significa que viene sano y que, como todos los críos, llega con un pan bajo el brazo. El año nuevo, de la mano de la ciencia, nos ha traído la esperanza. Ya tenemos varias vacunas eficaces contra la COVID-19 y empezamos a vacunar. Tenemos una tarea que podría ser, como el león de Nemea o la hidra de Lerna, una de las doce que tuvo que vencer Heracles para ser perdonado. Vacunar al mundo entero, ahí es nada.

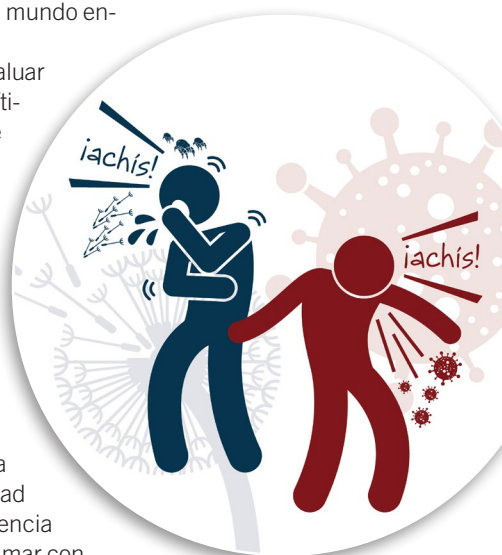
Sería pretencioso en estas páginas intentar evaluar todos los aspectos sanitarios, económicos y políticos que implica ese reto de la humanidad. Seré discreto y prudente, me ceñiré a nuestra pequeña parcela de mundo que, aunque sea de las bien situadas de la urbanización, también tiene sus problemas. Aún más, me centraré concretamente en nuestro rincón de detrás de los mostradores, no sé si en primera, segunda o última fila. Sea donde sea que estemos o nos sitúen, deberemos hacer todo lo que podamos para que esto funcione lo mejor posible.

Los que tienen que tomar decisiones en una situación plagada de incertidumbre y complejidad merecen todo nuestro respeto, pero esa prudencia que se nos debe exigir no debe impedirnos reclamar con la máxima contundencia a los que dirigen el cotarro que nos digan las cosas claras. ¡No lancéis falsas esperanzas, por favor! Esto va para largo. A lo que deberíamos aspirar es a que dure lo menos posible; para ello necesitamos recursos para comprar vacunas suficientes y disponer de manos adecuadas para administrarlas. Además, para que no acabe en una orgía, necesitamos organización. Para cumplir los objetivos que se han anunciado (el 60% de la población vacunada en verano), debemos administrar 350.000 dosis de vacuna diarias sin parar. Insisto, un reto.

No se trata de volverlo a repetir ni de sacar ganancia del río que baja revuelto. Se trata de sentido común, de ser conscientes de lo hercúleo del reto y de aprovechar hasta el último recurso del que disponemos. La vacunación en determinadas farmacias, las que sean necesarias y reúnan las condiciones para hacerlo, en un modelo sanitario como el español, puede considerarse como un recurso adicional, incluso excepcional, pero nunca despreciable. No contemplarlo como una posibilidad exclusivamente por cuestiones ideológicas o corporativas ya entra en la categoría de pecado capital. Cuando eso sucede, podemos afirmar con pena que no vamos bien.

PD: No quiero mezclar churras con merinas, pero es tan penoso como que no estén dispensándose de forma normalizada en las farmacias los autotests de antígenos. Ceguera absoluta. ●

Francesc Pla



Aquilea Respira® y Aquilea Tos Family®: soluciones naturales para aliviar el resfriado y favorecer la salud de las vías respiratorias

Aquilea presenta dos nuevas soluciones con ingredientes naturales para favorecer la salud de las vías respiratorias y aliviar los principales signos del resfriado común, propios del invierno: Aquilea Respira®, para la congestión nasal, y Aquilea Tos Family®, para calmar la tos de toda la familia.

Para ayudar a descongestionar, Aquilea Respira® es una solución natural y eficaz gracias a una formulación completa que disminuye la inflamación de la mucosa y a la vez ayuda a dar sensación de alivio, sin producir efecto rebote ni adicción. Su composición contiene extracto de pulpa de las hojas de *Aloe vera*, que protege y alivia la mucosa irritada, además de evitar que los alérgenos entren en contacto con la mucosa. También ofrece una sensación de alivio gracias a la esencia de eucalipto y abeto, que favorecen una sensación de amplitud en las fosas nasales.

Para combatir la tos provocada como acto reflejo o por la acumulación de mucosidad en las vías respiratorias, Aquilea Tos Family® es un tratamiento de doble acción ideal para combatir la tos seca y la tos productiva. Su fórmula, con extractos naturales y miel, crea una película protectora que calma la tos y protege el tracto respiratorio superior. En la tos productiva favorece la expulsión del moco hidratándolo, y en la tos seca protege de la irritación de las mucosas y actúa como calmante sobre la mucosa irritada.

Gracias a la presencia de extractos naturales con eficacia probada, ambos productos ayudarán a aliviar y combatir los síntomas del resfriado o la gripe. Estas dos soluciones de fácil administración son aptas para toda la familia: Aquilea Tos Family® se puede tomar a partir de los 2 años y Aquilea Respira® a partir de los 6.



 www.aquilea.com

MATRICIUM®: regeneración y cuidado de la piel en profundidad

MATRICIUM®, de Bioderma, es el primer dispositivo médico regenerador celular y tisular cuya fórmula «imita» los elementos de la matriz cutánea para devolverle al rostro «su mejor cara».

«Cada ampolla está compuesta por 63 ingredientes 100% biocompatibles y biodisponibles que reactivan las capacidades funcionales cutáneas, logrando recuperar la juventud de la piel», apunta Marta Garnica, responsable de formación de Bioderma. Es por ello que MATRICIUM® es capaz de recuperar pieles fragilizadas por tratamientos dermatológicos, procesos de cicatrización o desequilibrios hormonales, entre otras. A su vez, puede aplicarse en pieles desvitalizadas como «booster de belleza», impulsando la efectividad del tratamiento diario. Posee aminoácidos y péptidos, ácido hialurónico, glúcidos, sales minerales, vitaminas, nucleótidos y oligoelementos.

MATRICIUM® aumenta la síntesis de colágeno, elastina y glicosaminoglicanos, evitando la flacidez y tratando arrugas profundas; mejora el crecimiento; acelera la reparación de las células dañadas, y posee una potente protección antioxidante. Está indicado como complemento para tratar el envejecimiento, la piel reactiva, la rosácea, el acné, las manchas... y su aplicación resulta ideal después de tratamientos estéticos como *peelings* o *laser*.

MATRICIUM® cuenta, además, con la recomendación de cinco destacados farmacéuticos: Gema Herreñas (Farmacia A5), Reme Navarro (Mifarma), Juan José Jiménez (Farmacia Jiménez), Alejandro Gómez-Ulla (Farmacia Gómez-Ulla) y Mercedes Migoya (Farmacia Migoya).

Se comercializa en una caja de 30 monodosis de 1 mL y tiene un PVP de 69,95 euros.



 www.bioderma.es

tos FAES MeIPROTECT®

Calma la tos seca y productiva

**HIDRATA, LUBRICA Y PROTEGE
LA MUCOSA DE LAS VÍAS
RESPIRATORIAS ALTAS.**

TRIPLE ACCIÓN

- + **ALIVIA LA IRRITACIÓN** de las vías respiratorias altas¹
- + **CALMA LA TOS SECA Y PRODUCTIVA**¹
- + **FLUIDIFICA EL MOCO** facilitando su eliminación¹

1. Información al usuario tosFAES MeIPROTECT.

www.orlfaes.com



NUEVO



AGRADABLE
SABOR

CN 200687.4

Con **INGREDIENTES**
de **ORIGEN NATURAL**

FAES FARMA

Laboratorios Ordesa lanza Imunoglukan® P4H FRENATURKids®

Laboratorios Ordesa presenta Imunoglukan® P4H FRENATURKids®, un tratamiento inmunomodulador y sintomático formulado para niños a partir de 3 años que, gracias a la sinergia de sus ocho ingredientes, potencia el normal funcionamiento del sistema inmunitario a la vez que favorece la salud de las vías respiratorias.

Contiene Imunoglukan® de origen fúngico, con efecto inmunomodulador; vitamina C, que contribuye al normal funcionamiento del sistema inmunitario y posee efecto antioxidante; y zinc, que contribuye a la reducción en la duración de los episodios. Además, incorpora 5 plantas medicinales (*Pelargonium sidoides*, *Sambucus nigra*, *Ribes nigrum* L, *Drosera rotundifolia* y *Sisymbrium officinale*) con propiedades antiinflamatorias, antioxidantes, mucolíticas, espasmolíticas, antitusígenas y antibacterianas, que ayudan al alivio de los síntomas relacionados con las infecciones de las vías respiratorias altas como congestión o secreción nasal, tos, irritación de garganta o mucosidad.

Posee un agradable sabor gracias a que se ha añadido miel de flores, que también aporta un efecto beneficioso en la mejora de la tos nocturna y la dificultad para dormir.

Se recomienda seguir el tratamiento con Imunoglukan® P4H FRENATURKids® durante 5 días, desde el momento en que empiezan los primeros síntomas agudos de infección respiratoria, con una o dos tomas al día, preferiblemente con el estómago vacío o entre comidas. Se presenta en suspensión oral de 100 mL con una fácil dosificación.

Más del 87% de los pacientes que se han tratado con Imunoglukan® P4H FRENATURKIDS® informaron de una alta eficacia, favoreciendo una menor utilización de tratamientos farmacológicos como antibióticos.



<https://www.complementospediatricos.com/producto/immunoglukan-p4h-frenaturkids>

ERGY D: vitamina D3 de origen natural para toda la familia

La vitamina D apoya el funcionamiento del sistema inmunitario y por ello Nutergia presenta ERGY D.

ERGY D es un complemento alimenticio rico en vitamina D3 de origen natural. El soporte de la vitamina D3 de ERGY D es el aceite

virgen de colza bio enriquecido en vitamina E de origen natural para su preservación.

Cada gota de ERGY D equivale a 5 µg o 200 UI (Unidades Internacionales) de vitamina D de origen natural, con lo que se consigue el 100% de los VRN (Valores de Referencia de Nutrientes).

ERGY D se presenta en una forma líquida

idealmente absorbible, de sabor neutro y de uso fácil para todos.

Se comercializa en un bote de 15 mL, con un PVP Rec. de 12 €.



www.nutergia.es

FAES FARMA lanza Tos FAES MelPROTECT

FAES FARMA lanza Tos FAES MelPROTECT, una solución a base de ingredientes de origen natural como la miel, extractos secos o aceites esenciales.

Su composición es rica en polisacáridos, mucílagos, resinas y flavonoides, realizando una triple acción:

- Alivia la irritación de las vías respiratorias altas. Su composición específica hidrata, lubrica y protege la mucosa de las vías respiratorias altas, aliviando así la irritación.
- Calma la tos seca y productiva.
- Fluidifica el moco, facilitando su eliminación y favoreciendo el bienestar fisiológico.

Este jarabe, que tiene un sabor a miel eucalipto, es apto para adultos y niños mayores de 12 años. Además, se recomienda tomar 15 ml, 2 veces al día. Se comercializa con el siguiente PVP: 9,96 €.



<https://faesfarma.com/>



Con firma



**Jaime
Espolita
Suárez**

Presidente de la
Sociedad Española
de Farmacia Rural
(SEFAR)

**“Es momento
de ponerse
el mono de
trabajo y pelear
porque nuestra
magnífica
profesión dé un
paso adelante”**

La última mesa

Hay un dicho italiano que reza lo siguiente: «O si cambia, o tutto si ripete» y cuya traducción, por obvia, no es necesario poner aquí. Pues bien, se ha acabado 2020, el año maldito, el año de las mascarillas y la ausencia de abrazos, de las polémicas estériles, de los golpes en el pecho, de los aplausos y los reproches. El año del que decían que íbamos a salir mejores (tierna inocencia). El año que cambiaría nuestra forma de ser y actuar (¿en serio?). Y llegamos, por fin, al año de la ansiada vacuna y, ojalá, de la lenta vuelta a una cierta normalidad (nueva o vieja, da igual).

No voy a repetir aquí tantas y tantas cosas que se han dicho sobre el importante papel de nuestra profesión este último año, sobre qué hubiera sucedido sin el excelente trabajo de nuestros compañeros hospitalarios, de atención primaria o de análisis clínicos, qué atención sanitaria hubiera existido (sobre todo en nuestra España rural) si nuestra cruz se hubiese apagado o si nuestros colegas de la distribución no hubiesen realizado un trabajo impecable. Y eso por no señalar que (una vez más) se ha demostrado que la industria farmacéutica no es la mala de la película, sino una pata fundamental de nuestro estado del bienestar. Y no voy a repetir todo eso, aunque creo que ya lo he hecho, porque siempre he pensado que la autocomplacencia es el mayor enemigo del avance y de la evolución.

Seamos sinceros: después de tanto esfuerzo, de tanto sacrificio, de tantas lágrimas y de tantos compañeros que se han dejado literalmente la vida durante la presente pandemia, ¿qué nos ha dejado todo esto? ¿Nos conformamos con un agradecimiento mendigado a tal o cual famoso? ¿Nos basta con unas palmaditas en la espalda de esta o aquella Administración? ¿Vamos a querer aprovechar esta situación únicamente para reclamar acciones que no nos son específicamente propias mientras obviamos que es

esencial, como los expertos en el medicamento que somos, exigir un mayor papel en lo que se refiere a prescripción o modificación de tratamientos? ¿No vamos a profundizar en lo que se ha demostrado que es una de nuestras mayores fortalezas (más allá de la sanitaria) como es nuestro carácter social y asistencial? ¿De verdad vamos a ofrecernos para casi cualquier cosa sin pedir primero una mayor integración en nuestro sistema de salud?

No. Cuando la Administración, algún medio de comunicación o alguna institución no nos han considerado sanitarios (y ¡claro que lo somos!) no es porque nos tengan manía o nos quieran faltar al respeto, ése sería un pensamiento demasiado infantil. Tenemos todos la imperiosa necesidad de hacer un examen de conciencia y reconocer las causas por las que, más allá de nuestra profesión o entorno, ha primado la visión «comercial» de nuestra labor sobre la sanitaria. ¿Qué hemos hecho mal para que nuestro trabajo no sea adecuadamente reconocido?

Como ya sabéis, hace bien poco el Consejo General ha creado la Mesa de la Profesión Farmacéutica, idea que aplaudimos y de la que esperamos se convierta en un foro donde discutir todos estos temas en libertad entre todas las partes de nuestra rica profesión.

Sé que estas palabras pueden sonar «rudas» y puede que alguien se atragante con el penúltimo polvorón, pero no es ésa mi intención. Soy un auténtico enamorado de la Farmacia (en mayúsculas), un absoluto creyente del enorme talento y conocimiento de la inmensa mayoría de nuestros compañeros, y un convencido de que nuestra función es crucial para el paciente. Pero es ahora o nunca, es momento de ponerse el mono de trabajo y pelear porque nuestra magnífica profesión dé un paso adelante y reclame lo que es suyo por derecho y capacidad. Si no es así... todo se repetirá. ●



¡MANDA TU RESFRIADO A DORMIR!

ACCIÓN
2 EN 1

CONGESTIÓN NASAL + TOS

CONGESTIÓN
NASAL



TOS



MATERIAL EXCLUSIVO PARA PROFESIONALES SANITARIOS. NO TRANSMITIR A CONSUMIDOR.

Alivio sintomático de la tos y la congestión nasal existente en el resfriado y la gripe.

Medicamento no sujeto a prescripción médica. Medicamento no financiado. MAT-ES-VICKS-20-000219. Diciembre 2020.

COMBATE LA GRIPE Y EL RESFRIADO CON ILVICO Y VAPORUB POMADA



Ilvico contiene paracetamol, bromfeniramina maleato y cafeína para el dolor, la fiebre y la secreción nasal.

Además, la cafeína potencia el efecto del paracetamol en un 40%¹.



Ilvico 20 Compridos recubiertos
CN: 771337.1
P.V.P 9,60 €

VapoRub pomada permitirá al paciente aliviar los síntomas de la congestión nasal y la tos.



100g. CN: 720601.9
P.V.P 10,57 €

50g. CN: 846287.2
P.V.P 7,68 €



Guillermo Bagaría

Farmacéutico comunitario. Barcelona

“**Todo servicio profesional que se demuestre eficaz ha de ser sostenible en el tiempo, lo que necesariamente implica garantizar su viabilidad económica**”

Redefinición de circuitos y funciones

Mucho se ha hablado de las justificaciones racionales en defensa de la atención farmacéutica domiciliaria. Los argumentos más contundentes pivotan sobre el envejecimiento de la población, la cronicidad de las enfermedades, la polimedicación, la baja adherencia a los tratamientos, los errores de medicación, los ingresos hospitalarios, y el coste económico y social de la mala gestión de la medicación. Añádase la oportunidad de intervención de la red de farmacias comunitarias con criterios consensuados y concertados con la Administración pública, y tendremos un hilo argumental irrefutable. También lo es la normativa legal que NO CONTEMPLA la entrega de medicamentos a domicilio. Pero ambos argumentos resultan fríos y distantes respecto al drama humano que se pretende solucionar, porque detrás de estos dilemas existe una realidad plausible en todos los barrios, en todos los pueblos de España: la soledad de parte de la población y la falta de recursos sociales que detectamos en el mostrador de la farmacia. ¿Qué es lo que me gustaría poder hacer como farmacéutico de barrio? Me gustaría percibir una mayor integración con el sistema sanitario. Resulta pavorosa la necesidad de disponer de una mejor comunicación con la atención primaria que nos permita realizar un trabajo colaborativo; estamos incompletos y somos ineficientes si trabajamos aislados. Es cierto que vivimos tiempos de crisis sanitaria por la pandemia de COVID-19, pero es ahora, en momentos de debilidad, cuando hay que apostar por la redefinición de circuitos y funciones. Con esta mayor comunicación sería ideal desplegar una red de vigilancia que detectase fragilidad poblacional de forma temprana (disponemos ya de programas así en Cataluña) y que, en una comunicación bilateral, el prescriptor pudiese clasificarla y ponderarla. Me gustaría que esta identificación temprana, bidireccional y

colaborativa sirviese para detectar necesidades de intervención del farmacéutico, que se podrían concretar en forma de:

1. Conciliación de la medicación entre las prescripciones de los diferentes ámbitos: hospital, atención primaria, medicina privada y automedicación.
2. Revisión con el paciente de su medicación.
3. Seguimiento farmacoterapéutico con o sin elaboración de SPD y que incluyese una atención domiciliaria si fuese necesario.
4. Revisión de botiquines.
5. Emisión de informe posvisita al equipo de atención primaria.

La seguridad del paciente y su autonomía se podrían alargar considerablemente, aunque resulta obvio que la tendencia natural del paciente crónico complejo sea la deriva hacia el empeoramiento. Aquí también el farmacéutico próximo podría ayudar a establecer los límites de este empeoramiento en sus visitas periódicas, límites que permitirían activar otro tipo de recursos de apoyo al paciente. A mi entender, la conveniencia de esta necesidad debería ser determinada por el equipo de atención primaria, prescrita en forma de servicio profesional cuando fuese necesario por medio de la propia receta electrónica y prestada por la farmacia acreditada más cercana al paciente (formación, protocolo, indicadores mediante, por supuesto). Huelga decir que la prescripción del servicio debería ser consensuada, concertada y retribuida por el sistema sanitario, porque todo servicio profesional que se demuestre eficaz ha de ser sostenible en el tiempo, lo que necesariamente implica garantizar su viabilidad económica. Además, es fácil entender que esta intervención aportaría ante todo seguridad al paciente y, por tanto, una reducción de costes al sistema sanitario.

Teniendo esto claro y poniendo al paciente como punto de apoyo, la estaca de la normativa se tumba estirando fuerte. ●

Un modelo de atención farmacéutica domiciliaria común

Durante todos estos meses que llevamos de pandemia, las necesidades de nuestros pacientes han cambiado totalmente, y las farmacias nos hemos tenido que adaptar en tiempo récord y con pocas ayudas para ello. Necesidades que vienen generadas por las noticias que los pacientes ven en los medios, por no tener a su médico tan accesible como antes, por no poder consultar algo de su estado de salud, de su medicación, de medidas de protección, de higiene... Estas nuevas necesidades pasan por respaldar todavía más a los pacientes ante los centros de salud cerrados porque saben que nuestra cruz nunca se apaga.

Los pacientes más vulnerables, sin familias, con miedo a salir, a veces con restricciones de su comunidad... si no pueden venir a la farmacia, necesitan que la farmacia pueda ir a sus casas; nosotros los podemos ayudar con su medicación, prepararles el SPD, les podemos revisar su botiquín, ver si tienen medicamentos caducados o de patologías anteriores; les podemos medir factores de riesgo y llevarles un seguimiento, también ver sus hábitos nutricionales y las medidas higiénicas que siguen, y resolver cualquier duda o cuestión que tengan. Los pacientes, con solo saber que los va a visitar el farmacéutico a su casa, ya tienen esa tranquilidad y seguridad que ahora echan mucho en falta.

La atención farmacéutica domiciliaria nos sirve, además, para cribar al paciente en patologías cardiovasculares como dislipemias, diabetes/prediabetes, HTA, detección de pulso irregular, y si vemos algún problema, derivamos a su médico. Hemos detectado pacientes con alteraciones de algún factor de RCV, pulsos irregulares que derivan en una FA, signos de deshidratación... Y hablamos con su médico, que es quien valora el tratamiento a instaurar, y luego les llevamos el seguimiento.

Agradecemos mucho que el CGCOF autorizara durante el estado de alarma la entrega de medicamentos a domicilio a los pacientes más frágiles y vulnerables, para no dejar a la población más frágil sin acceso a su medicación, haciendo que en toda España se siga el mismo protocolo, pero después ha vuelto la competencia a cada comunidad y seguimos en lo de siempre, cada comunidad por libre, y aquí es donde tendríamos que luchar para ir todos al unísono.

Mi propuesta es que necesitamos un modelo de atención farmacéutica domiciliaria común para todos, para nada un modelo intrusivo con otros profesionales sino llegar a los pacientes a los que la atención primaria no llega, y además colaborar con sus médicos, enfermeras, cuidadores y todos los profesionales sanitarios implicados en ese mismo paciente con un correcto seguimiento, haciendo partícipe al paciente en ello.

Tendríamos que tomar modelos de otros países como Australia, donde se lleva a cabo una *home medicines review* en el domicilio del paciente de forma remunerada (un pastón, por cierto), y adaptarlos a nuestro modelo de farmacia. Hay compañeros que han conseguido que se remunere por parte de ayuntamientos, servicios sociales y demás, pero necesitamos un modelo común y para ello debe intervenir el CGCOF.

Es un servicio profesional con el que conseguimos identificar problemas relacionados con la medicación, duplicidades que el paciente pueda tener en casa, mejoramos la adherencia de su medicación, llevamos un seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular: TA, glucosa, colesterol... Llevamos un control de su botiquín, de las caducidades, resolvemos sus dudas, preguntas... Pero, sobre todo, estamos y lo apoyamos, lo respaldamos porque nuestra cruz nunca se apaga. ●



Baltasar Pons

Farmacéutico
comunitario.
Llucmajor (Mallorca)

«Necesitamos llegar a los pacientes a los que la atención primaria no llega y, además, colaborar con todos los profesionales sanitarios implicados»



ENTRA EN LA WEB Y COMÉNTALO

#afdomiciliaria

● Un día en la farmacia de...

Texto: Francesc Pla

Olivia Martínez Monge
Farmacia de Sotobañado (Palencia)

Una apuesta decidida por la farmacia rural

“ Los farmacéuticos estamos viviendo un momento crucial en el que debemos demostrar nuestro verdadero valor, y todos, no solo los rurales »

El río Boedo surca las tierras del Valle de Valdavia, y en su ribera se encuentra Sotobañado. Son tierras castillo-leonesas de la provincia de Palencia, tierras de románico. Olivia Martínez no tiene muy claro si fue ella quien las escogió o fueron ellas las que la escogieron a ella. «Llegué a Sotobañado después de dar muchas vueltas y casi de casualidad, podría haber acabado en cualquier otro pueblo.» El mismo azar, dentro de un orden, que influyó en su decisión sobre su vida profesional: «Estudí farmacia —explica Olivia—, pero podría haber estudiado cualquier otra cosa. Después de meses intentando decidir si quería estudiar medicina, biología u odontología, me decidí por farmacia porque contenía las materias que más me gustaban: microbiología, botánica y bioquímica, aplicadas a mejorar la salud de los demás. De eso sí estaba segura de que era a lo que quería dedicarme en el futuro».



Explorando terrenos desconocidos

La vida de Olivia Martínez está llena de contrastes y de giros espectaculares en su guion. «Al acabar la carrera, en 1999, trabajé con un contrato de aprendizaje en una muy conocida y concurrida farmacia de Madrid. Allí descubrí que me encantaban el trato y la cercanía con los pacientes.» Con el cambio de siglo llegó también el primer gran vuelco en la vida de Olivia: «Al año de estar trabajando, surgió la oportunidad de mudarme a trabajar al Reino Unido. Me ofrecieron el doble del salario mensual más incentivos por objetivos, pero sobre todo me ofrecían una carrera profesional en la que podía progresar profesional y económicamente. Lo que iba a ser algo temporal acabó convirtiéndose en una etapa de 10 años entre Inglaterra e Irlanda». Guarda un gran recuerdo de esa época, que la enriqueció profesionalmente: «Tuve la suerte de formar parte de equipos con grandes profesionales –recuerda– que me enseñaron el significado de la palabra *excelencia*, y la importancia de la formación continuada y de la atención al cliente».

En esa época la farmacia en el Reino Unido estaba en un periodo de transformación profunda: «Era la época en la que empezaban a implantar servicios profesionales, y yo me impliqué al 100% en su implementación en cada una de las farmacias en las que trabajé. Recuerdo que comencé con la “contracepción de emergencia”, seguida de la “deshabitación tabáquica”, hasta llegar a un amplio abanico de servicios que incluían la “derivación a la farmacia de trastornos menores”, la “revisión del uso de medicamentos” y la “detección precoz del riesgo cardiovascular”».

Su tendencia a explorar terrenos desconocidos apareció también en aquellos años. «Hice un pequeño paréntesis trabajando en la industria, pero al cabo de poco más de un año me di cuenta de que no era lo mío: echaba de menos el trato con pacientes y la constante actividad de la farmacia comunitaria.» Después de ese lapso reafirmó definitivamente su vocación asistencial: «Volví a la farmacia comunitaria. Pasé los siguientes años trabajando como *mánager* en farmacias cada vez más grandes, hasta que me saturé un poco».

Cambio radical

Las exigencias de la gestión la alejaron paulatinamente de las tareas más asistenciales, lo que fue la espoleta de otro cambio más radical si cabe: «Hice las maletas una vez más y decidí volver a España». Su opción era comprar una pequeña farmacia en un pueblo en la que podría centrarse en lo que realmente la motivaba: mejorar la salud de sus vecinos.

No fue una adaptación fácil ni para ella ni para su marido neozelandés, para quien el regreso fue además un cambio de cultura radical. «Recalamos en Sotobañado –recuerda–, un pequeño pueblo que en la actualidad cuenta con menos de 150 vecinos. El pueblo había tenido farmacia

hasta que murió el boticario en la década de 1940, por lo que estuvieron sin farmacia durante 50 años, en los que los vecinos debían desplazarse 11 kilómetros para conseguir sus medicamentos.» En los noventa abrió su farmacia en los locales que ahora ocupa. En su caso, como en el de muchas farmacias de micropueblos, los locales están cedidos por el Ayuntamiento. «La farmacia está ubicada en el edificio antiguo de las escuelas. Es un local amplio, pero mal equipado. Las reparaciones corren de mi cuenta y representan un gasto importante. Actualmente, estoy intentando que el Ayuntamiento corra con el gasto del cambio de las ventanas, que no cierran bien. Entra agua y en invierno hace un frío terrible.»

«Los primeros meses fueron de auténtico *shock*. Profesionalmente sentí que estaba retrocediendo en mi carrera. La farmacia en España apenas había evolucionado. Por otro lado, después de haber vivido casi toda mi vida en grandes ciudades en las que me sentía como pez en el agua, teníamos que adaptarnos a vivir en un pequeño pueblo, y aunque tiene grandes ventajas, echaba terriblemente de menos la vida tan activa (tanto desde el punto de vista cultural como social) que había llevado hasta entonces.»

Los condicionantes económicos también dificultaron un cambio ya de por sí costoso: «Compré la farmacia a finales de 2009, en plena crisis. Coincidió con todas las medidas de contención del gasto que se fueron encadenando en aquellos años.»

«A pesar de todas esas dificultades –sigue recordando–, comencé este proyecto con mucha ilusión, conseguí que la farmacia creciera, a pesar del poco margen para el crecimiento que hay en una farmacia de estas características, y ahora este pueblo se ha convertido en mi hogar. Además de Sotobañado, abrí un botiquín en un pueblo a 10 kilómetros al que acudo dos veces por semana, y también llevo una pequeña residencia de ancianos.»

Otro cambio importante fue pasar a trabajar sola. Olivia tuvo que aprender a convivir con la soledad: «Fue muy duro al principio –explica–; cuando trabajas en un equipo siempre cuentas con alguien que te ayuda si tienes una duda, alguien a quien contarle lo que te preocupa o, simplemente, alguien con quien hablar. Aquí en invierno hay muy poca gente, y las tardes sin ningún cliente y yo sola en la farmacia se me hacían eternas». Al principio echó mucho de menos ser parte de un equipo, pero «ahora, gracias a las redes sociales, he creado un grupo de farmacéuticos de la provincia con los que me llevo bien y estamos en contacto. La SEFAR [Sociedad Española de Farmacia Rural] también es un apoyo enorme, nos ayudamos mucho unos a otros y siempre tenemos algún proyecto en marcha».

Resalta también aspectos positivos de su elección: «Trabajar en una farmacia pequeña te da libertad para imprimirle tu sello característico y darle el rumbo que te intere-

se. Un pueblo pequeño te hace sentir parte fundamental de la comunidad, y te permite trabajar de manera muy estrecha con los otros profesionales sanitarios de la zona. La relación con la médica y la enfermera es muy cercana, nos vemos casi a diario, discutimos sobre pacientes..., y eso es mucho más difícil de alcanzar en un entorno urbano. Tengo la suerte de poder hacer un horario reducido y además no hago guardias, lo que me permite pasar mucho tiempo con mi familia, aunque viviendo y trabajando en el pueblo es difícil desconectar. Aquí eres “la farmacéutica” las 24 horas del día.»

Y añade: «Vivir en un sitio con poca oferta de ocio y no perder horas al día metida en atascos también me dan mucho tiempo para hacer formación continuada; participo en muchos de los cursos que se organizan desde el colegio o el Consejo General. Me gusta aprender, y no concibo ejercer nuestra profesión sin estar en constante desarrollo. En mi continua búsqueda de las áreas de formación que podrían tener más impacto en mis pacientes, hace poco más de un año finalicé el curso de “Experto en Ortopedia” por la Universidad de Alcalá de Henares».

Farmacia rural

Al poco tiempo de comprar Olivia la farmacia se fundó la SEFAR, de la que actualmente es vicepresidenta segunda. «Para mí fue como ver la luz al final del túnel. El trabajo del farmacéutico rural es muy solitario, generalmente somos el único en la farmacia, y la SEFAR me dio la oportunidad de conocer a otros farmacéuticos con los que compartía inquietudes y problemas, pero sobre todo la posibilidad de contactar y colaborar con un grupo de farmacéuticas y farmacéuticos apasionados por la farmacia rural y dispuestos a no dejarla morir.»

No renuncia a la esperanza, pero es consciente de la precariedad de la situación. «No puedo evitar ser pesimista cada vez que pienso que yo seré la última farmacéutica de Sotobañado», reflexiona, y añade: «La situación económica nos asfixia cada vez más, y si bien todo son palabras bonitas hacia la farmacia rural, no se está tomando ninguna medida para salvarla. La farmacia es un servicio fundamental en estos pequeños pueblos». Y la pandemia ha hecho aflorar con toda la crudeza una realidad casi siempre escondida: «Este año se ha evidenciado más que nunca que, cuando casi todos los demás servicios habían desaparecido, la farmacia seguía abriendo cada día, llevando medicinas a casa a quien las necesitaba, contestando a numerosas llamadas de teléfono, y educando y resolviendo dudas de la población».

Aboga por la implantación de medidas políticas estructurales: «La salvación de la farmacia rural debe ser la consecuencia de la salvación del medio rural; para ello hay que invertir en políticas que realmente frenen la despoblación, sacar el máximo partido de los recursos que tenemos. No dejar morir a los pueblos como está sucedien-

do debería ser prioritario, pero la realidad es que no lo es». A falta de estas políticas, reclama soluciones coyunturales: «Mientras tanto, los que seguimos al pie del cañón en estos pueblos que cada vez están más despoblados deberíamos poder ejercer nuestra profesión en unas condiciones dignas».

Olivia expone las bases sobre las que cree que deberían construirse estas soluciones: «Los servicios farmacéuticos —explica— deben ser parte de la solución, aunque reconozco que tenemos un gran camino por recorrer: debemos analizar las necesidades reales de la población y determinar las actuaciones que son necesarias y cuáles se podrían



hacer desde la farmacia». Tiene muy claro que los servicios deben ser de calidad y remunerados: «Tendríamos que ponernos las pilas, formándonos y buscando herramientas que cuantifiquen y registren nuestras actuaciones. Estos servicios no tienen mucho sentido si no están concertados y remunerados [...]. Sin esas condiciones —añade—, serán actuaciones puntuales que dependerán de la buena voluntad y de las ganas de implicarse del farmacéutico».

Olivia ilustra sus argumentos con un ejemplo real en su farmacia: «En estos pueblos tan envejecidos, el servicio de SPD podría mejorar los resultados de salud de muchas personas mayores, especialmente de las que viven solas; yo lo hago, pero al no ser un servicio remunerado solo los pocos que lo pueden pagar mensualmente se benefician de ello».

Inquietudes y reivindicaciones

Otro aspecto de las medidas que deberían implantarse es el económico. «Es urgente —sentencia— revisar los baremos VEC, que ya era una ayuda muy escasa cuando se estable-

Curso online de formación
acreditada para farmacéuticos
comunitarios y auxiliares

2º MÓDULO
YA DISPONIBLE

SALUD DIGESTIVA

PREVENCIÓN
Y TRATAMIENTO
DESDE LA FARMACIA
COMUNITARIA

CURSO ACREDITADO

3,8 créditos | 30 horas de formación

MATRÍCULA GRATUITA

Director

Juan del Arco Ortiz de Zárate

Doctor en Farmacia. Director técnico del COFBI. Máster en Atención Farmacéutica. Diplomado en Alimentación y Nutrición Aplicada.

En este curso se presentarán las patologías más habituales del aparato digestivo, sus síntomas y su abordaje desde la oficina de farmacia. También se actualizarán los conocimientos sobre la microbiota intestinal, los probióticos y su relación con la salud digestiva.

Módulo I:
**Introducción a la
salud digestiva**

**Juan del Arco Ortiz
de Zárate**

*Doctor en Farmacia.
Director técnico del COFBI.*

Ya disponible

Módulo II:
**Trastornos
intestinales
más frecuentes**

Ave Mari Aburto Goiri

Farmacéutica comunitaria.

Elena Castiella Lecuona

*Farmacéutica comunitaria.
Doctora en farmacia.*

Ya disponible

Módulo III:
**La microbiota
intestinal y los
probióticos**

Francisco Guarner Aguilar

*Médico especialista en
Gastroenterología. Fisiología y
Fisiopatología Digestiva. Hospital
Universitari Vall d'Hebron. Institut
de Recerca (VHIR).*

Mari Carmen Agirre Lekue

Farmacéutica comunitaria.

Disponible a partir del:

7 de marzo de 2021

Organizado por:

MAYO
formación

Con el patrocinio de:



vilardell

Más información
e inscripciones:

www.aulamayo.com

ció pero no ha vuelto a actualizarse según el IPC, ni se ha aplicado un factor de corrección por los efectos del RDL 8/2010 y ahora resulta ridícula.» Para la fijación de estas ayudas, cree que «deberían tenerse en cuenta otros muchos factores, como la carga de guardias, el número de habitantes y, entre otros, el grado de aislamiento de los pueblos, que condiciona la asistencia a cursos o asambleas y el acceso a los almacenes mayoristas porque las rutas no son rentables».

Resalta el papel de la SEFAR en estas reivindicaciones: «Llevamos años peleando para que se tomen estas medidas, junto con la creación de un fondo de compensación

Olivia es contundente al valorar el trabajo realizado: «En los pueblos pequeños lo hemos hecho bien y hemos evidenciado que somos verdaderamente esenciales. Hemos sido ágiles para adaptarnos a la nueva situación, ampliando nuestro horario y llevando medicinas a sus casas a quienes más las necesitaban. Hemos trabajado mano a mano con nuestros ayuntamientos para reducir el riesgo de exposición de nuestros vecinos y proteger a los más vulnerables, y hemos estado en constante comunicación con los médicos de atención primaria sirviendo de eslabón entre el médico y el paciente». Aprovecha para introducir una reclamación que parece un clamor de toda la profesión: «La



para las farmacias rurales más desfavorecidas». Y apela a la responsabilidad del propio sector: «Creemos que, si bien somos el pilar que sujeta nuestro modelo actual de farmacia, no recibimos el apoyo necesario por parte de nuestra profesión».

Sus inquietudes no se centran exclusivamente en la problemática de su farmacia ni en la de las farmacias como la suya; el sector también la inquieta. «Los farmacéuticos –reflexiona– estamos viviendo un momento crucial en el que debemos demostrar nuestro verdadero valor, y todos, no solo los rurales. No hay día que no se hable de nosotros en las noticias, y no deberíamos conformarnos con la imagen de meros vendedores. Hay muchos compañeros haciendo un trabajo fundamental desde sus boticas, y me entristece ver cómo nos enredamos con lo anecdótico. Sería devastador para nuestra profesión que al final de esta crisis se nos recordase por el precio de las mascarillas o por la venta del test de autodiagnóstico, y que fuéramos incapaces de mostrar el valor añadido de tener un profesional sanitario detrás de esas ventas.»

comunicación médico-farmacéutico en el entorno rural es buena y fluida –afirma–, pero depende de la buena voluntad de los profesionales. Deberíamos sacar mucho más partido a la receta electrónica, que es una herramienta infrautilizada que permitiría no solo una comunicación rápida y fluida, sino también que cualquier actuación quedase registrada de manera inmediata».

Olivia ve su futuro a medio plazo en Sotobañado, siguiendo adelante con su farmacia, ampliando la cartera de servicios y trabajando en campañas con autoridades locales para mejorar la salud de sus vecinos. Haciendo de farmacéutica comunitaria en su valle bañado por el río Boedo. ●

Farmacia Olivia Martínez Monge

C/Libertad, 1. 34407 Sotobañado y Priorato (Palencia)
Tel.: 979 141 232

Nerea Escudero
Licenciada en Farmacia

¿Alergia o COVID-19?

“**En invierno se incrementan las consultas en la farmacia relacionadas con la dificultad de diferenciar la sintomatología propia del SARS-CoV-2 de determinadas patologías respiratorias»**

La pandemia de COVID-19 iniciada de manera abrupta a escala mundial el pasado año ha transformado radicalmente nuestro día a día, afectando a todos los ámbitos de la sociedad y a todos los niveles.

Hoy por hoy, esta enfermedad sigue acaparando muchas incógnitas, dudas y miedos entre los pacientes. Con la llegada del invierno, sobre todo, se incrementan las consultas en la farmacia relacionadas con la dificultad de diferenciar la sintomatología propia del SARS-CoV-2 de determinadas patologías respiratorias, como son el resfriado común y la gripe, o de las habituales alergias a los pólenes o el asma.

Las condiciones meteorológicas que acompañan al invierno permiten que determinados virus sobrevivan mejor, hacen que nos encontremos más tiempo en espacios cerrados (lo que incrementa la exposición a los gérmenes), y ralentizan nuestro sistema inmunitario. Todo ello contribuye a que la incidencia de gripe y resfriados aumente de manera considerable durante esta época del año.

Por otro lado, aunque las alergias primaverales producidas tras el contacto del organismo con determinadas sustancias externas (denominadas alérgenos) alcanzan sus niveles máximos en la época de florecimiento, los primeros pólenes de arizónicas y cipreses aparecen en el aire en los meses de enero y febrero, siendo habitual que determinados pacientes comiencen a sufrir los incómodos síntomas típicos de la estación de las flores mucho antes de la primavera.

A todo ello se añade que aquellos individuos que sufren una enfermedad crónica como el asma son especialmente vulnerables ante la actual pandemia.



Forman parte de los grupos de riesgo y generan numerosas consultas, gran parte de ellas orientadas a dudas sobre un posible contagio debido a la coincidencia de síntomas compatibles con la COVID-19, como son la tos y la disnea.

Cómo diferenciar la COVID-19 de las alergias y el asma

La farmacia comunitaria suele ser el primer lugar al que acude la población para consultar muchos temas de salud, más aún en estos últimos meses, cuando la presión asistencial debido a la actual pandemia ha ido en aumento.

Precisamente, los pacientes asmáticos, los alérgicos y aquellos que sufren patologías leves como resfriado común o gripe son generalmente asiduos a la farmacia, adonde acuden a menudo a por su medicación o a realizar consultas ante el inicio de una sintomatología leve.

Como profesional sanitario accesible y cercano, el farmacéutico comunitario no solo desempeña un papel clave en la detección temprana de personas susceptibles de resultar positivas, sino también en la derivación al médico cuando sea necesario, y en la educación y formación a los pacientes en las diferentes recomendaciones sanitarias.

Por tanto, como personal sanitario situado en primera línea contra el virus, los farmacéuticos debemos disponer del conocimiento adecuado para diferenciar los síntomas relacionados con otras patologías respiratorias prevalentes (como el resfriado, la gripe y la rinitis alérgica), difundir la información a la población y actuar convenientemente ante posibles pacientes con COVID-19.

Las singularidades que permiten distinguir las diferentes patologías radican en sus síntomas y su curso. Los parámetros que podemos considerar para analizar las manifestaciones de estos trastornos son los siguientes: duración y aparición de los síntomas, manifestaciones clínicas y otros factores diferenciales.

Duración y aparición de los síntomas

En primer lugar, el comienzo y la duración de los síntomas entre estos trastornos son diferentes. La manifestación de la COVID-19 precisa generalmente periodos largos, de 7 a 21 días, mientras que los signos en la alergia duran menos y en ocasiones se manifiestan tan solo en determinadas horas y de forma periódica. Las molestias provocadas por las alergias aparecen y desaparecen de forma intermitente y pueden intensificarse en determinadas situaciones: por ejemplo, aumentan en días ventosos y se recrudecen a primera hora de la mañana y a última hora de la tarde.

Por otro lado, los síntomas de la alergia aparecen generalmente de manera temporal, sobre todo si se debe a pólenes. Los síntomas se agudizan cuando el paciente está al aire libre y, por el contrario, se reducen claramente cuando se mantiene en espacios cerrados.

Consultas habituales en la farmacia

• ¿Tienen un riesgo más elevado de contraer la COVID-19 las personas alérgicas a pólenes?

No, no tienen más riesgo, puesto que el sistema inmunitario se comporta del mismo modo frente a los microorganismos que en las personas que no padecen alergia.

• En el caso de las personas asmáticas, ¿aumenta el riesgo de infectarse por COVID-19?

Las personas que padecen asma se encuentran dentro de los grupos de riesgo. Ante un descontrol de la inflamación bronquial, los pacientes asmáticos son más susceptibles de contraer cualquier infección respiratoria. Por ello es fundamental mantener un estricto control del asma mediante el tratamiento prescrito por el médico. Además, las diferentes infecciones respiratorias víricas pueden causar una inflamación bronquial más acusada en personas que padecen asma, produciendo lo que se conoce como «hiperactividad bronquial» y aumentando el riesgo de crisis asmática.

• ¿Qué recomendaciones debemos dar en la farmacia comunitaria a los pacientes con alergia o asma?

En primer lugar, tal como aconsejaríamos a todos los ciudadanos, extremar las precauciones reduciendo las salidas a la calle para realizar las gestiones necesarias, y aplicando las medidas de higiene recomendadas respecto a la desinfección de manos, el uso adecuado de mascarillas y el mantenimiento de la distancia de seguridad. Además, en este tipo de pacientes recomendaremos no ventilar la casa entre las 12 y 17 horas, ya que son las horas del día en las que se producen mayores concentraciones de pólenes.

Por otro lado, se seguirán las recomendaciones del alergólogo en relación con la vacunación, en los casos en los que haya sido recomendada. En pacientes asmáticos se hará hincapié en la necesidad de cumplir bien con la medicación diaria pautada por el médico como aspecto esencial para un buen control de su enfermedad de base.

Los casos de coronavirus presentan síntomas leves, progresivos y persistentes, similares a los de una gripe, y generalmente se asocian desde el principio a un malestar general.

Manifestaciones clínicas (tabla 1)

La alergia suele presentar a menudo síntomas oculares, tales como lagrimeo constante y picor, algo que en la COVID-19 solo se produce a veces. El dolor de cabeza en la alergia es esporádico y poco intenso, mientras que en la COVID-19 se presenta de manera más intensa y persistente.

Tabla 1. Cuadro orientativo de síntomas de COVID-19, alergia y asma

Parámetro	COVID-19	Alergia temporal	Asma
Aparición	Síntomas varios, de leves a graves	Inicio repentino tras contacto con el alérgeno	Inicio gradual o abrupto de los síntomas
Duración de los síntomas	7-25 días	Varias semanas	Horas o más
Tos	Frecuente (generalmente seca y persistente)	Rara, normalmente seca	Común, seca o productiva
Sibilancia	No	No	Común
Fiebre	Frecuente (puede ser muy alta)	No	No
Fatiga/debilidad	A veces	A veces	A veces
Dolor corporal	A veces	No	No
Dificultad para respirar (disnea)	No en casos leves. Frecuente en casos moderados o graves (20% de los casos totales)	No	Común
Respiración rápida	A veces	No	Común
Dolor/presión en el pecho	A veces	No	Común
Dolor de garganta (odinofagia)	A veces	A veces (normalmente leve)	No
Dolor de cabeza (cefalea)	A veces	A veces (relacionado con dolor sinusal)	Raro
Pérdida del gusto (ageusia) y pérdida del olfato (anosmia)	A veces	Raro	No
Congestión nasal o goteo nasal (rinorrea)	Raro	Frecuente	No
Estornudos	No	Frecuente	No
Náuseas/diarrea/vómitos	A veces	No	No
Erupción cutánea en manos y pies (acroisquemia)	A veces	No	No
Escalofríos	A veces	No	No

Fuentes: Asthma and Allergy Foundation of America y Síntomas menores y COVID-19. Protocolo de actuación en farmacia comunitaria, SEFAC.

La fiebre es un síntoma habitual en la COVID-19, mientras que en el caso de la alergia es ocasional en pacientes asmáticos o en casos de sinusitis aguda.

La disnea suele presentarse en la COVID-19 de manera prolongada en el tiempo en casos moderados (aproximadamente durante 15 días), mientras que en la alergia se produce de forma corta y periódica cuando existe asma.

Otros síntomas habituales en la COVID-19 son malestar general, cansancio y debilidad, así como la pérdida del gusto y del olfato.

En la alergia, en cambio, se manifiestan con más frecuencia otro tipo de síntomas, como estornudos en cadena, rinitis fundamentalmente de picor nasal y ocular, mucosidad y nariz taponada.

La tos es el síntoma coincidente que más puede hacerlos dudar. En la COVID-19 es muy habitual y se caracteriza por ser una tos seca; en los pacientes con asma puede ser tanto seca como productiva. Los casos de tos por alergia temporal son menos frecuentes, y se producen ante la exposición al alérgeno (generalmente cuando la persona ha estado expuesta al aire libre). Suele mejorar o ce-

El farmacéutico comunitario desempeña un papel clave en la detección temprana de personas susceptibles de resultar positivas»

sar por completo cuando el paciente pasa unas horas en un lugar cerrado.

Otros factores diferenciales

- **Respuesta ante el tratamiento farmacológico.** En los casos de alergia, la administración de antihistamínicos tópicos u orales suele conseguir que la rinitis remita con rapidez, mientras que los broncodilatadores de rescate como salbutamol o terbutalina acostumbra a revertir con facilidad los síntomas del asma.

El empleo de analgésicos y antiinflamatorios como paracetamol y los AINE no es útil en los casos de alergia; sin

embargo, la Agencia Española del Medicamento sí los considera la primera alternativa para el tratamiento sintomático de la fiebre y los síntomas menores que suelen presentarse en pacientes no graves de coronavirus.

- **Transmisión.** Por último, es importante destacar que la COVID-19 se contagia con facilidad de persona a persona; sin embargo, la alergia no es un proceso infeccioso, sino una reacción de hipersensibilidad del sistema inmunitario ante diferentes alérgenos, y por tanto no se contagia.

En cualquier caso, no hay una clara evidencia de cómo discernir entre la COVID-19 y un agravamiento del asma debido a una infección viral como el resfriado o la gripe, por lo que ante estas situaciones será necesario acudir a los profesionales sanitarios siguiendo las recomendaciones oportunas.

Por otro lado, si existen uno o más síntomas muy frecuentes compatibles con COVID-19 y el paciente cumple con el criterio de contacto estrecho, deberá derivarse al médico de familia o al servicio correspondiente de la zona que se encargue de los casos sospechosos como «paciente con posible infección por coronavirus».

El protocolo de actuación en farmacia comunitaria de la Sociedad Española de Farmacéuticos comunitarios y de Familia (SEFAC) describe los síntomas menores compatibles con COVID-19 y algunas «situaciones especiales» ante las cuales el farmacéutico comunitario debería derivar al paciente:

- Síntomas muy frecuentes de pacientes con COVID-19: respiración con dificultad/sensación de falta de aire, fiebre y tos seca.
- Situaciones especiales: patologías crónicas respiratorias (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], bronquiectasia, fibrosis pulmonar...) que pueden empeorar por infección vírica, inmunodeprimidos y embarazadas.

Desde la atención médica, se procederá al adecuado cribado siguiendo los protocolos establecidos por el Ministerio de Sanidad en función de los síntomas y antecedentes de exposición, pudiendo, en caso necesario, instaurar rápidamente medidas de aislamiento inmediatas.

Es importante tener en cuenta que el uso de nebulizadores puede transmitir partículas virales y aumentar, por tanto, el riesgo de diseminar el coronavirus a otras personas o al personal sanitario. Si el paciente necesita emplear los nebulizadores, debe hacerlo en un lugar ventilado y en ausencia de otras personas o reduciendo su exposición.

Continúa actualización y revisión de la información sobre la COVID-19

Desde que se tuvo conocimiento de esta enfermedad en diciembre de 2019, cuando la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan informó sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, y la posterior

declaración el 11 de marzo por la OMS de pandemia mundial, el esfuerzo conjunto de la comunidad científica internacional no ha cesado.

La COVID-19 es una nueva enfermedad. Por el momento, los datos y la información acerca del impacto de muchas afecciones subyacentes (así como si aumentan o no el riesgo de enfermar gravemente a causa de la COVID-19) son limitados.

La evolución de los acontecimientos está generando gran cantidad de información que se modifica rápidamente con nuevas evidencias. Por tanto, el conocimiento de esta infección sigue siendo, hoy por hoy, incompleto, se encuentra en continua evolución y aún cuenta con muchos interrogantes.

Es muy importante en todos los casos seguir las recomendaciones que provengan de fuentes oficiales, como el Ministerio de Sanidad y la OMS. Los farmacéuticos comunitarios debemos erigirnos en un altavoz de estas recomendaciones, y seguir día a día aprendiendo más acerca de la COVID-19. ●

Bibliografía

Centros para el control y la prevención de enfermedades.

Enfermedad del coronavirus 2019. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/>

Enfermedades alérgicas y COVID-19. Preguntas frecuentes sobre la relación de las enfermedades alérgicas, en particular las debidas a pólenes ambientales y a la infección por coronavirus. 16 de marzo de 2020. SEAC. Disponible en: <https://www.seaic.org/inicio/sala-de-prensa/enfermedades-alergicas-y-covid-19.html>

Estrada G. Actualización y avances en COVID-19 y farmacia comunitaria. Streaming, 23 de abril de 2020. SEFAC. Disponible en: <https://www.sefac.org/system/files/2020-04/atualizaci%C3%B3n%20y%20avances%20covid.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. Documentos para profesionales. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos.htm>

Morán A, Quintana C, Mascarós E, González J, Domínguez M, Molina J, y Grupo de Trabajo de Enfermedades Respiratorias de la semFYC. Asma. Recomendaciones para el manejo del asma en el contexto de pandemia por el COVID-19. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2020/04/Asma.pdf>

Organización Mundial de la Salud. Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave presuntamente causada por el nuevo coronavirus (2019-nCoV): orientaciones provisionales, 28 de enero del 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330938>

SEPAR. Información sobre la COVID-19. Disponible en: <https://www.separ.es/node/1763>

Síntomas menores y COVID-19. Protocolo de actuación en farmacia comunitaria. SEFAC, 2020. Disponible en: <https://www.sefac.org/system/files/2020-10/S%C3%8DNTOMAS%20MENORES%20Y%20COVID-19.%20PROTOCOLO%20DE%20ACTUACI%C3%93N%20EN%20FC.pdf>

Tratamiento de las alergias e inmunodeficiencias infantiles y manejo de la inmunoterapia en la pandemia de la COVID-19. Alliance. Disponible en: <https://allianceallergy.com/covid-19/acceder-al-resumen-de-las-directrices/?lang=es>



Nueva plataforma de formación farmacéutica acreditada



AULA|MAYO

farmacia

www.aulamayofarmacia.com

¡Regístrate!

Nuevo curso
**Salud de
la Mujer**

Avalado por:



Patrocinado por:



María José
Alonso Osorio

Farmacéutica comunitaria
y especialista en Farmacia
Galénica e Industrial

“**El sistema
inmunitario es el
principal mecanismo
de defensa del cuerpo
humano cuando las
barreras físicas
no son suficientes»**

Defensas en invierno

Cuando llega el invierno, los resfriados y las gripes son las enfermedades de origen vírico que afectan más frecuentemente al tracto respiratorio superior. Por su alta incidencia, se encuentran entre las consultas más frecuentes en la farmacia comunitaria.

Aunque ambas enfermedades son generalmente autorresolutivas, en algunos casos dan lugar a diversas complicaciones por sobreinfección bacteriana que pueden afectar a distintos tramos del aparato respiratorio y, en el caso de la gripe, originar además pericarditis o miocarditis o causar complicaciones de otras enfermedades crónicas. En el embarazo, el riesgo de complicaciones es siete veces mayor, sobre todo en el segundo y tercer trimestres, y puede influir en que el bebé nazca prematuro o con bajo peso.

Tanto el resfriado (o catarro común) como la gripe son muy contagiosos. El contacto directo con las personas infectadas a través de las manos y regiones cercanas a las vías respiratorias; la inhalación de las partículas expelidas al hablar, toser, estornudar o respirar (gotas de Flüge), y el contacto con objetos o superficies en los que se encuentren restos de secreciones de personas infectadas facilitan su transmisión.

Desgraciadamente, durante este año 2020 un nuevo virus, el coronavirus SARS-CoV-2, causante de la COVID-19, ha concurrido con estas infecciones



ProFaes4[®]

Probióticos

SIN Gluten Lactosa

✓ Vegetarianos

La vitamina C y la vitamina D, contribuyen al funcionamiento normal del sistema inmunitario^{1,2}



Refuerzo de las defensas en niños y adultos³



El consorcio Lab4 ha mostrado beneficios en la **prevención y el manejo de las infecciones del tracto respiratorio superior³**, en combinación con vitamina C

- 12,5 MM
- 1.000 mg FOS
- Vit C (62,5% V.R.N.)
- Vit D₃ (100% V.R.N.)



A PARTIR DE 3 AÑOS



30 STICKS



NO NECESITA CADENA DE FRÍO

PROF092012320

1. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA); Scientific Opinion on the substantiation of health claims related to vitamin C. EFSA Journal. 2009;7(9):1226. 2. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA); Scientific Opinion on the substantiation of health claims related to vitamin D. EFSA Journal. 2010;8(2):1468. 3. Garaiova I, et al. Eur J Clin Nutr. 2015;69(3):373-9.

habituales, golpeando al mundo con gran virulencia y nefastas consecuencias, y exigiendo protocolos extraordinarios dada la gravedad que pueden tener sus complicaciones en la infección aguda y también en el llamado «síndrome post-COVID» o «COVID de larga duración».

La mejor defensa: un buen sistema inmunitario

El cuerpo humano dispone de distintos mecanismos de defensa: por un lado, tenemos las barreras físicas como la piel, el vello corporal y las membranas mucosas, que ayudan a evitar la entrada al cuerpo de agentes externos; y por otro el sistema inmunitario, que es el principal mecanismo de defensa del cuerpo humano cuando las barreras físicas no son suficientes.

Como sabemos, el sistema inmunitario es un mecanismo complejo (constituido por células, órganos y tejidos intercomunicados y coordinados entre sí) capaz de identificar y eliminar a los agentes patógenos (infecciosos, alérgenos, contaminantes ambientales, toxinas de alimentos o células tumorales...), de reparar el daño causado por las agresio-

“El estado nutricional está estrechamente relacionado con la inmunidad y con el riesgo y gravedad de infecciones en general»

Tabla 1. Principales micronutrientes con acción sobre el sistema inmunitario

Nutriente	Actividad	VRN para adultos
Vitamina A	• Influye en la formación y diferenciación de los glóbulos blancos⁴ • Refuerza la estructura y la funcionalidad de las mucosas respiratorias que ejercen en el organismo un efecto de barrera protectora⁵	800 µg
Vitaminas B ₆ , B ₁₂ y B ₉ (folato)	• Las vitaminas B₆, B₁₂ y B₉ (folato) participan conjuntamente en la formación de proteínas relevantes para el sistema inmunitario y el ADN⁶ • La vitamina B₆ media en la migración de linfocitos al intestino • El folato es esencial para la supervivencia de las células T reguladoras en el intestino delgado • La vitamina B₁₂ es cofactor de las vías metabólicas de la microbiota, apoyando así al sistema inmunitario en la función barrera intestinal¹	Vit B ₆ : 1,4 mg Vit B ₁₂ : 2,5 µg Vit B ₉ (folato): 200 µg
Vitamina C	• Aumenta la respuesta proliferativa de los linfocitos T <i>in vitro</i>^{7,8} e induce la producción de interferón en cultivos celulares^{9,10} • La vitamina C se concentra en fagocitos y linfocitos estimulando sus funciones¹¹	80 mg
Vitamina D	• Ejerce una modulación de la respuesta inmune a través de la interacción con el receptor específico que se expresa constitutivamente en células presentadoras de antígenos (CPA) (células dendríticas y macrófagos) y en linfocitos T¹²	5 µg (= 200 UI)
Vitamina E	• Mantiene o mejora la actividad citotóxica de las células NK • Inhibe la producción de PGE2 por los macrófagos (protegiendo así indirectamente la función de las células T)¹	12 mg
Cobre	• Desempeña un papel importante en las funciones de los macrófagos, neutrófilos y monocitos para combatir ciertos agentes infecciosos • Mejora la actividad de las células NK¹	1 mg
Hierro	• Forma radicales hidroxilo, altamente tóxicos, por lo que participa en la destrucción de bacterias por los neutrófilos • Involucrado en la regulación de la producción y acción de las citosinas • Promueve el fenotipo de macrófagos tipo M2 y regula negativamente la respuesta proinflamatoria M1¹	14 mg
Selenio	• Está involucrado en la regulación del estrés oxidativo, redox y otros procesos celulares cruciales en casi todos los tejidos y tipos de células, incluidos los involucrados en las respuestas inmunes innatas y adaptativas¹³	55 µg
Zinc	• Es un agente inmunorregulador y regulador en diferentes mediadores de la inmunidad como enzimas y citoquinas • Mantiene o mejora la actividad citotóxica de las células NK¹ • Todos los tipos de células del sistema inmunitario presentan una disminución de su función cuando los niveles de zinc están disminuidos¹⁴	10 mg

VRN: valores de referencia de nutrientes.

nes externas, y de reconocer las células y tejidos del propio individuo.

El ataque inicial de patógenos pone en marcha el sistema inmunitario innato. Los mecanismos bioquímicos identifican rápidamente cualquier molécula «no propia» y destruyen y eliminan la amenaza a través de las células inmunitarias (como leucocitos neutrófilos, linfocitos citolíticos naturales [NK, o células asesinas naturales], macrófagos, etc.) y las citocinas (involucradas en células de señalización), para reparar luego cualquier daño. Los agentes invasores específicos, como los patógenos y moléculas extrañas, pueden activar funciones inmunitarias adaptativas más lentas que utilizan células T (que se originan en el timo) y B (que provienen de la médula ósea). Estas células reconocen antígenos específicos en el agente invasor y forman anticuerpos contra él, que permiten la identificación para el ataque de otras células inmunes o neutralizan al patógeno directamente¹.

Su funcionamiento debe guardar un equilibrio, ya que un sistema inmunitario de baja reacción (es decir, un estado de inmunodeficiencia) da lugar a infecciones diversas por agentes externos, o incluso a procesos cancerígenos al no poder defenderse de agentes internos como las células tumorales. Por el contrario, una sobrerreacción del sistema inmunitario puede dar lugar a procesos autoinmunes causados por agentes internos (artritis, lupus, psoriasis, etc.) o a alergias debidas a la sobrerreacción ante agentes externos (pólenes, ácaros, pelo de animales, medicamentos...) y, como se ha visto en el caso de la COVID-19, ante una respuesta inflamatoria sistémica se puede producir la llamada «tormenta de citoquinas»², donde ciertas células del sistema inmunitario actúan más allá de la zona de infección y comienzan a atacar tejidos sanos.

Hay una gran cantidad de datos que muestran el papel que desempeña el buen estado del sistema inmunitario en la prevención de enfermedades y especialmente en infecciones respiratorias víricas, como resfriados y gripes, y la importancia de mantener un buen estado inmunitario.

Nutrición y sistema inmunitario

Se sabe que el estado nutricional está estrechamente relacionado con la inmunidad y con el riesgo y gravedad de infecciones en general. Una buena nutrición es esencial para el desarrollo y la preservación del sistema inmunitario, por lo que cualquier desequilibrio nutricional afecta a su funcionamiento e integridad³.

Las vitaminas son componentes esenciales de nuestra dieta, fundamentales para el funcionamiento del sistema inmunitario. Se ha establecido que el sistema inmunitario complejo e integrado necesita múltiples micronutrientes específicos, incluidas las vitaminas (A, D, C, E, B₆ y B₁₂, ácido fólico) y minerales (zinc, hierro, cobre, selenio), que desempeñan funciones capitales y a menudo sinérgicas en cada etapa de la respuesta inmune. Es esencial que estos micronutrientes



“**Existe una amplia variedad de especies vegetales que han mostrado en diversos estudios propiedades inmunomoduladoras»**

se encuentren en las cantidades adecuadas. Sin embargo, por diversas razones, no siempre la ingesta diaria de micronutrientes es la adecuada para cubrir todas las necesidades, y también se dan distintas condiciones en que la cantidad necesaria para apoyar la función inmunológica puede ser más alta que la cantidad diaria recomendada. Por ejemplo, en caso de infección, estrés o si el individuo está sometido constantemente a la contaminación ambiental, las reservas de nuestro cuerpo pueden verse reducidas. También se sabe que incluso una deficiencia marginal de varios micronutrientes puede afectar a la inmunidad. Aunque es un tema controvertido, la evidencia aportada por diferentes estudios revela que la suplementación con múltiples micronutrientes con funciones de apoyo inmunitario puede modular la función inmunológica y reducir el riesgo de infección¹.

La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) recoge entre las declaraciones de propiedades saludables que algunas vitaminas (A, vitaminas del grupo B, C y D, entre otras) o minerales (cobre, hierro, selenio, zinc...) contribuyen al correcto funcionamiento del sistema inmunitario. En la tabla 1 se describen la actividad y los valores de referencia de nutrientes (VRN) de los principales micronutrien-

Tabla 2. Algunas especies vegetales con evidencia acerca de su actividad sobre el sistema inmune

Especie vegetal	Actividad	Indicaciones en monografías o ECA
Equinácea: <i>Echinacea purpurea</i> , <i>E. angustifolia</i> , <i>E. pallida</i> (Raíz y/o parte aérea)	• Estimulación de la fagocitosis • Inducción de la producción de citocinas • Estimulación de la proliferación linfocitaria • Inhibición de la síntesis de prostaglandinas y leucotrienos • Inhibición de la hialuronidasa, entre otros¹⁶⁻¹⁸	• ESCOP: como coadyuvantes en el tratamiento y la profilaxis de infecciones recurrentes las vías respiratorias altas • EMA: como tratamiento de apoyo en el resfriado común (uso tradicional)
Pelargonio: <i>Pelargonium sidoides</i> , <i>P. reniforme</i> (Raíz)	• Efecto antibacteriano, antiviral e inmunomodulador • Aumento de la frecuencia de batido ciliar • Antitusivo • Antiinflamatorio¹⁹	• ESCOP: tratamiento de los síntomas relacionados con infecciones de las vías respiratorias altas • EMA: tratamiento de los síntomas del resfriado común (uso tradicional)
Eleuterococo: <i>Eleutherococcus senticosus</i> (Raíz y rizoma)	• Estimula la fagocitosis de leucocitos humanos (polisacáridos) sin efecto sobre la proliferación linfocitaria • Induce la producción de interleucinas (IL) 1 y 6, sin afectar a la producción de IL-2 de células mononucleares humanas • <i>In vitro</i>, el extracto etanólico inhibe la replicación del rinovirus humano, del virus sincitial respiratorio y del virus de la gripe A^{20,21} • Aumenta la resistencia al estrés	• EMA: astenia, fatiga y debilidad • Assessment Report EMA: estudios en la URSS (década de 1970) parecen demostrar que el extracto administrado profilácticamente puede reducir la incidencia general de gripe hasta en un 35%
Andrografis: <i>Andrographis paniculata</i> (Hojas)	• Antiviral • Antimicrobiano • Inmunomodulador • Antiinflamatorio • Antitrombótico^{22,23}	• Uso tradicional en países asiáticos: – Dolor de garganta – Gripe – Infecciones del tracto respiratorio superior • OMS: prevención y tratamiento sintomático de las afecciones de las vías respiratorias altas, como el resfriado común y la sinusitis no complicada, la bronquitis y la faringoamigdalitis. En los últimos años se han publicado estudios con combinaciones de andrografis + eleuterococo²² y otras combinaciones (andrografis + eleuterococo + equinácea purpúrea + adadota (<i>Adhatoda vasica</i>)²⁴

tes implicados en el buen funcionamiento del sistema inmunitario.

Fitoterapia y sistema inmunitario

Existe una amplia variedad de especies vegetales que han mostrado en diversos estudios propiedades inmunomoduladoras. Estas plantas cuentan con ingredientes funcionales con diversos modos de acción, que incluyen el refuerzo del funcionamiento del sistema inmunitario, la activación y supresión de células inmunitarias especializadas, y la interferencia en varias vías que pueden conducir a una mejora en las respuestas inmunes y el sistema de defensa. Además, algunas de estas especies vegetales tienen actividades antiinflamatorias y de eliminación de radicales libres que también resultan útiles en la lucha contra los patógenos¹⁵.

Aunque existe una gran variedad de plantas que pueden influir en el sistema inmunitario, entre las especies

“ Los efectos benéficos de los probióticos van más allá de su acción sobre el intestino, ya que también pueden modular la respuesta inmunológica sistémica »

vegetales más estudiadas se encuentran las equináceas (*Echinacea purpurea*, *E. pallida*, *E. angustifolia*), el pelargonio (*Pelargonium sidoides*, *P. reniforme*), el eleuterococo (*Eleutherococcus senticosus*) y andrografis (*Andrographis paniculata*). En la tabla 2 se describe la actividad de estas plantas y sus indicaciones según las monografías o los ensayos clínicos publicados.



SISTEMA INMUNE



EchinaMed Hot Drink

Echinacea purpurea. Alivio de los síntomas del resfriado común y la gripe, a partir de 12 años.

EchinaMed Gotas

Echinacea purpurea. Tratamiento de los síntomas del resfriado común, a partir de 12 años.

EchinaMed Comprimidos

Echinacea purpurea. Tratamiento del resfriado común.

EchinaMed Junior

Echinacea purpurea. Alivio de los síntomas del resfriado común y la gripe, a partir de 6 años.

EchinaMed Plus Spray

Echinacea purpurea + *Salvia officinalis*. Tratamiento de la faringitis asociada al catarro, enfriamiento o gripe. Adultos.

EchinaMed Hot Drink, EchinaMed Junior y EchinaMed Plus Spray son medicamentos tradicionales a base de plantas, basados exclusivamente en su uso tradicional.

Probióticos y sistema inmunitario

Los efectos benéficos de los probióticos van más allá de su acción sobre el intestino, ya que también pueden modular la respuesta inmunológica sistémica. Diversos estudios indican que los probióticos participan localmente en la regulación del sistema inmunitario a través de su interacción con el tejido linfóide asociado al intestino (GALT), que contiene alrededor del 70% de las células del sistema inmunitario. Por otra parte, el GALT tiene un papel muy importante en el reconocimiento de la flora inocua y en la discriminación de la flora nociva²⁵.

Los mecanismos por los que distintas cepas probióticas (*Lactobacillus fermentum*, *L. casei*, *L. casei* Shirota, *L. paracasei*, *L. rhamnosus* GG, *L. plantarum*, *Bifidobacterium longum* y *B. animalis*) ejercen un efecto inmunitario beneficioso se han valorado en distintos estudios, cuyos resultados muestran que estas cepas pueden inducir favorablemente la actividad en fagocitos y células NK, así como la secreción de IgA en mucosas. El incremento de la secreción de IgA en mucosas parece tener relevancia en la prevención de la infección por virus de la influenza²⁶. También se ha visto que algunas bifidobacterias estimulan la producción de interferón γ (IFN- γ), del que se ha postulado un efecto antiviral beneficioso²⁶.

“**No debemos olvidar la importancia de mantener una microbiota sana y el papel que ciertos probióticos pueden desempeñar en caso de disbiosis intestinal»**

Conclusiones

Para defendernos de los virus causantes de las principales patologías invernales, es necesario llevar una alimentación equilibrada que aporte los principales micronutrientes esenciales que intervienen en el buen funcionamiento del sistema inmunitario, y que nos defiende de los ataques de patógenos. Aunque una dieta adecuada y equilibrada debería proporcionar todos los nutrientes necesarios, algunos estudios demuestran que esta situación no se cumple en la práctica para todos los nutrientes ni en todos los grupos de población²⁷. Además, pueden darse situaciones en las que el requerimiento de estos nutrientes esenciales esté aumentado (por ejemplo, infecciones, estrés, contaminación...), y en las que puede ser útil complementar la dieta con complementos alimenticios que contengan estos nutrientes. En caso de necesidad de apoyo de las defensas, la fitoterapia provee de plantas medicinales con un efecto modulador del sistema inmunitario (como equináceas, pelargonio, eleuterococo y andrografis) que pue-



den ser de gran utilidad. Asimismo, no debemos olvidar la importancia de mantener una microbiota sana y el papel que ciertos probióticos pueden desempeñar en caso de disbiosis intestinal. ●

Bibliografía

- Gombart AF, Pierre A, Maggini S. A review of micronutrients and the immune system-working in harmony to reduce the risk of infection. *Nutrients*. 2020; 12(1): 236.
- Hojyo S, Uchida M, Tanaka K, Hasebe R, Tanaka Y, Murakami M, et al. How COVID-19 induces cytokine storm with high mortality. *Inflamm Regen*. 2020; 40: 37.
- López Plaza B, Bermejo López LM^a. Nutrición y trastornos del sistema inmunitario. *Nutr Hosp*. 2017; 34(Suppl 4): 68-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017001000014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1575> (última consulta: diciembre 2020).
- Mora JR, Iwata M, von Andrian UH. Vitamin effects on the immune system: vitamins A and D take centre stage. *Nat Rev Immunol*. 2008; 8(9): 685-698.
- Oregon State University. Linus Pauling Institute. Centro de información de micronutrientes. Vitamina A. Disponible en: <https://lpi.oregonstate.edu/es/mic/vitaminas/vitamina-A> (última consulta: diciembre 2020).
- Nutrifacts. Tema del mes. 24 de junio de 2010. Las vitaminas y el sistema inmunitario: la defensa es un juego de equipo. Disponible en: https://www.nutri-facts.org/es_ES/news/las-vitaminas-y-el-sistema-inmunitario---la-defensa-es-un-juego-.html#:~:text=Aparentemente%2C%20los%20complejos%20de%20vitaminas,sistema%20inmunitario%20y%20el%20ADN (última consulta: diciembre 2020).
- Manzella JP, Roberts NJ. Human macrophage and lymphocyte responses to mitogen stimulation after exposure to influenza virus, ascorbic acid, and hyperthermia. *J Immunol* 1979; 123: 1.940-1.944.
- Smit MJ, Anderson R. Inhibition of mitogen-activated proliferation of human lymphocytes by hypochlorous acid in vitro: protection and reversal by ascorbate and cysteine. *Agents and Actions*. 1990; 30: 338-343.
- Dahl H, Degré M. The effect of ascorbic acid on production of human interferon and the antiviral activity in vitro. *Acta Pathol Microbiol Scand B*. 1976; 84B(5): 280-284.
- Siegel B. Enhancement of interferon production by poly(rI).poly(rC) in mouse cell cultures by ascorbic acid. *Nature*. 1975; 254: 531-532.
- Washko PW, Wang Y, Levine M. Ascorbic acid recycling in human neutrophils. *J Biol Chem*. 1993; 268: 5.531-5.535.

12. Coronato Solari S, Laguens Calabrese G, Di Girolamo Massimi VT. Acción de la vitamina D3 en el sistema inmunitario. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter.* 2005; 21(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892005000200006
13. Hoffmann PR, Berry MJ. The influence of selenium on immune responses. *Mol Nutr Food Res.* 2008; 52(11): 1.273-1.280.
14. Rubio D, González RE, Martín C, Revert I, Rodríguez A. El zinc: oligoelemento esencial. *Nutrición Hospitalaria.* 2007; 22(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000100012
15. Sultan MT, Butt MS, Qayyum MM, Suleria HA. Immunity: plants as effective mediators. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2014; 54(10): 1.298-1.308.
16. European Medicines Agency (EMA) - Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC). Final assessment report on *Echinacea purpurea* (L.) Moench, radix - Revision 1. Londres: EMA. 2017.
17. European Medicines Agency (EMA) - Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC). Final assessment report on *Echinacea pallida* (Nutt.) Nutt., radix - Revision 1. Londres: EMA. 2018.
18. ESCOP monographs The Scientific Foundation for Herbal Medicinal Products. Online series. *Echinacea angustifolia* radix (Narrow-leaved coneflower root). Exeter: ESCOP. 2019.
19. European Medicines Agency (EMA) - Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC). Final assessment report on *Pelargonium sidoides* DC and/or *Pelargonium reniforme* Curt., radix - Revision 1. Londres: EMA. 2018.
20. European Medicines Agency (EMA) - Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC). Final assessment report on *Eleutherococcus senticosus* (Rupr. et Maxim.) Maxim., radix. Londres: EMA. 2014.
21. Glatthaar-Saalmuller B, Sacher F, Esperester A. Antiviral activity of an extract derived from roots of *Eleutherococcus senticosus*. *Antiviral Res.* 2001; 50(3): 223-228.
22. Gabrielian ES, Shukarian AK, Goukasova GI, Chandalian GL, Panossian AG, Wikman G, et al. A double blind, placebo-controlled study of *Andrographis paniculata* fixed combination Kan Jang in the treatment of acute upper respiratory tract infections including sinusitis. *Phytomedicine.* 2002; 9: 589-597.
23. Kulichenko LL, Kireyeva LV, Malysheva EN, Wikman G. A randomized, controlled study of kanjang versus amantadine in the treatment of influenza in Volgograd. *J Herb Pharmacother.* 2003; 3: 77-92.
24. Narimanian M, Badalyan M, Panosyan V, Gabrielyan E, Panossian A, Wikman G, et al. Randomized trial of a fixed combination (KanJang) of herbal extracts containing *Adhatoda vasica*, *Echinacea purpurea* and *Eleutherococcus senticosus* in patients with upper respiratory tract infections. *Phytomedicine.* 2005; 12(8): 539-547.
25. Medina Torres EA, Espinosa Padilla SE, Camacho Castillo LC, Carvajal Aguilera KG. El uso de probióticos y los beneficios sobre el sistema inmunitario. *REB.* 2014; 33(3): 77-85.
26. Barahona-Garrido S. ¿Se debe investigar la utilidad de los probióticos en la COVID-19? El probiótico. Evidencia y práctica clínica de los probióticos para el profesional de la salud. Disponible en: <https://www.elprobiotico.com/investigar-probiotico-covid-19/> (última consulta: diciembre 2020).
27. Ministerio de Consumo. AECOSAN. Complementos Alimenticios. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/para_el_consumidor/ampliacion/complementos_alimenticios.htm (última consulta: diciembre 2020).

ERGYMUNIL ERGYIM ERGYPHILUS Plus

Para unas defensas naturales a 100%



**Sinergia Fitomineral
INMUNOESTIMULANTE**
a base de Echinacea,
Plantago, Romero,
Cobre y Zinc.



**Mico y Fitonutrientes
INMUNOESTIMULANTES**
a base de extractos de
Reishi, Shiitake y Maitake,
Arabinogalactanos, Calostro,
Vitamina C y Zinc.



MICROBIOTA PROTECTORA
**Selección única de cepas
probióticas vivas y vitamina C**
- con *Lactobacillus rhamnosus* GG®.

La vitamina C, la vitamina D y el Zinc contribuyen al funcionamiento normal del sistema inmunitario. Únicamente la cepa *Lactobacillus rhamnosus* GG® demostró su eficacia sobre la inmunidad y los terrenos alérgicos.

María Luisa
González del Toro¹,
Ignacio Calleja
Avellanal²

¹Licenciada en Farmacia.
Farmacéutica comunitaria.

²Licenciado en Farmacia.
Farmacéutico comunitario

“Un estilo de vida
saludable es
fundamental en
la prevención y el
tratamiento del
estreñimiento
funcional»

Manejo del estreñimiento en la farmacia

El estreñimiento es una alteración del aparato digestivo cada vez más frecuente debido a las variaciones que se van produciendo en la dieta y a la disminución de la actividad física.

Se puede definir como un cambio en el hábito intestinal en el que se producen una disminución de la frecuencia de las deposiciones, dificultad de paso con heces duras y/o sensación de evacuación incompleta.

En los adultos se considera que la frecuencia defecatoria es normal si se producen entre 3 deposiciones al día y 1 cada tres días. En los niños, la frecuencia defecatoria varía con la edad (tabla 1).

Clasificación

Según su duración, el estreñimiento se clasifica en:

- **Agudo o transitorio:** se presenta por causas puntuales (variaciones en la dieta, encamamiento, periodos de mayor sedentarismo, embarazo, tratamientos farmacológicos) y desaparece de forma espontánea en menos de 3 meses.





ESTREÑIMIENTO MULIQUEN!

EMULIQUEN SIMPLE

Tratamiento sintomático del estreñimiento ocasional

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

La acción lubricante de la parafina líquida facilita la evacuación **especialmente en casos de estreñimiento por hemorroides** u otras condiciones dolorosas de ano y recto.

CON AGRADABLE SABOR A VAINILLA.



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

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.



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.

Tabla 1. Frecuencia defecatoria habitual en menores de 14 años

Recién nacidos		1-2 deposiciones/día
Lactantes	Lactancia materna	2 deposiciones/día
	Lactancia artificial	De 2 deposiciones/día a una cada 2 días
Niños		1 deposición/día o en días alternos

- **Crónico:** su duración es superior a 3 meses. A su vez se clasifica en:
 - *Estreñimiento funcional o primario:* debido a alteraciones de la motilidad intestinal.
 - *Estreñimiento secundario:* se produce como consecuencia de otras patologías o por el uso de ciertos medicamentos.

Diagnóstico

Se realiza basándose en los criterios de Roma IV 2016, que constituyen un consenso alcanzado por expertos mundiales en trastornos funcionales digestivos. Estos criterios deben cumplirse al menos durante los últimos 3 meses, y los síntomas deben haberse iniciado como mínimo 6 meses antes del diagnóstico (tabla 2).

El estreñimiento en los niños también es un problema muy frecuente, y supone del 5 al 10% de las consultas en atención primaria (tabla 3).

Etiología

Las posibles causas y condiciones asociadas al estreñimiento son muy variadas:

- **Hábitos de vida inadecuados:** sedentarismo, estrés.
- **Factores dietéticos:** ingesta escasa de líquidos, cambios en los hábitos alimentarios, ingesta baja en fibra...
- **Modificaciones de la rutina diaria:** viajes, cambios en los horarios...
- **Alteraciones patológicas:**
 - **Gastrointestinales:** cáncer colorrectal, hemorroides, fisura anal, síndrome del intestino irritable.
 - **Neurológicas:** enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, neuropatías, demencia.
 - **Metabólicas/endocrinas:** hipercalcemia, hipotiroidismo, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica.
- **Uso de algunos medicamentos.**
- **Historia de abuso de laxantes.**
- **Embarazo:** los cambios hormonales retrasan el tránsito intestinal.
- **Envejecimiento:** con la edad disminuye la motilidad intestinal y aumentan las alteraciones digestivas y la probabilidad de empleo de medicamentos con efecto astringente.

Tratamiento

Medidas higiénico-dietéticas

Un estilo de vida saludable es fundamental en la prevención y el tratamiento del estreñimiento funcional. Las principales recomendaciones son:

- Incrementar el consumo de fibra. El aumento debe realizarse de forma gradual para minimizar efectos adversos, como una posible obstrucción intestinal. La ingesta diaria recomendada por la Organización Mundial de la Salud es de 27-40 g.
- Ingerir una cantidad de líquidos suficiente: la recomendación general es de 1,5-2 L diarios de agua y zumos.
- Realizar ejercicio físico moderado de forma regular.

Tabla 2. Criterios de Roma IV para el estreñimiento (2016) (adultos)

- Presencia de 2 o más de los siguientes criterios:
 - Esfuerzo excesivo en al menos el 25% de las deposiciones
 - Heces duras en al menos el 25% de las deposiciones
 - Sensación de evacuación incompleta en al menos el 25% de las deposiciones
 - Sensación de obstrucción anal o bloqueo anorrectal en al menos el 25% de las deposiciones
 - Maniobras manuales para facilitar la defecación en al menos el 25% de las deposiciones
 - Menos de 3 deposiciones a la semana
- Presencia poco frecuente de heces sueltas sin empleo de laxantes
- Criterios insuficientes para el diagnóstico del síndrome del intestino irritable (SII)

Tabla 3. Criterios de Roma IV para el estreñimiento (2016) (lactantes y niños <5 años)

Diagnóstico en niños:

Debe incluir al menos 2 de los siguientes criterios durante al menos 1 mes:

- Dos o menos deposiciones por semana
- Historia de retención fecal excesiva
- Historia de defecación dolorosa o de deposiciones duras
- Historia de deposiciones voluminosas
- Presencia de una gran masa fecal en el recto

En niños continentales fecales, pueden usarse los siguientes criterios adicionales:

- Al menos un episodio semanal de incontinencia
- Historia de deposiciones voluminosas que llegan a obstruir el sanitario

- Adquirir unos hábitos adecuados de defecación:
 - Ir al baño de forma regular, intentando que sea a la misma hora (preferiblemente tras el desayuno o la comida, dado que el reflejo gastrocólico es mayor).
 - Evitar ignorar la urgencia de defecar.
 - Adoptar una postura adecuada de defecación: conviene colocar las rodillas flexionadas a una altura mayor que las caderas, por lo que es adecuado apoyar los pies sobre un taburete.

Por otra parte, el empleo de algunas cepas de probióticos puede disminuir la consistencia de las heces y favorecer una mejora del estreñimiento, aunque no se han encontrado estudios concluyentes al respecto.

Tratamiento farmacológico

Según las recomendaciones de Roma IV, el tratamiento del estreñimiento funcional debe basarse inicialmente en la administración de suplementos de fibra. Cuando esta medida no es suficiente, puede recurrirse a laxantes osmóticos, salinos o estimulantes.

En un tercer escalón terapéutico estarían los secretagogos (linaclotida) y, finalmente, prucaloprida (procinético gastrointestinal, agonista de los receptores 5-HT₄), que mejora la frecuencia y consistencia de las heces en casos de estreñimiento funcional grave refractario a otros tratamientos.

Laxantes orales

Están indicados cuando hay dificultades de propulsión que enlentecen el tránsito de las heces.

- **Formadores de masa** (plantago, etc.): son los más aconsejables en los casos de estreñimiento simple. La fibra se hincha por absorción de agua, formándose un mucílago que confiere a las heces el volumen necesario para provocar una distensión del intestino y estimular el peristaltismo. Necesitan un mínimo de 12 horas para producir su efecto, aunque a veces puede retrasarse hasta 3 días.
- **Osmóticos** (lactulosa, lactitol, PEG, macrogol 3350): la lactulosa y el lactitol son disacáridos que metaboliza la flora del colon, mayoritariamente a ácido acético y láctico, que solo se absorben parcialmente. Al acidificarse el contenido del colon, se estimula el peristaltismo intestinal, y al aumentar la osmolaridad se produce una retención de agua en las heces que facilita la evacuación. De este modo, se combina la acción osmótica con una suave acción estimulante. Dado que precisan ser metabolizados por las bacterias del colon, deben transcurrir 2 días para tener efecto. Por su parte, los macrogoles aumentan el contenido de líquido intestinal, pero no se absorben ni se metabolizan, por lo que no producen flatulencia y su efecto es más inmediato. Los laxantes osmóticos no producen tolerancia.



“**El estreñimiento es un trastorno muy frecuente y lleva a muchas personas a automedicarse, por lo que el consejo farmacéutico es fundamental**»

- **Salinos** (citrato de magnesio, sulfato de magnesio, fosfato monosódico y disódico): se administran por vía oral y producen un aumento de la presión osmótica del contenido intestinal. Para restablecer el equilibrio osmótico, pasa agua desde el plasma al intestino, lo que aumenta el volumen y estimula la actividad del músculo liso. Son de acción muy rápida (en menos de 3 horas), y están indicados cuando se necesita una evacuación rápida, como antes de llevar a cabo procedimientos quirúrgicos o radiológicos, o en casos de intoxicación.
- **Estimulantes de la mucosa intestinal** (bisacodilo, picosulfato sódico; derivados de la antraquinona, como cáscara sagrada, aloe y senósidos): su acción laxante se produce por estímulo directo sobre las paredes del intestino grueso, sobre todo en el colon. Son muy eficaces, pero producen dependencia y tolerancia. Provocan una evacuación semisólida en 6-8 horas. En casos de abuso, pueden provocar dolor abdominal y alteraciones en el transporte electrolítico.
- **Emolientes y lubricantes** (parafina líquida): disminuyen la tensión superficial de las heces, lo que favorece la mezcla del agua con los lípidos del bolo intestinal, dando lugar a emulsiones aceite/agua que aumentan y ablandan la masa fecal y, por tanto, facilitan su expulsión. Tienen un efecto laxante suave y una acción lenta (entre 24 y 48 horas).

VAPORUB POMADA

VAPORUB 50g, 84/287.2 - 100g, 72/601.9

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Vaporub pomada. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Un gramo de pomada contiene 50 mg de alcanfor, 50 mg de éster de trementina, 27,5 mg de mentol, 15 mg de éster de eucalipto y 2,5 mg de timol. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Pomada untuosa, de consistencia espesa semisólida y de color blanquecino. **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1. INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Alivio sintomático de la tos y la congestión nasal de origen en el resfriado y la gripe. **4.2. POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN: POSOLOGÍA ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 12 AÑOS: USO CUANTIO:** Aplicar una fina capa sobre el pecho, el cuello y la espalda. Se debe evitar el contacto con ojos y mucosas. Repetir hasta 3 veces al día, a intervalos que el médico indique lo contrario. Llevar agua helada para facilitar la inhalación de los vapores. **VERBOS:** Inhalar los vapores, añadir una cucharada de Vaporub en un recipiente con agua caliente (no hirviendo) e inhalar los vapores durante 10-15 minutos. Importante: este medicamento no debe utilizarse durante el embarazo. Los niños deben estar siempre bajo supervisión de un adulto durante su uso. La duración mínima del tratamiento es de 7 días. **4.3. CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad o las príncipos activos o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. No administrar a niños menores de 6 años. **4.4. ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO:** Los siguientes grupos de pacientes deben utilizar el medicamento con precaución o consultar a un médico antes de su uso: - Antecedentes de convulsiones o epilepsia. - Antecedentes de enfermedades respiratorias o hipersensibilidad pronunciada de los vías respiratorias incluido el asma. - Utilizar con precaución en niños menores de 7 años de edad, especialmente en presencia de factores de riesgo asociados como antecedentes de espasmos lámbenes, convulsiones febriles o epilepsia. No utilizar durante los 7 días consecutivos o sobre zonas extensas. Si los síntomas empeoran o persisten, consulte a su médico. **USO CUANTIO:** No aplicar sobre la piel con heridas ni en las mucosas. No ingerir ni aplicar directamente en las fosas nasales, los ojos, la boca o la cara. Solo para uso externo. No aplicar un vendaje demasiado ajustado. No utilizar una venda caliente, ni ningún tipo de calor. **INHIBICIONES:** No utilizar agua hirviendo para preparar las inhalaciones. No colerita o recalentar la mezcla en el microondas. No utilizar en vaporizadores de aire frío ni en humidificadores. **4.5. INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN:** No se ha notificado ninguna. **4.6. FERTILIDAD, EMBARAZO Y LACTANCIA: EMBARAZO:** El alcanfor atraviesa la placenta, por lo que este medicamento no debe utilizarse durante el embarazo. **LACTANCIA:** Vaporub no debe aplicarse sobre el pecho de la madre durante el periodo de lactancia debido al riesgo teórico del refresco de agua en el lactante durante la lactancia cerca de la zona de aplicación. **4.7. EFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR Y UTILIZAR MÁQUINAS:** Este producto no interfiere en la capacidad para conducir vehículos o utilizar máquinas. **4.8. REACCIONES ADVERSAS:** Las reacciones adversas se enumeran según la Clasificación de Organos y Sistemas de MedDRA, enumerándose las reacciones adversas indeseables empezando por las más frecuentemente notificadas. Dentro de cada grupo de frecuencia, las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad. Se ha empleado la siguiente terminología con el fin de clasificar las frecuencias de las reacciones adversas: Muy frecuentes $\geq 1/10$, Frecuentes $\geq 1/100$ 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). Durante el periodo de uso de Vaporub se han registrado las siguientes reacciones adversas, cuya frecuencia no ha podido estimarse a partir de los datos disponibles: - Reacciones oculares: Irritación ocular (por inhalación). - Reacciones de la piel y tejido subcutáneo: Eritema, irritación ocular, dermatitis alérgica. - Reacciones generales y alteraciones en el lugar de administración: Erupción maculopapular, erupción de la piel. - Reacciones graves y alteraciones en el lugar de administración: Anafilaxia, reacción de hipersensibilidad. **NOTIFICACIÓN DE SUSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS:** Es importante notificar las sospechas de reacciones adversas graves sin autorización. Ella 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 Farmaco Vigilancia de medicamentos de Uso Humano: medicamentos@isfin.es. **4.9. SOBREDOSIS:** La sobredosis puede causar irritación en la piel. **MAL USO:** La ingestión de la pomada puede causar síntomas gastrointestinales como vómitos y diarrea. El tratamiento es sintomático. Se ha observado intoxicación aguda después de la ingestión accidental, con náuseas, vómitos, dolor abdominal, dolor de cabeza y vértigo, sensación de calor/coldos, convulsiones, depresión respiratoria y coma. Los pacientes intoxicados con síntomas gastrointestinales o neurológicos graves deben ser observados y tratados sintomáticamente. No inducir al vómito en caso de ingestión accidental. **5. DATOS FARMACOLÓGICOS: 5.1. USOS DE EXCIPIENTES:** Alcanfor esencial de árbol. **5.2. INCOMPATIBILIDADES:** No procede. **5.3. PERIODO DE VALIDEZ:** 48 meses. **5.4. PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN:** Conservar por debajo de 25°C. **5.5. NATURALEZA Y CONTENIDO DEL ENVASE:** Frasco de polipropileno de color verde de 50 g y 100 g con tapón de polipropileno de color verde. **5.6. PRECAUCIONES ESPECIALES DE ELIMINACIÓN Y OTRAS MANIPULACIONES:** USO CUANTIO: Se debe evitar el contacto con ojos y mucosas. (Ver 4.2). **INHIBICIONES:** Añadir una cucharada de Vaporub en un recipiente con agua caliente (no hirviendo) e inhalar los vapores durante 10-15 minutos. Importante: este medicamento no debe utilizarse durante el embarazo. Los niños deben estar siempre bajo supervisión de un adulto durante su uso (ver 4.2). No utilizar en vaporizadores de aire frío ni en humidificadores (ver 4.4). El alcanfor es inflamable. Mantener alejado del fuego y las llamas. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** LABORATORIOS VICKS, S.L. Avda. Brueles, 24, 28180 Alcobendas (MADRID). España. **7. NÚMEROS DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** N.º Reg. AEMPS: 27.051. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** 01/12/1954. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Octubre 2018. **10. PRECIOS:** Vaporub 50 g: PVP 7,68 €. PVP IVA 9,99 €. Vaporub 100 g: PVP 10,57 €. PVP IVA 10,99 €.

ILVICO

COMPRIMIDOS 77/1337.1.

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Ilvico comprimidos recubiertos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido recubierto contiene: Paracetamol, 325 mg; Cafeína, 30 mg; Bromfeniramina maleato, 3 mg. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos. Comprimido blanco. **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1. INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Alivio sintomático en procesos gripales y catarrales que con fiebre, dolores leves a moderados y secreción nasal. **4.2. POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN: POSOLOGÍA ADULTOS:** 2 comprimidos (equivalente a 650 mg de paracetamol) cada 8 horas. No superar los 6 comprimidos en 24 horas. En cualquier caso, no se excederá de 3 g de paracetamol cada 24 horas (ver sección 4.4). **ADOLESCENTES A PARTIR DE 12 AÑOS:** 1 comprimido cada 8 o 6 horas. No superar los 4 comprimidos en 24 horas. **POBLACIÓN PEDIÁTRICA:** Está contraindicado en niños menores de 12 años. **FORMA DE ADMINISTRACIÓN:** Vía oral. Tomar los comprimidos con agua. La toma de este medicamento con alimentos no afecta a la eficacia del mismo. Una vez hayar desaparecido los síntomas, se deberá suspender la medicación. Si la sintomatología empeora o si persiste durante más de 5 días de tratamiento, se deberá evaluar la situación clínica. **4.3. CONTRAINDICACIONES:** - Niños menores de 12 años. - Hipersensibilidad al paracetamol, cafeína, bromfeniramina maleato o a alguno de los excipientes de este medicamento. - Administración concomitante o en los 14 días previos de inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) (ver sección 4.5). - Pacientes asmáticos que previamente hayan experimentado efectos adversos broncopulmonares graves inducidos por antihistamínicos. - Lesiones focales del SNC. - Pacientes con glaucoma de ángulo estrecho e hiperactividad simpática con retención urinaria. **4.4. ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO: SE RECOMIENDA PRECAUCIÓN EN LOS SIGUIENTES CASOS:** - Insuficiencia hepática. - Abuso crónico de alcohol. - Insuficiencia renal grave. - Pacientes con mal funcionamiento de la glándula hipófisis deshidrogenosa. - Pacientes con alteraciones cardiovasculares graves. - Pacientes tomando inhibidores de la IMAO. (Ver 4.5). - Pacientes asmáticos. - Pacientes con flococromismo. - Pacientes con hipertensión. - Pacientes con úlcera péptica estrocinosa. - Pacientes diabéticos. Las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia no deben tomar este medicamento sin la recomendación de un médico. Este producto solo debe utilizarse durante el embarazo y la lactancia bajo estricta supervisión médica y en aquellos casos en los que los beneficios superen claramente los riesgos. **RELACIONACIONES CON EL PARACETAMOL:** Paracetamol se debe administrar con precaución, evitando tratamientos prolongados en pacientes con anemia, disfunciones cardíacas o pulmonares o con distensión renal grave y hepática (en este último caso, el uso ocasional es aceptable, pero la administración prolongada de dosis elevadas puede aumentar el riesgo de aparición de efectos adversos). - La utilización de paracetamol en pacientes que consumen habitualmente alcohol (3 ó más bebidas alcohólicas: cerveza, vino, licor...) al día puede provocar daño hepático. En alcoholistas crónicos, no se debe administrar más de 2 g de alcohol por consumo regular en varias tomas. Se recomienda precaución en pacientes asmáticos sensibles al ácido acetilsalicílico, debido a que se han descrito reacciones broncopulmonares con paracetamol (reacción cruzada) en estos pacientes, aunque solo se han manifestado en una minoría de dosis altas. Este medicamento puede provocar reacciones graves en algunos casos, especialmente cuando se administra en dosis altas. Se debe limitar la automedicación con paracetamol cuando se está en tratamiento con anticonvulsivos, debido a que con el uso concomitante de ambos se potencia la hepatotoxicidad y se disminuye la biodisponibilidad del paracetamol, especialmente en tratamientos con dosis altas de paracetamol. Para evitar el riesgo de sobredosis, debe evitarse el uso simultáneo de este medicamento con otros que contengan paracetamol. Evitar el uso de sobredosis puede desencadenar insuficiencia hepática grave y puede dar lugar a catástrofes de intoxicación. Se debe administrar un antídoto lo antes posible (ver sección 4.9). En adultos, en caso de administrarse otro medicamento que contenga paracetamol no se deberá exceder la dosis máxima de paracetamol de 3 g al día teniendo en cuenta el contenido del mismo de todos los medicamentos que utilice. - Los cuadros tóxicos asociados a paracetamol se pueden producir tanto por la ingesta de una sobredosis única como por varias tomas con dosis excesivas de paracetamol. - Se han producido complicaciones de casos de hepatotoxicidad con dosis diarias inferiores a 4 g. - En raras ocasiones, el paracetamol puede causar graves reacciones en el páncreas que pueden ser mortales, como pancreatitis exocrínica aguda generalizada (PAG), síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y necrosis epidérmica tóxica (NET). **RELACIONACIONES CON LA CAFEÍNA:** Se recomienda precaución en los pacientes diabéticos, ya que la cafeína puede elevar los niveles de glucosa en sangre. - Se recomienda precaución en pacientes con flococromismo debido al posible impacto de la cafeína en la ruta de los catecolaminas, pudiendo desencadenar hipertensión. - En pacientes que hayan sufrido un infarto de miocardio, se recomienda no administrar cafeína hasta que hayan trascurrido varias semanas desde el accidente. - Se debe tener precaución a la hora de prescribir este medicamento a pacientes con historial de úlcera péptica. - Los pacientes sensibles a otras toxas alérgicas (aminofina, teofilina...) también pueden ser sensibles a la cafeína. - En pacientes con insuficiencia hepática o renal, la vía media de la cafeína en plasma se incrementa. - En pacientes con historial de insuficiencia cardíaca, especialmente cuando reducen ejercicio físico o se encuentran en lugares de

elevada altitud debe administrarse con precaución. - La toma frecuente de altas dosis de cafeína puede producir dolor de espalda y el consumo excesivo de cafeína puede provocar alteraciones psiquiátricas. - Un uso prolongado de cafeína puede desencadenar síndrome de abstinencia y efecto rebote. - La toma de este medicamento no debe sustituir al sueño o al reposo normal. - Evitar el uso de productos que contengan cafeína cuando se esté en tratamiento con este medicamento. Una ingesta moderada de cafeína en dosis de <400 mg/día no se ha asociado con efectos adversos. Se recomienda limitar la consumo de té y café y otros productos con cafeína mientras se tome este medicamento. **RELACIONACIONES CON LA BROMFENIRAMINA MALEATO:** Se recomienda evitar el uso concomitante de medicamentos con propiedades antihistamínicas mientras se tome este medicamento, ya que puede causar 'síndrome serotoninérgico', potencialmente fatal. - Se debe administrar la bromfeniramina con precaución en pacientes con obstrucción del cuello vesical, úlcera péptica estrocinosa y distensión piloroduodenal. - Este medicamento no se debe administrar a pacientes con problemas renales, excepto bajo supervisión médica. - Hay que advertir a los pacientes en tratamiento con paracetamol que no deben tomar bebidas alcohólicas, puesto que se pueden potenciar los efectos sobre el SNC, y a los que previamente están en tratamiento con depresores del SNC, que no deben automedicarse con este medicamento sin consultar al médico. - En personas mayores son más susceptibles a las reacciones adversas de bromfeniramina, como mareos, sedación e hipotensión. - Los niños tratados con bromfeniramina pueden experimentar excitación paroxística, caracterizada por agitación, insomnio, temblores, edema, nerviosismo, dolor, palpitaciones e incluso convulsiones. **ADVERTENCIAS SOBRE EXCIPIENTES:** Este medicamento contiene menos de 1 mmol de sodio (23 mg) por comprimido, esto es, esencialmente, "evento de sodio".

4.5. INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN: RELACIONACIONES CON EL PARACETAMOL: El paracetamol se metaboliza intensamente en el hígado, por lo que puede interactuar con otros medicamentos que utilice los mismos vías metabólicas o sean capaces de actuar, inhibiendo o induciendo, tales vías. Algunos de sus metabolitos son hepatotóxicos, por lo que la administración conjunta con potentes inducidos enzimáticos (rifampicina, determinados anticonvulsivos, etc.) puede conducir a reacciones de hepatotoxicidad, especialmente cuando se emplean dosis elevadas de paracetamol. Entre las interacciones potencialmente más relevantes pueden citarse las siguientes: - Alcohol etílico: la ingesta concomitante de alcohol y paracetamol aumenta la concentración de metabolitos hepatotóxicos en sangre y puede desencadenar hepatotoxicidad. - Anticoagulantes orales (acenocumarol, warfarina): un uso regular prolongado de paracetamol puede potenciar el efecto de los anticoagulantes orales, por inhibición de la síntesis hepática de factores de coagulación. No obstante, dado lo aparentemente escasa relevancia clínica de esta interacción en la mayoría de los pacientes, se considera la alternativa terapéutica analgésica a los salicilatos, cuando existe terapia con anticoagulantes. Sin embargo, la dosis y duración del tratamiento deben ser lo más bajas posible, con monitorización periódica del INR. - Anticonvulsivos (fenitoina, fenobarbital, melfenobarbital, primidona): disminución de la biodisponibilidad del paracetamol así como puede potenciar la hepatotoxicidad en caso de sobredosis, debido a la inducción del metabolismo hepático. - Antibióticos como rifampicina oisonazida: disminución del aclaramiento de paracetamol, con posible potenciación de su acción y/o toxicidad, por inhibición de su metabolismo hepático. - Lamotrigina: el paracetamol disminuye el efecto de la lamotrigina por posible inducción de su metabolismo hepático, causando disminución de la biodisponibilidad de la lamotrigina. - Metoprolol y dantroleno: aumentan la absorción del paracetamol en el intestino delgado, por el efecto de estos medicamentos sobre el vacuado gástrico. - Probenecid: incrementa la síntesis plasmática del paracetamol, al disminuir la degradación y excreción urinaria de sus metabolitos. - Propranolol: disminuye los niveles plasmáticos de paracetamol, por posible inhibición de su metabolismo hepático. - Resinas de intercambio iónico (calestiramina): disminución en la absorción del paracetamol, con posible inhibición de su efecto, por fijación del paracetamol en intestino. - Cábion acetato: reduce la absorción del paracetamol. - La administración concomitante de zidovudina y paracetamol puede desencadenar neurotoxicidad y hepatotoxicidad. - El uso concomitante de productos que disminuyan la velocidad del vacuado gástrico puede provocar un retraso en la absorción y el inicio de acción del paracetamol, así como la ingesta concomitante de glicopirronio o propantelina. - La interacción farmacodinámica más importante es con la Nefelocistina, utilizada en el tratamiento de sobredosis (ver sección 4.9). - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de su toxicidad por inhibición de su metabolismo hepático. - Derivados del ASA: sus efectos pueden verse reducidos ya que el paracetamol disminuye la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la línea plasmática. - Clorazepato: potenciación de

Laxantes rectales

Están indicados cuando hay problemas de expulsión o se precisa una rápida evacuación.

- **Supositorios de glicerina:** la presencia de un cuerpo extraño en el recto provoca el estímulo del reflejo de defecación. Cuando se funde el supositorio, la glicerina actúa como lubricante y produce un ligero efecto irritante que estimula la motilidad del recto.
- **Enemas y microenemas:** actúan directamente sobre el colon. Provocan distensión intestinal por aumento del volumen de líquido en la luz intestinal e hidratación parcial de la masa fecal, con su consiguiente reblandecimiento.

Abordaje desde la farmacia

El estreñimiento es un trastorno muy frecuente y lleva a muchas personas a automedicarse, por lo que el consejo farmacéutico es fundamental.

Para abordar el trastorno desde la farmacia, es necesario conocer el tiempo de evolución de la alteración, las patologías que pueda tener el paciente y los tratamientos que está recibiendo. También debe valorarse el tipo de estreñimiento que padece, y si existen síntomas de alarma que requieren una derivación al médico (tablas 4 y 5).

A la hora de realizar una recomendación al paciente, debe hacerse hincapié en las medidas higiénico-dietéticas. En caso de que sea necesario utilizar laxantes, en general deben recomendarse primero los formadores de masa y, si no son adecuados, los laxantes osmóticos.

El abordaje del estreñimiento ha de realizarse teniendo en cuenta las características de los distintos grupos poblacionales:

- **Embarazo:** en pacientes embarazadas es recomendable adaptar la dieta y realizar ejercicio físico regular. Siguien-

Tabla 5. Síntomas que hacen aconsejable la derivación al servicio de urgencia

- Obstrucción intestinal
- Heces sanguinolentas, purulentas, con sangre oculta
- Dolor abdominal, vómitos y/o fiebre



El control del estreñimiento resulta fundamental en aquellas personas que padecen patología hemorroidal»

do las recomendaciones generales, si fuera necesario pueden emplearse laxantes formadores de masa, y en determinados casos laxantes osmóticos. De manera puntual, pueden emplearse supositorios de glicerina. No es conveniente utilizar agentes emolientes o surfactantes ya que pueden disminuir la absorción de vitaminas liposolubles.

- **Lactancia:** en caso de ser necesaria la utilización de laxantes durante la lactancia, son recomendables aquellos que no se absorben (formadores de masa o lactulosa).
- **Niños:** en los niños debe tenerse en cuenta que el estreñimiento funcional es frecuente. No es peligroso, y se resolverá cuando el niño gane confianza y compruebe que la defecación no le producirá dolor. Los laxantes que ablanden las heces y aseguren la defecación indolora son una parte importante del tratamiento. La mayoría de los expertos están a favor de utilizar diariamente un laxante no estimulante, como macrogol, que es de elección en niños mayores de 6 meses.
- **Ancianos:** el uso de laxantes en ancianos es frecuente, sobre todo en aquellos que se encuentran institucionalizados. Esto se debe fundamentalmente a hábitos higiénico-dietéticos inapropiados, a la polimedicación y a la falta de movilidad y de ejercicio físico. En estos casos debemos aconsejar una modificación de los hábitos, aunque esto no siempre es suficiente, por lo que suele ser necesario el uso de suplementos de fibra. Si no se consigue resolver el problema, se puede recurrir a los laxantes osmóticos, y en caso necesario a los estimulantes de la mucosa intestinal.

La detección y el tratamiento del abuso de laxantes irritantes son fundamentales, ya que éste es un problema muy frecuente, sobre todo en personas con trastornos de la alimentación. Algunos pacientes en tratamiento puntual con laxantes continúan usándolos hasta que su intestino se vuelve refractario a ellos.

Tabla 4. Causas de derivación al médico

- Menores de 6 años sin causa conocida
- Niños con sospecha de problema alimentario, fisura anal o componente psicológico
- Embarazadas
- Pacientes que llevan más de 1 semana sin hacer ninguna deposición
- Estreñimiento crónico no diagnosticado
- Antecedentes familiares de cáncer de colon o enfermedad inflamatoria intestinal
- Pérdida de peso sin causa aparente
- Enfermedad (digestiva o no) que pueda ser causa de estreñimiento
- Tratamiento farmacológico que pueda ser causa de estreñimiento
- Casos de aparición brusca sin causa aparente
- Periodos alternos de estreñimiento y diarrea
- Más de 2 semanas de cambio en los hábitos defecatorios sin cambios en los hábitos alimentarios o en el régimen de vida

Las complicaciones dependen de la duración y del tipo de laxante empleado, pudiendo llegar a ser muy graves. El tratamiento debe basarse en el control de electrolitos y del equilibrio ácido-base y en la educación al paciente, y en determinados casos es necesario analizar la posible existencia de trastornos alimentarios.

Estreñimiento y hemorroides

Las causas de las hemorroides son múltiples (edad avanzada, embarazo, parto, menstruación, actividades deportivas, causas orgánicas, etc.), pero en algunos casos se deben también al estreñimiento, aunque este trastorno en general está más relacionado con su empeoramiento que con su origen.

Las hemorroides son venas inflamadas alrededor del ano o de la parte inferior del recto, que aparecen por presión elevada en las venas de la zona. Pueden ser:

- **Externas:** se forman debajo de la piel alrededor del ano.
- **Internas:** se forman en el revestimiento del ano y el recto inferior.

El control del estreñimiento resulta fundamental en aquellas personas que padecen patología hemorroidal, para lo que se recomiendan inicialmente la aplicación de medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico en los casos refractarios.

Las hemorroides externas pueden producir:

- Picazón anal.
- Uno o más bultos duros y sensibles cerca del ano.
- Dolor anal, especialmente al estar sentado.

Hacer demasiado esfuerzo, frotarse o limpiarse alrededor del ano puede empeorar los síntomas. Para muchas personas, los síntomas de las hemorroides externas desaparecen a los pocos días.

En las hemorroides internas puede aparecer:

- Sangrado del recto: con sangre roja y brillante en las heces.
- Prolapso: es una hemorroide que sale a través del orificio anal.

En general, las hemorroides internas no son dolorosas, a menos que estén prolapsadas.

Pueden ser causadas por:

- Esfuerzo durante las deposiciones.
- Sentarse en el baño demasiado tiempo.
- Estreñimiento crónico o diarrea.
- Dieta baja en fibra.
- Debilitamiento de los tejidos de soporte en el ano y el recto (envejecimiento, embarazo...).
- Levantar frecuentemente objetos pesados.

Consejos para tratar las hemorroides

- Consumir alimentos ricos en fibra.
- Tomar un ablandador de heces o un suplemento de fibra.

- Beber suficientes líquidos todos los días.
- No hacer mucho esfuerzo durante las deposiciones.
- No sentarse en el baño durante mucho tiempo.
- En caso necesario, tomar analgésicos.
- Darse baños calientes varias veces al día para ayudar a aliviar el dolor.
- Usar cremas, ungüentos o supositorios para hemorroides (de venta libre) para aliviar el dolor leve, la hinchazón y la picazón de las hemorroides externas. ●

Bibliografía

- Aburto AM, Castiella E. Estreñimiento en personas mayores. XV Curso online de atención farmacéutica. El Farmacéutico. 2019; 571: 32-39. Disponible en: <http://www.elfarmaceutico.es/index.php/cursos/item/9817-estreñimiento-en-personas-mayores#.X7pCN-Wg9PY> (último acceso: noviembre 2020).
- Agencia Española del Medicamento. CIMA. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html> (último acceso: noviembre 2020).
- Alonso MJ. Estreñimiento: definición, tipos y tratamiento. El Farmacéutico. 2020; 584: 18-23. Disponible en: <http://elfarmaceutico.es/index.php/profesion/item/10680-estreñimiento-definicion-tipos-y-tratamiento#.X7o5eOWg9PY> (último acceso: noviembre 2020).
- Alonso MJ. Protocolos en la farmacia. Manejo y tratamiento del estreñimiento. El Farmacéutico. 2019; 577: 22-77. Disponible en: <http://www.elfarmaceutico.es/index.php/la-revista/secciones-de-la-revista-el-farmaceutico/item/10238-manejo-y-tratamiento-del-estreñimiento#.X7o6JeWg9PY> (último acceso: noviembre 2020).
- Álvarez I. Guía Clínica Fistera. Última revisión: 11/09/2017. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guiasclinicas/estreñimiento/#27729> (último acceso: noviembre 2020).
- Blesa LC. Trastornos digestivos funcionales pediátricos. Criterios Roma IV. En: AEPap, ed. Curso de Actualización en pediatría, 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017: 99-114. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/099-114_criterios_roma_iv.pdf (último acceso: noviembre 2020).
- Calle de la M, Carrascal E, Castillejo G, Gil P, Noguera A, Peña E. Estreñimiento. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Noguera/publication/290392744_Guide/links/56968a5908aea2d7437474a5/Guide.pdf#page=65 (último acceso: noviembre 2020).
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOTPLUS Web. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/> (último acceso: noviembre 2020).
- Divins M^ºJ. Laxantes. Farmacia Profesional. 2004; 18(7): 22-30. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-laxantes-13064573> (último acceso: noviembre 2020).
- Estreñimiento y laxantes. Actualización. Infac. 2015; 23(10): 67-73. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2015/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_23_n_10_estenimiento.pdf (último acceso: noviembre 2020).
- Sebastián Domingo JJ. Los nuevos criterios de Roma (IV) de los trastornos funcionales digestivos en la práctica clínica. Medicina Clínica. 2017; 148(10): 464-468. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/313231178_Los_nuevos_criterios_de_Roma_IV_de_los_trastornos_funcionales_digestivos_en_la_practica_clinica (último acceso: noviembre 2020).

Mirena®: anticoncepción efectiva y 1ª opción de tratamiento para el SMA^{*,1,2}

- **DIU-LNG de 52 mg** con indicación para **anticoncepción** durante 5 años y para el **tratamiento del SMA**³
- Recomendado por la SEGO como **primera línea de tratamiento** para el SMA¹
- Reduce el sangrado hasta en un **94 %** tras 3 meses,³ y **reduce el efecto del SMA** sobre la **calidad de vida**^{**4}

*El DIU-LNG 52 mg es la primera opción de tratamiento entre las pacientes con SMA que no deseen gestación, sin patología identificada o con miomas <3 cm de diámetro (sin distorsión de la cavidad uterina) o sospecha/diagnosis de adenomiosis según las guías SEGO y NICE.

**Comparado con el tratamiento médico habitual: ácido tranexámico, ácido mefenámico, anticoncepción hormonal combinada y progesterona sola.

DIU: dispositivo intrauterino; **LNG:** levonorgestrel;
NICE: National Institute for Health and Care Excellence;
SMA: sangrado menstrual abundante;
SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.





Conceptos clave sobre salud de la mujer

Directoras:

Inés Mera Gallego

Farmacéutica comunitaria. Graduada en Nutrición Humana y Dietética. Maella (Zaragoza)

Myriam Ribes Redondo

Ginecóloga y sexóloga. Hospital Mateu Orfila. Menorca (Illes Balears)

Etapas de la vida de la mujer: Nutrición y patologías dermatológicas
1,6 créditos

Ciclo reproductivo de la mujer y sus trastornos

Sexualidad y salud de la mujer

Menopausia, enfermedades crónicas y protección de la salud

Solicitada acreditación

*Periodo lectivo
octubre 2020
octubre 2021*

Inscríbete en



AULA MAYO

Aula Mayo acredita tu formación

www.aulamayofarmacia.com

Avalado por:



Patrocinado por:



Secretaría técnica: Tels.: 902 043 111 (de lunes a jueves de 9:00 a 11:00 h y de 15:30 a 17:30 h; viernes de 9:00 a 11:00 h)
secretaria@aulamayo.com

Atención farmacéutica

TEMA 5

Anticoncepción hormonal en la farmacia comunitaria

María Nieves Caelles Franch

Farmacéutica comunitaria. Dietista-nutricionista.

Miembro del Grupo de Trabajo de Salud de la Mujer de la SEFAC

Conceptos clave sobre salud de la mujer

Etapas de la vida de la mujer: nutrición y patologías dermatológicas	
1	Etapas vitales del ciclo de vida de la mujer
2	Nutrición en las diferentes etapas de la mujer
3	Patologías dermatológicas frecuentes de la mujer
Sexualidad y salud de la mujer	
4	Sexualidad de la mujer e infecciones de transmisión sexual
5	Anticoncepción hormonal en la farmacia comunitaria
6	Salud vaginal
Ciclo reproductivo de la mujer y sus trastornos	
7	Embarazo, parto y puerperio. Lactancia materna (I)
8	Embarazo, parto y puerperio. Lactancia materna (y II)
9	Trastornos reproductivos
Menopausia, enfermedades crónicas y protección de la salud	
10	Menopausia y madurez
11	Mujer y enfermedades crónicas
12	Protección de la salud de la mujer. Mujer y sociedad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Los métodos anticonceptivos y los tratamientos de esterilidad son las herramientas de las que se dispone para esta planificación¹. La salud reproductiva se define como «un estado de completo bienestar físico, mental y social (y no meramente como la ausencia de enfermedad o dolencia) en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones».

En las últimas décadas se han experimentado avances significativos en el desarrollo de los métodos anticonceptivos, como cambios en las dosificaciones, nuevas formas de administración, sofisticados sistemas de liberación de fármacos anticonceptivos y nuevos métodos para situaciones especiales, como la anticoncepción de urgencia (AU). Estos avances tienen el objetivo de mejorar la salud reproductiva de la población.

La evolución y la variedad de los distintos métodos anticonceptivos justifican el esfuerzo de síntesis que se ha llevado a cabo en este capítulo para ayudar al farmacéutico en su labor diaria como profesional sanitario al servicio de la población a la que atiende. El objetivo de este tema 5 es presentar una puesta al día de los últimos avances, centrándose específicamente en la «anticoncepción hormonal».



Tabla 1. Eficacia de los métodos anticonceptivos hormonales

Método	Mujeres que se quedan embarazadas en 1 año (%)		Mujeres que continúan el método tras el primer año (%)
	Uso perfecto	Uso cotidiano	
Sin método	85	85	
Hormonales combinados y solo progestágenos	0,3	9	67
Parche transdérmico	0,3	9	67
Anillo vaginal	0,7	9	67
Preservativo masculino	2	18	43
DIU de levonorgestrel	0,2	0,2	80
Implante subdérmico	0,05	0,05	84

Fuente: adaptada de Trussell J (2011)².

Anticoncepción hormonal

El desarrollo de la anticoncepción hormonal se basa en las principales hormonas ováricas, que son de dos tipos: los estrógenos y los progestágenos.

Tipos de anticonceptivos hormonales (AH)

- Anticonceptivos hormonales orales (AHO): son los métodos más utilizados.
 - AHO combinados: en su fórmula contienen etinilestradiol (EE) en diferentes concentraciones y un progestágeno.
 - AHO solo de progestágenos: se usan cuando los estrógenos no están indicados.
- Anillo vaginal: es un anillo flexible que se inserta en la vagina y libera EE y etonogestrel.
- Parche transdérmico: forma galénica que consiste en un reservorio de EE junto con un gestágeno. Se aplica sobre la piel para liberar los principios activos.
- Implante subdérmico: varilla flexible radioopaca, blanda, no biodegradable y de color blanco o blanquecino, que libera un progestágeno. Es un método de larga duración.
- Inyectables de progestágenos: acetato de medroxiprogesterona de depósito. Se administra cada 3 meses.
- Dispositivos intrauterinos hormonales: sistema de liberación intrauterino en forma de «t» que libera levonorgestrel.
- Anticoncepción de urgencia: métodos hormonales usados para evitar el embarazo tras una relación sexual sin protección:
 - Levonorgestrel.
 - Acetato de ulipristal.

Efectividad de los anticonceptivos hormonales

La eficacia de estos métodos es alta, pero cuando se valora la efectividad real del método los datos pueden variar (tabla 1) debido a que exige un cuidado y un compromiso por parte de la usuaria en cuanto a la adherencia terapéutica. En la tabla 1 se entiende como «uso perfecto» cuando el trata-

miento se toma en una situación controlada de un estudio de investigación en el que existe la seguridad de que no se han producido olvidos ni interacciones.

El incremento en el número de embarazos con el uso cotidiano se debe sobre todo a olvidos por parte de las usuarias, ya que el «uso perfecto» se evalúa cuando se realizan los estudios de investigación en situaciones controladas sin olvidos, interacciones, etc. Un estudio prospectivo con una cohorte controlada realizado con 73.269 mujeres/año en Estados Unidos mostró un índice de Pearl menor (1,6; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,4-1,9) en los anticonceptivos combinados de drospirenona y EE administrados durante 24 días que en los administrados durante 21 días (2,2; IC del 95%: 1,8-2,6)³.

El estudio CHOICE mostró una menor tasa de fallos en los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (Long Acting Reversible Contraception [LARC], dispositivos intrauterinos [DIU] con progestágenos o implantes hormonales) frente a métodos como la píldora, los parches o el anillo⁴.

Efectos beneficiosos de los anticonceptivos hormonales

El uso de anticonceptivos combinados se ha asociado a una disminución en la incidencia de cáncer de ovario (*odds ratio* [OR]: 0,73; IC del 95%: 0,66-0,81)⁵. También se ha constatado que, cada 5 años de uso, se produce una disminución del riesgo relativo del 0,76 (IC del 95%: 0,73-0,78) en el riesgo de cáncer de endometrio (al suspenderlos, continúa la reducción hasta 30 años)⁶.

Los anticonceptivos hormonales se han usado para conseguir una disminución del riesgo de aparición de miomas y una reducción de su tamaño, para la eliminación de quistes ováricos y para la reproducción asistida en fases previas a la estimulación ovárica. Aun así, en estos tres casos la evidencia científica de la que se dispone es contradictoria⁷.

Seguridad de los anticonceptivos hormonales

Los anticonceptivos hormonales son en general bien tolerados, aunque durante los 3 primeros meses pueden aparecer sangrados intermenstruales en un 30-50% de las usuarias. No se asocian a un aumento de peso, náuseas ni cefaleas, en contra de las creencias habituales⁷.

Los principales efectos adversos que deben tenerse en cuenta son los tromboembolismos venosos (TEV) y arteriales relacionados con ictus isquémicos. Según la última revisión de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS)⁸, el beneficio del uso de los anticonceptivos hormonales combinados continúa siendo superior a los posibles efectos adversos. El riesgo es mayor durante el primer año de uso y en usuarias con factores de riesgo (tabaquismo, obesidad, edad avanzada, migrañas, posparto, antecedentes de TEV...). Para minimizar los riesgos de tromboembolismo, es necesario estudiar el perfil de la usuaria y elegir el método que más se adapte a sus circunstancias.

Al comparar los resultados de los estudios de incidencia de eventos tromboembólicos de mujeres no usuarias de AHO y las que sí los usan, el empleo de estos anticonceptivos aumenta el riesgo de tener un evento tromboembólico hasta 3 veces (riesgo relativo [RR]: 3,5; IC del 95%: 2,9-4,3)⁹.

El progestágeno asociado a un menor riesgo tromboembólico es levonorgestrel (desde un 50 a un 80% inferior), mientras que los gestágenos de tercera generación presentaron peores resultados (RR: 3,8; IC del 95%: 2,7-5,4). Los resultados de levonorgestrel son similares a los de norgestimato. El riesgo de tromboembolismo también aumenta con mayores dosis de EE. El riesgo de ictus y de infarto de miocardio también varía dependiendo de la dosis de EE y del gestágeno estudiado. Los parches transdérmicos y los anillos vaginales presentan un riesgo de tromboembolismo similar a los observados con los AHO⁹.

Según una revisión sistemática de Mantha et al. (2012)¹⁰, las mujeres que usan anticonceptivos de solo gestágenos orales no presentan un riesgo aumentado de eventos tromboembólicos venosos al ser comparadas con mujeres que no son usuarias de anticoncepción hormonal.

Interacciones

Los trabajos científicos que evalúan las interacciones en la anticoncepción hormonal son de baja calidad científica y limitados en número, ya que se basan en la descripción de casos. El documento de recomendaciones de la Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH)¹¹ ofrece una recopilación de las interacciones que deben tenerse en cuenta en la anticoncepción hormonal, y presenta recomendaciones en la prescripción de este grupo de fármacos.

Entre las interacciones farmacocinéticas podemos destacar las que se producen con los fármacos que aumentan el pH gástrico, ya que pueden disminuir la absorción del acetato de ulipristal. Es recomendable no administrarlo juntamente con antiácidos o usar otro método si la mujer está to-

mando inhibidores de la bomba de protones o antagonistas de los receptores H₂.

Los fármacos inductores enzimáticos pueden disminuir la efectividad de los anticonceptivos hormonales al reducir la concentración de EE. Entre ellos están antibióticos como rifampicina y rifabutina; antiepilépticos como carbamazepina, fenobarbital y fenitoína; antirretrovirales como ritonavir y efavirenz, y plantas medicinales como *Hypericum perforatum*. En tratamientos cortos con estos fármacos, sería aconsejable el uso de otros métodos anticonceptivos (como métodos barrera) mientras dure el tratamiento y los siguientes 28 días tras la suspensión del mismo. En los regímenes más largos (superiores a 2 meses) pueden usarse otros métodos como los dispositivos intrauterinos, o incrementar la dosis de EE al menos 50 µg.

Las mujeres que toman inductores enzimáticos (o durante los 28 días posteriores a la retirada de dicho fármaco) y precisan AU pueden usar el DIU de cobre o tomar 3 mg de levonorgestrel en dosis única en vez de la dosis habitual de 1,5 mg.

Las interacciones relacionadas con la toma de antibióticos de amplio espectro como penicilinas, macrólidos y fluoroquinolonas no están contempladas en los criterios de elegibilidad de la OMS¹², que considera que no hay que aplicar medidas adicionales en la toma conjunta con los AHO.

Los fármacos inhibidores enzimáticos, como antimicóticos (fluconazol, itraconazol, ketoconazol), antirretrovirales (atazanavir, inmunosupresores (tacrolimus), estatinas (atorvastatina, rosuvastatina) y etoricoxib pueden incrementar los niveles hormonales en sangre, pudiendo aumentar el riesgo de efectos secundarios. Aun así, se desconoce la significación clínica.

Algunos fármacos también pueden ver afectada su efectividad si la paciente es usuaria de anticonceptivos, como en el caso de los antihipertensivos, los antidiabéticos y los diuréticos; pueden disminuir las concentraciones plasmáticas de lamotrigina y aumentar los efectos secundarios con teofilina, ropinirol, selegilina, tizanidina y ciclosporina.

Situaciones especiales

La OMS ha publicado unos criterios de elegibilidad en el uso de anticonceptivos¹², señalando distintas situaciones en las que la mujer debe tener una especial vigilancia en la toma de AHO e indicando los casos en los que están contraindicados y hay que optar por otras alternativas.

Están contraindicados en caso de gestación, y en mujeres lactantes se recomienda el uso de la píldora de solo progestágeno. En los casos de posparto sin lactancia se puede comenzar el tratamiento con AH combinados transcurridos 21 días, aunque si hay factores de riesgo de TEV es recomendable empezar a partir de los 42 días.

Las usuarias con hábito tabáquico mayores de 35 años tienen contraindicado el uso de AH combinados a partir de 15 cigarrillos al día por riesgo de TEV. En consumos inferior-

res está permitido su uso, pero tienen más riesgo. Una alternativa sería la píldora de solo progestágeno.

Los AH combinados también están contraindicados en mujeres con múltiples factores de riesgo cardiovascular. En casos de hipertensión arterial controlada se pueden tomar, pero hay que retirarlos cuando la presión sistólica es superior a 160 mmHg o cuando la diastólica es superior a

100 mmHg, y lo mismo ocurre en casos de valvulopatía complicada. El uso de AH combinados también está contraindicado en pacientes con TEV actual o en las pacientes estabilizadas con terapia anticoagulante, y en casos de cirugía mayor con inmovilización prolongada. Tampoco deben administrarse en mujeres con diabetes mellitus y afectación vascular.

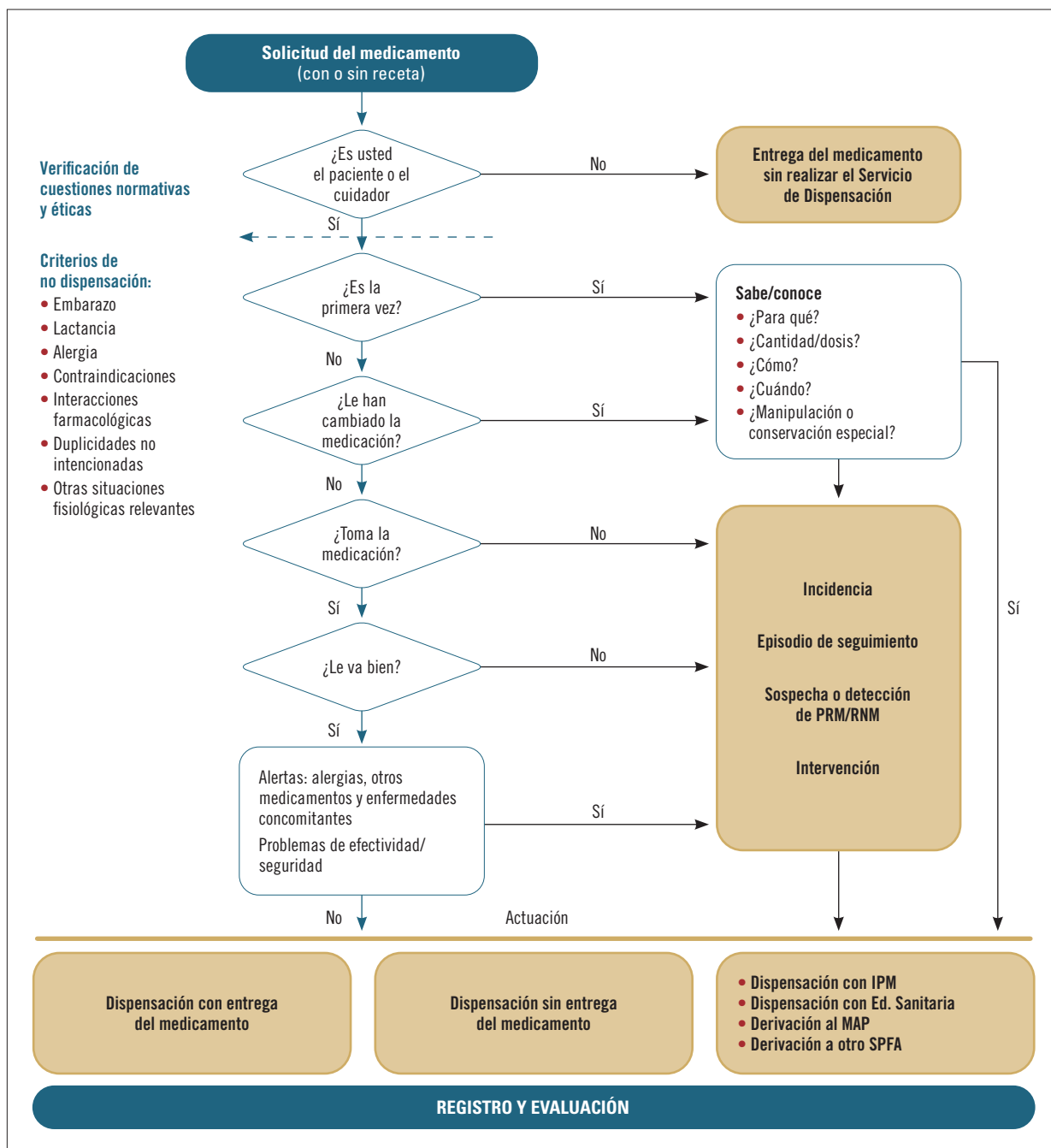


Figura 1. Diagrama de procedimiento. Servicio de Dispensación según el Foro AF-FC¹⁴

Asimismo, los AH combinados no deben administrarse a mujeres que presentan migrañas con aura, y tampoco debe iniciarse el tratamiento en aquellas con migraña sin aura mayores de 35 años. El ginecólogo debe valorar si se mantiene el tratamiento en aquellas mujeres en las que empeoran las migrañas cuando se usan AH combinados. Tampoco deben tomarse en casos de lupus eritematoso sistémico, ni en pacientes con cáncer de mama actual o que lo han padecido en los últimos 5 años. En mujeres con cirrosis descompensada o en pacientes con hepatitis viral no debe iniciarse el tratamiento en ningún caso.

En todas las situaciones anteriores la alternativa sería tomar un AH de solo progestágeno, excepto en los casos de cáncer de mama actual o que lo han padecido en los últimos 5 años, y solo con precaución en las pacientes con cirrosis descompensadas.

Servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA) en anticoncepción hormonal

Servicio de dispensación de medicamentos y productos sanitarios

Según el Foro de Atención Farmacéutica, la dispensación¹³ «es el servicio profesional del farmacéutico encaminado a garantizar, tras una evaluación individual, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto proceso de uso y de acuerdo con la normativa vigente».

En la anticoncepción, el farmacéutico realizará el servicio de dispensación de medicamentos y productos sanitarios dividiéndolo en dos tipos de dispensaciones: por una parte, a las usuarias que inicien por primera vez la toma de anticonceptivos y, por otra, dispensaciones continuadas.

En las primeras dispensaciones, el farmacéutico seguirá las indicaciones del Foro de Atención Farmacéutica (figura 1)¹⁴ adaptadas a la anticoncepción hormonal, y deberá garantizar que la usuaria haga un uso racional de estos medicamentos una vez revisadas las condiciones administrativas que se requieren para la dispensación de medicamentos anticonceptivos (en el caso de anticoncepción hormonal regular, se precisa receta).

Para ello, el farmacéutico deberá comprobar:

- Si la usuaria sabe cómo usar el medicamento y cuál es la posología y la duración del tratamiento.
- Si conoce los beneficios del método.
- Si es fumadora o padece cefaleas o hipertensión.
- Si conoce los efectos adversos más frecuentes y cómo se solucionan.
- Si conoce las situaciones en las que puede ser urgente consultar con el médico.
- Si sabe cuándo debe consultar con el farmacéutico o el médico en caso de tomar otros medicamentos.
- Si sabe qué debe hacer antes de someterse a una intervención quirúrgica, antes de abandonar el método y en caso de olvidos.

En sus conclusiones de la revisión del riesgo de tromboembolismo asociado al uso de AH combinados, la AEMPS⁹ recomienda informar a la usuaria sobre los efectos beneficiosos de su uso, así como sobre el riesgo de tromboembolismo y su detección precoz, enseñando a la usuaria cuáles son los signos de alarma ante los que debe acudir a los servicios médicos.

Servicio de consulta farmacéutica

Es habitual que las usuarias de anticoncepción hormonal tengan dudas sobre cómo resolver los problemas que se

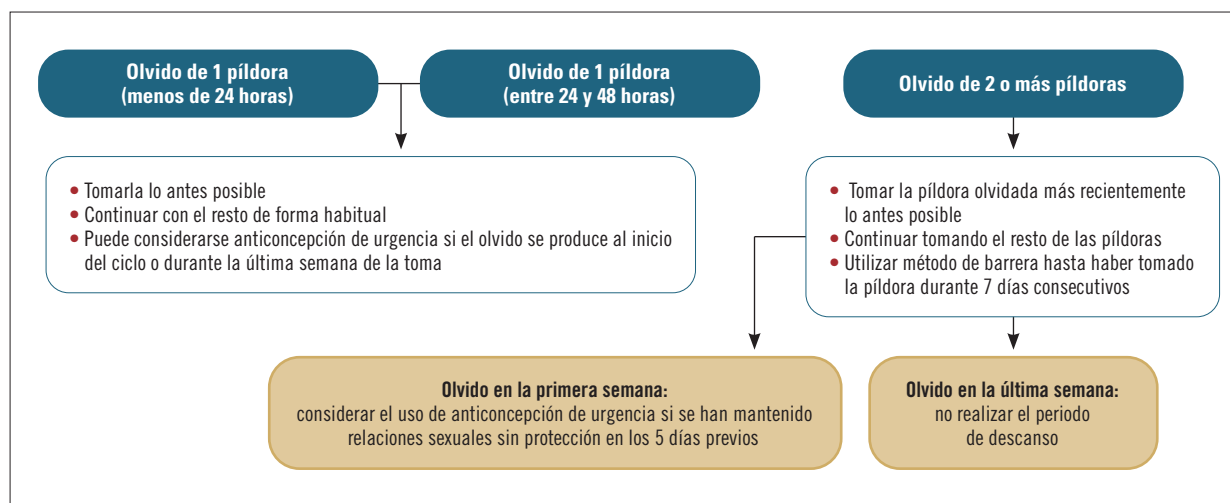


Figura 2. Algoritmo de actuación en caso de olvidos en anticoncepción hormonal oral combinada. Fuente: adaptada de Centers for Disease Control and Prevention (CDC)¹⁶

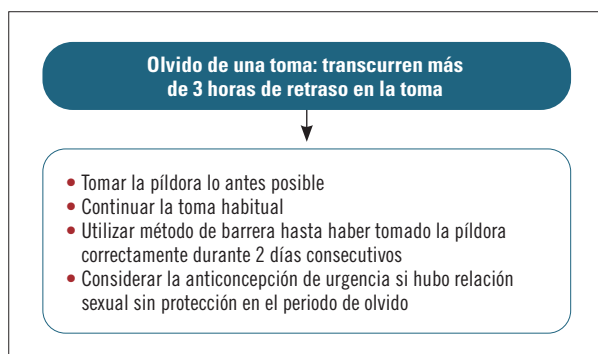


Figura 3. Algoritmo de actuación en caso de olvidos en anticoncepción hormonal de solo gestágenos. Fuente: adaptada de Centers for Disease Control and Prevention (CDC)¹⁶

puedan presentar: cómo actuar en caso de efectos secundarios, olvidos o interacciones, cómo seguir el tratamiento de una forma más cómoda para ellas, etc.

Según la guía de práctica clínica de anticoncepción hormonal e intrauterina del Ministerio de Sanidad⁹, la relación entre la falta de adherencia al tratamiento y la falta de efectividad de los tratamientos anticonceptivos todavía no se ha demostrado. Los estudios sobre actividad folicular en los olvidos muestran que ésta es baja, con un riesgo de ovulación bajo¹⁵. Aunque los prospectos incluyen información sobre cómo actuar en caso de olvido, está demostrado que las usuarias tienen ciertas dificultades para interpretar la información (figuras 2 y 3).

Anticoncepción de urgencia

La AU se refiere a los métodos anticonceptivos que pueden utilizarse para prevenir un embarazo después de una relación sexual sin protección. Actualmente se dispone de dos métodos hormonales orales: levonorgestrel 1,5 mg y acetato de ulipristal 30 mg, tomados en una sola toma. También pueden usarse los dispositivos intrauterinos de cobre (DIU-Cu) como métodos de AU.

La Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC) dispone de una guía para farmacéuticos que incluye tanto aspectos técnicos como bioéticos legales en el manejo y la dispensación de la AU¹⁷.

El mecanismo de acción para evitar el embarazo no deseado de la AU se basa en impedir o retrasar la ovulación. Según el European Consortium for Emergency Contraception (ECC), las situaciones en las que se pueden usar estos métodos son las siguientes¹⁸:

- Relación sexual sin protección: cualquier situación en la cual una mujer no ha utilizado ningún método anticonceptivo o no se ha usado un método anticonceptivo de forma correcta y consistente.
- Uso incorrecto de preservativos masculinos o roturas.
- Olvidos en anticonceptivos hormonales orales combinados.

- Anillo vaginal y parche cutáneo: desplazamiento, retrasos en la colocación o extracción temprana.
- Olvidos en la toma de anticonceptivos solo de progestágenos.
- DIU de cobre y DIU de levonorgestrel: expulsión o retirada habiendo mantenido relaciones sexuales sin protección los 7 días anteriores.
- Anticoncepción inyectable de acetato de medroxiprogesterona: si se han mantenido relaciones sexuales sin protección y han transcurrido más de 16 semanas tras la última inyección.
- Uso de fármacos inductores enzimáticos con anticoncepción hormonal combinada, solo progestágenos e implante: si se han mantenido relaciones sexuales sin protección durante el uso conjunto y los 28 días posteriores a la retirada.

En el caso de AU con levonorgestrel, la toma está indicada hasta las 72 horas después de la relación sexual sin protección. Debe administrarse lo antes posible, ya que los estudios muestran una disminución de la efectividad a medida que pasan las horas. La AU con acetato de ulipristal, en cambio, puede administrarse hasta transcurridas 120 horas.

Dos metaanálisis¹⁹ que evaluaron la efectividad iniciando el tratamiento antes de las 72 horas mostraron unas tasas de embarazo para acetato de ulipristal y levonorgestrel del 1,4 y el 2,2%, respectivamente (OR: 0,58; IC del 95%: 0,33-0,99).

Los efectos secundarios tanto de levonorgestrel como de acetato de ulipristal son leves y transitorios en caso de presentarse, y desaparecen a las 48 horas de su administración. Las usuarias pueden presentar dolor de cabeza, dismenorrea, náuseas, fatiga, mareos, dolor abdominal y sangrados intermenstruales. No se ha constatado ninguna muerte ni complicaciones graves con el uso de la AU.

Actualmente, la anticoncepción de urgencia incluye medicamentos no sujetos a prescripción médica, por lo que en la mayor parte de los casos el farmacéutico comunitario será el profesional sanitario al que la usuaria va a recurrir, y por tanto será quien deberá asegurar un uso racional del medicamento. La AU debe usarse solo en los casos en los que esté indicada, y el farmacéutico deberá explicar cómo administrarla y evaluar las posibles interacciones y los efectos secundarios. Además, deberá informar a la paciente sobre qué debe hacer si la menstruación se retrasa más de 7 días de la fecha esperada, recordarle que no la protege de relaciones posteriores, y desmentir falsos mitos sobre el uso de estos medicamentos. ●

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Salud sexual y reproductiva. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/es/ (último acceso: 9/9/20).
2. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011; 83(5): 397-404.

3. Dinger J, Minh TD, Buttmann N, Bardenheuer K. Effectiveness of oral contraceptive pills in a large U.S. cohort comparing progestogen and regimen. *Obstet Gynecol.* 2011; 117(1): 33-40.
4. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med.* 2012; 366(21): 1.998-2.007.
5. Havrilesky L, Moorman P, Lowery W, Gierisch J, Coeytaux R, Urrutia R, et al. Oral contraceptive pills as primary prevention for ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2013; 122(1): 139-147.
6. Collaborative Group on Epidemiological Studies on Endometrial Cancer. Endometrial cancer and oral contraceptives: an individual participant meta-analysis of 27 276 women with endometrial cancer from 36 epidemiological studies. *Lancet Oncol.* 2015; 16(9): 1.061-1.070.
7. Landa J. Guía clínica de anticoncepción hormonal. *Fisterra*, 2017. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/guia-anticoncepcion-hormonal/> (último acceso: 11/9/2020).
8. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Anticonceptivos hormonales combinados: conclusiones de la revisión del riesgo de tromboembolismo venoso. Información para profesionales sanitarios. Referencia: MUH (FV), 27/2013.
9. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2019. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_compl.pdf (último acceso: 11/09/2020).
10. Mantha S, Karp R, Raghavan V, Terrin N, Bauer KA, Zwicker JJ. Assessing the risk of venous thromboembolic events in women taking progestin-only contraception: a meta-analysis. *BMJ.* 2012; 345: e4944.
11. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care. Drug Interactions with Hormonal Contraception (enero de 2011). Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare – Clinical Effectiveness Unit, enero 2011. Disponible en: www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceDrugInteractionsHormonal.pdf (último acceso: 23/9/2020).
12. Organización Mundial de la Salud. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Ginebra: World Health Organization, 2015. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/ (último acceso: 9/9/2020).
13. Foro de atención farmacéutica comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2010. ISBN-13: 978-84-693-1717-4.
14. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Guía Práctica de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2019.
15. Zapata LB, Steenland MW, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. Effect of missed combined hormonal contraceptives on contraceptive effectiveness: a systematic review. *Contraception.* 2013; 87(5): 685-700.
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2013: adapted from the World Health Organization selected practice recommendations for contraceptive use, 2nd ed. *MMWR Recomm Rep.* 2013; 62(RR-05): 1-60.
17. Satué E, Caelles N. Guía de actuación para la anticoncepción de urgencia en farmacia comunitaria. Sefac Ed IMC, 2016. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/Gu%C3%ADa%20de%20actuaci%C3%B3n%20AU_0.pdf (último acceso: 23/09/2020).
18. European Consortium for Emergency Contraception. Emergency Contraception: a guideline for service provision in Europe. ECEC, December 2013. Disponible en: https://www.ec-ec.org/wp-content/uploads/2015/06/Spanish-Guidelines_2015.pdf (último acceso: 25/09/2020).
19. Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet.* 2010; 375(9.714): 555-562.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Mirena 0,02 mg cada 24 horas sistema de liberación intrauterino. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Principio activo: Cada sistema de liberación intrauterino contiene 52 mg de levonorgestrel. La tasa inicial de liberación es de 0,02 mg / 24 h. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección Lista de excipientes. **FORMA FARMACÉUTICA:** Sistema de liberación intrauterino (SIU). El SIU de levonorgestrel (LNG) está formado por un núcleo blanco o casi blanco, recubierto por una membrana opaca, situado sobre el eje vertical de un cuerpo en forma de T. El cuerpo en forma de T presenta un asa en uno de los extremos del eje vertical y dos brazos horizontales en el otro extremo. Los hilos de extracción de color marrón se encuentran unidos al asa. La estructura en forma de T de Mirena contiene sulfato de bario, que lo hace visible en un reconocimiento por rayos X. El eje vertical del SIU se introduce en el tubo de inserción, en el extremo del insertor. El SIU y el insertor se encuentran esencialmente libres de impurezas visibles. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Anticoncepción. Menorragia idiopática. **Posología y forma de administración: Poblaciones especiales: Población pediátrica:** No existe ninguna indicación relevante para el uso de Mirena antes de la menarquia. **Pacientes geriátricos:** No se ha estudiado Mirena en mujeres mayores de 65 años. **Pacientes con insuficiencia hepática:** No se ha estudiado Mirena en mujeres con enfermedad hepática aguda o tumores hepáticos, ver sección Contraindicaciones. **Pacientes con insuficiencia renal:** No se ha estudiado Mirena en mujeres con trastornos renales. **Forma de administración:** Mirena se inserta en la cavidad uterina, siendo eficaz durante 5 años. La tasa de disolución *in vivo* es de aproximadamente 0,02 mg / 24 horas inicialmente, reduciéndose aproximadamente a 0,018 mg / 24 horas después de un año y a 0,01 mg / 24 horas después de 5 años. La tasa media de disolución de levonorgestrel es de aproximadamente 0,015 mg / 24 horas hasta los 5 años. Cuando se inserta según las instrucciones de inserción (véase el documento separado "Instrucciones de inserción"), Mirena tiene una tasa de fallo de aproximadamente 0,2% a 1 año y una tasa de fallo acumulada de aproximadamente 0,7% a 5 años. Inserción y retirada/sustitución: Mirena se suministra en un envase estéril que no debe abrirse hasta que sea necesario para su inserción. El producto, una vez expuesto, debe manejarse con precauciones asépticas. Si se rompe el cierre hermético del envase estéril, el producto expuesto deberá desecharse. En mujeres en edad fértil, Mirena tiene que insertarse en la cavidad uterina en un plazo de 7 días a partir del inicio de la menstruación. Mirena puede reemplazarse por un sistema nuevo en cualquier momento del ciclo menstrual. El sistema también puede ser insertado inmediatamente después de un aborto producido durante el primer trimestre. Las inserciones postparto deben posponerse hasta que el útero haya involucionado completamente, pero no antes de transcurridas 6 semanas del parto. Si la involución se retrasase considerablemente habría que valorar el esperar hasta las 12 semanas postparto. En caso de una inserción complicada y/o dolor o sangrado excepcional durante o después de la inserción se deberá considerar la posibilidad de perforación y se deberán tomar las medidas adecuadas como una exploración física y una ecografía. La exploración física por sí sola (incluyendo la comprobación de los hilos) puede no ser suficiente para excluir una perforación parcial. Se recomienda encarecidamente que Mirena sea insertado solamente por médicos/profesionales sanitarios que tengan experiencia en inserciones de Mirena y/o hayan recibido la formación adecuada para insertar Mirena. Mirena se retira tirando suavemente de los hilos de extracción con unas pinzas. Si los hilos no fueran visibles y el sistema estuviera en la cavidad uterina, éste podría retirarse mediante unas pinzas de tenáculo estrechas. Esta maniobra puede requerir la dilatación del canal cervical u otra intervención quirúrgica. El sistema debe retirarse transcurridos 5 años. Si la usuaria deseara continuar usando el mismo método, se podría insertar en ese momento un nuevo sistema. Si se desea un embarazo, en mujeres en edad fértil, la extracción debe llevarse a cabo en el plazo de 7 días desde el inicio de la menstruación, siempre que la usuaria esté experimentando ciclos menstruales regulares. Si el sistema se retirase en cualquier otro momento del ciclo menstrual o si la mujer no estuviera experimentando ciclos regulares y la usuaria hubiese mantenido relaciones sexuales durante la semana anterior, se debe considerar el riesgo de embarazo. Para asegurar una anticoncepción continuada, se debe insertar un nuevo sistema inmediatamente o se debe haber iniciado un método anticonceptivo alternativo. Comprobar que el sistema está intacto tras la retirada de Mirena. Se han notificado casos individuales, durante retiradas difíciles, en los que el cilindro que contiene la hormona se ha deslizado por encima de los brazos horizontales, quedando éstos escondidos dentro del cilindro. Esta situación no requiere más intervención, una vez se ha comprobado que el SIU está completo. Las protuberancias de los brazos horizontales habitualmente previenen el desprendimiento completo del cilindro del cuerpo en forma de T. **Contraindicaciones:** Embarazo o sospecha del mismo; Tumores dependientes de progesteronas, p.ej. cáncer de mama; Enfermedad inflamatoria pélvica actual o recurrente; Cervicitis; Infección del tracto genital inferior. Endometritis postparto; Aborto séptico en los últimos tres meses; Situaciones en las que exista una mayor sensibilidad a contraer infecciones; Displasia cervical; Tumor maligno uterino o cervical; Hemorragias uterinas anormales no diagnosticadas; Anomalías uterinas congénitas o adquiridas, incluyendo miomas si éstos deforman la cavidad uterina; Enfermedad hepática aguda o tumor hepático; Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección Lista de excipientes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Mirena debe emplearse con precaución tras consultar al especialista y se debe considerar la retirada del sistema en caso de existencia o aparición por primera vez de alguna de las siguientes situaciones: Migraña, migraña focal con pérdida asimétrica de visión u otras alteraciones que indiquen isquemia cerebral transitoria; Cefaleas de intensidad excepcionalmente grave, Ictericia; Marcado incremento de la presión sanguínea, Enfermedades arteriales graves tales como ictus o infarto de miocardio; Tromboembolismo venoso agudo. Mirena debe ser usado con precaución en mujeres que presenten enfermedad cardíaca congénita o enfermedad valvular del corazón con riesgo de endocarditis infecciosa. Dosis bajas de levonorgestrel pueden afectar a la tolerancia a la glucosa, por ello, en usuarias de Mirena diabéticas se debe controlar la glucemia. No obstante, por lo general no es necesario alterar la pauta terapéutica en usuarias de Mirena diabéticas. Las hemorragias irregulares pueden enmascarar algunos signos y síntomas de pólipos endometriales o cáncer de endometrio, por lo que en estos casos debe establecerse las medidas diagnósticas apropiadas. **Exploración / consulta médica:** Previamente a la inserción, debe informarse a la usuaria de la eficacia, riesgos, incluyendo los signos y síntomas de estos riesgos tal como se describe en el prospecto, y efectos adversos de Mirena. Se debe realizar una exploración física, incluyendo examen pélvico, y exploración de las mamas. Se debe realizar una ecografía del cuello uterino si es necesario, según la evaluación del médico. Debe descartarse la existencia de embarazo y la presencia de enfermedades de transmisión sexual, y tratarse de forma satisfactoria las infecciones genitales. Se deberán determinar el tamaño de la cavidad uterina y la posición del útero. Es especialmente importante situar Mirena en el fondo uterino para así asegurar una exposición homogénea del endometrio al progestágeno, prevenir la expulsión y obtener la máxima eficacia. Por tanto, se han de seguir atentamente las instrucciones de inserción. Ya que la técnica de inserción es diferente a la de otros dispositivos intrauterinos (DIU), debe hacerse un énfasis especial en el aprendizaje de la técnica de inserción correcta. La inserción y la retirada pueden asociarse a la aparición de algo de dolor y sangrado. El procedimiento puede precipitar un desmayo por reacción vasovagal o la aparición de una crisis en pacientes epilépticas. Debería efectuarse una revisión a las 4 - 12 semanas de la inserción y con posterioridad una vez al año, o con mayor frecuencia si estuviera clínicamente indicado. Mirena no debe emplearse como anticonceptivo postcoital. Debido a que la aparición de hemorragia/ manchado irregular es común durante los primeros meses de tratamiento, se recomienda descartar la existencia de patología endometrial antes de la inserción de Mirena. Si la mujer continúa con el uso de Mirena, insertado previamente para anticoncepción, debe excluirse la patología endometrial si aparecen sangrados irregulares tras el comienzo de la terapia de sustitución estrogénica. Si aparecieran sangrados irregulares durante un tratamiento prolongado, deberían tomarse las medidas diagnósticas apropiadas. **DIU/amenorrea:** En aproximadamente un 20% de las usuarias en edad fértil se desarrolla gradualmente una oligomenorrea y/o amenorrea. De no producirse menstruación en el plazo de 6 semanas tras el comienzo de la menstruación previa, debe considerarse la posibilidad de embarazo. No es necesaria la repetición de la prueba de embarazo en usuarias amenorricas a no ser que aparezcan otros síntomas de embarazo. **Infección pélvica:** El tubo de inserción ayuda a prevenir la contaminación de Mirena por microorganismos durante la inserción y el insertor de Mirena ha sido diseñado para reducir al mínimo el riesgo de infecciones. En las usuarias de dispositivos intrauterinos de cobre, la tasa más elevada de infecciones pélvicas se produce durante el primer mes después de la inserción y disminuye posteriormente. Algunos estudios sugieren que el índice de infecciones pélvicas en las usuarias de Mirena es menor que el observado con los dispositivos intrauterinos liberadores de cobre. La multiplicidad de parejas sexuales es un factor de riesgo conocido para la enfermedad inflamatoria pélvica. La infección pélvica puede tener serias consecuencias, perjudicar la fertilidad e incrementar el riesgo de embarazo ectópico. Como con otros procedimientos ginecológicos o quirúrgicos, puede ocurrir aunque de forma extremadamente rara una infección grave o septicemia (incluido una septicemia con estreptococo del grupo A) tras la inserción de un DIU. Debe retirarse Mirena si la mujer experimenta endometritis recurrente, infecciones pélvicas o en caso de que una infección aguda sea grave o no responda a los pocos días al tratamiento. Se deben realizar exámenes bacteriológicos y se recomienda monitorización incluso cuando los síntomas indicativos de infección sean discretos. **Expulsión:** El dolor y el sangrado pueden ser síntomas de la expulsión parcial o completa de cualquier DIU. Sin embargo, un dispositivo puede ser expulsado de la cavidad uterina sin que la mujer sea consciente de ello, dando lugar a una pérdida de la protección anticonceptiva. La expulsión parcial puede disminuir la eficacia de Mirena. Dado que Mirena disminuye el volumen del flujo menstrual, un incremento de éste puede ser indicativo de expulsión. Un Mirena desplazado debe retirarse, pudiendo insertarse uno nuevo en ese momento. Debe instruirse a la usuaria en cómo verificar la situación de los hilos de extracción de Mirena. **Perforación:** Puede producirse la perforación o penetración del cuerpo o cuello uterinos por un anticonceptivo intrauterino y esto puede disminuir la efectividad de Mirena. Ocurre más frecuentemente durante la inserción, aunque puede que se detecte más tarde. En esos casos el sistema debe ser retirado; puede ser necesaria una intervención quirúrgica. En un amplio estudio observacional comparativo prospectivo de cohortes en usuarias de DIUs (N=6148 mujeres) con un periodo de observación de 1 año, la incidencia de perforación fue de 1,3 (IC 95%: 1,1-1,6) por cada 1000 inserciones en la cohorte total del estudio; 1,4 (IC 95%: 1,1 – 1,8) por cada 1000 inserciones en la cohorte de Mirena y 1,1 (IC 95%: 0,7 – 1,6) por cada 1000 inserciones en la cohorte del DIU de cobre. El estudio mostró que la lactancia en el momento de la inserción así como la inserción hasta 36 semanas después del parto están asociadas a un mayor riesgo de perforación (ver Tabla 1).

	Lactancia en el momento de la inserción	Sin lactancia en el momento de la inserción
Inserción ≤ 36 semanas después del parto	5,6 (IC 95%: 3,9-7,9, n=6.047 inserciones)	1,7 (IC 95%: 0,8-3,1, n=5.927 inserciones)
Inserción > 36 semanas después del parto	1,6 (IC 95%: 0,0-9,1, n=608 inserciones)	0,7 (IC 95%: 0,5-1,1, n=41.910 inserciones)

Los factores de riesgo fueron independientes del tipo de DIU insertado. Tabla 1: Incidencia de perforación por cada 1000 inserciones en la cohorte total del estudio observada a lo largo de 1 año, estratificada por lactancia y tiempo desde el parto en el momento de la inserción (mujeres que tuvieron hijos). Extendiendo el periodo de observación a 5 años en un subgrupo de este estudio (N=39.009 mujeres a las que se insertó Mirena o el DIU de cobre, 73% de estas mujeres tenían información disponible durante los 5 años completos de seguimiento), la incidencia de perforación detectada a lo largo del periodo de 5 años fue 2,0 (IC 95 %: 1,6-2,5) por cada 1000 inserciones. La lactancia materna en el momento de la inserción y hasta 36 semanas después del parto se confirmaron como factores de riesgo también en el subgrupo al que

se le hizo seguimiento durante 5 años. El riesgo de perforación puede ser mayor en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en mujeres con el útero en retroversión y tilo. Tras la inserción, se debe realizar de nuevo una exploración siguiendo las recomendaciones de la sección "Exploración/consulta médica". **Amorrazos:** Los factores de riesgo de perforación pueden ser mayores en

Pequeños anuncios

Farmacias

Compras

Compro farmacia en las Islas Canarias. Soy un farmacéutico particular. Contactar en: farmacia@gmx.com

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

Ventas

Venta de farmacia en Madrid. Barrio de Salamanca. Directamente la propiedad. Farmacia robotizada y muy bien equipada, muy próxima a importantes centros comerciales. Muy bien situada, en una calle de primer orden. Local en propiedad que se vende o alquila. Facturación anual: 700.000 € con recorrido; de ellos, un 40% SOE. Información por e-mail y entrevista personal. Farmaciabarriodesalamanca@gmail.com

Farmacia en venta por jubilación. Barcelona ciudad. Muchas posibilidades de crecimiento. Local en propiedad: opción venta o alquiler. Interesados llamar al teléfono: 609 347 887.

Farmacia en venta en zona de Horta-Guinardó (Barcelona), con horario normal y mes de vacaciones. Local de 70 m² con opción a venta. Alto potencial de crecimiento. Precio venta: 500.000 euros. E-mail: farcalaix2@gmail.com. Tel.: 652 271 443.

Se vende farmacia rural, al norte de la provincia de Cáceres. Gestión cómoda y estable, única en el municipio. Local en propiedad. Interesados llamar al teléfono: 660 449 241.

Se vende farmacia en Granada capital a particular sin intermediarios. Facturación media. Interesados llamar al teléfono: 626 584 391.

Varios

Vendo mobiliario y mostrador de farmacia en color blanco. Interesados pónganse en contacto conmigo. Tel.: 616 867 730.

Vendo robot para hacer SPD a residencias en bolsitas. Práctico y muy rápido. Nuevo, tiene un año, pero solo lo hemos utilizado 8 meses. Farmadosis es nuestro proveedor, puede seguir suministrando consumibles y servicio de software. Está en la provincia de Barcelona, en Berga. Precio a convenir. Interesados llamar al teléfono: 615 358 874 (Nieves).

Se vende báscula farmacia Keito K6 en muy buen estado. Lleva pesabebés con ranuras para monedas. Precio excepcional: 450 euros. Está en la provincia de Toledo. Tel.: 667 633 737.

Vendo mobiliario de farmacia totalmente nuevo. Todo el conjunto o por piezas. Lineales, mostrador, isla

central, escaparates, etc. Urge vender. Se admiten ofertas. Interesados llamar al teléfono: 639 089 304. Badajoz.

Vendo tres mostradores de Concep, modelo Kubic, antigüedad 7 años, con luz, por 700 € cada uno. Tel.: 617 126 819.

Se vende mobiliario de oficina de farmacia por traslado. Tres mostradores y trece módulos de vitrinas para exposición. Antigüedad: 27 años. Precio económico. Interesados llamar al teléfono: 952 487 117. Málaga.

Se vende material de laboratorio de oficina de farmacia de segunda mano: balanza precisión, agitador mecánico, baño 3 l, phmetro, pipetas con soporte, probetas, matraces, tubos de ensayo, vasos de precipitado y mortero. Tel.: 952 487 117.



ODAMIDA
SOLUCIÓN PARA ENJUAGUE BUCAL
NO INGERIR
ALIVIO SINTOMÁTICO DE LAS INFECCIONES LEVES DE LA BOCA COMO AFTAS Y MAL ALIENTO
LABORATORIO QUÍMICO BIOLÓGICO PELAYO, S.A.

LA PE Laboratorio Químico Biológico Pelayo



900 115 765
www.farmaconsulting.es

**Impuesto de
Actos Jurídicos
Documentados**
**El banco que
financia mi
operación me pide
una provisión de
fondos para abonar
un nuevo impuesto
por la compra de la
oficina de farmacia:
Actos Jurídicos
Documentados.
¿Debo realmente
abonarlo?**

B.S. (Salamanca)

Registro ASNEF
**Me niego a pagar
unos gastos que no
acepto relativos a mi
préstamo para la
compra del local, y
al demandar al
banco un empleado
me dice que me
anotará en un
registro de morosos.
¿Puede hacerlo?**

B.G. (Barcelona)

«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

Realmente no se trata de un nuevo impuesto. Se trata de un impuesto ya «veterano» que, en lo que a su caso puede afectar, se aplica siempre que se formaliza una escritura notarial, con objeto valuable, y que pueda inscribirse en un registro público.

Tradicionalmente, en muchas provincias españolas se ha venido entendiendo que ese impuesto no es aplicable a la adquisición de una oficina de farmacia, puesto que se considera que esta no es inscribible, en este caso, en el Registro de Bienes Muebles. Pero dos recientes sentencias del Tribunal Supremo del pasado mes de noviembre han concluido que sí es aplicable dicho impuesto, dado que, según entiende el Tribunal, la mera titularidad de una oficina de farmacia sí es inscribible.

De aquí parte la «novedad» del impuesto. Pero es muy probable que esta conclusión siga discutiéndose, ya que las aludidas sentencias reconocen que tal inscripción es estéril, puesto que no genera efectos contra terceros.

En definitiva, valore con su asesor qué postura tomar al respecto porque, a nuestro entender, el asunto es aún cuestionable.

Respuesta

Rotundamente no. El registro ASNEF (acrónimo de la Asociación Nacional de Establecimientos Financieros de Crédito) tiene como fin que sea conocida la solvencia patrimonial del deudor, no saber si se ha pagado o no una deuda, tal y como nos recuerda la sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sentencia 1.503/2020.

En la resolución, el Tribunal supremo afirma que la legitimidad de la inclusión de los datos en este registro exige no solo que el dato del importe de la deuda impagada sea exacto y veraz, sino también que la inclusión sea pertinente; y no lo será cuando el deudor haya cuestionado legítimamente, en vía administrativa, judicial o arbitral, la existencia o cuantía de la deuda, como parece que ha hecho usted al demandar a su entidad.



ENVÍENOS SU CONSULTA

@ e-mail: consultasef@edicionesmayo.es

Mireia Belmonte, campeona olímpica española

Captura este código con la cámara
o entra en www.farmaconsulting.es/mireia-belmonte
y podrás ver el vídeo completo



**SER
Nº1**

**Solo puedes ser número uno
durante tanto tiempo si trabajas
con grandes valores**

**30 años de experiencia nos hacen ser
Nº1 en EFICACIA, SEGURIDAD y ESPECIALIZACIÓN**



FARMACONSULTING **30**
Nº1 EN TRANSMISIONES **AÑOS**

Vinos de hielo autóctonos

Cuando buscamos un regalo perfecto, original y genuino para un neófito en el mundo del vino, para alguien con interés medio o para un verdadero amante del vino, no hay nada mejor que un vino de hielo.

Los vinos de hielo se hacen en la viña, son escasos, extremadamente dulces y de muchísima calidad. Las uvas deben ser vendimiadas a mano en estado de congelación en el racimo y prensadas con los cristales de hielo, lo que provoca una alta concentración de azúcares y ácidos debido a la deshidratación del grano de uva.

En algunos casos, las uvas se presentan sobremaduradas debido a que no se vendimian a su debido tiempo, sino que se mantienen en la misma cepa hasta la llegada de las condiciones climáticas precisas; en ocasiones, esta demora puede ser de meses. Para que se congele la uva, es necesario que la temperatura ambiente se mantenga durante varios días a -7 o -8 °C o algo menos, pero nunca por debajo de los -13 °C ya que la uva quedaría totalmente congelada.

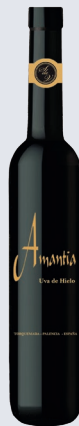
Estos vinos son originarios de Alemania y muy populares en lugares como Canadá o Austria. Hace unos años, varias bodegas españolas empezaron a hacer vinos de hielo congelando la uva a la entrada de la bodega mediante nieve carbónica u otro sistema, pero tan solo uno se elabora del mismo modo que en estos fríos países: la bodega palentina Señorío de Valdesneros. En esta bodega, que pertenece a la D.O. Arlanza, elaboran desde 2010 el primer vino de hielo de España mediante congelación en el viñedo con tempranillo. Para la vendimia del vino de hielo dependen mucho las heladas, y suele ser a mediados de octubre, con las uvas ya pasificadas y cuando hay 3 días consecutivos de temperaturas de menos de tres grados. El resultado es un vino de hielo autóctono que hace perder el sentido.

Pep Bransuela
Farmacéutico y enólogo

Amantia. Vino de hielo

Señorío de Valdesneros
D.O. Arlanza
24,5 €

Para elaborar 500 L de este vino de hielo se recogen 6.000 kg de uva. Se elabora como un vino normal, aunque aplican calor para el arranque de la fermentación y luego para que no se interrumpa. No tiene una fermentación tumultuosa, es muy lenta y hay que andar con cuidado para que no se pare. Tras 4 meses en barricas de roble americano se afina en botella, y bien conservado puede durar muchos años. Presenta un color rojo con reflejos ámbar, aromas a frutas pasas, miel y confitura, y en boca tiene el típico dulzor natural mezclado con una fresca acidez de los vinos de hielo. Se sirve frío y es perfecto para tomar con *foie*, entrantes y postres.



La invención de la bicicleta (Responder –y servir– desde la adversidad)

Jordi Nadal
Plataforma
Editorial
Barcelona, 2020



En 1815 entró en erupción el volcán Tambora, en Indonesia, provocando una crisis sin precedentes en todo el hemisferio norte. Decenas de miles de personas sucumbieron al hambre y las enfermedades; los caballos, el medio de transporte habitual de la época, no corrieron mejor suerte, pues sus amos no se podían permitir el lujo de alimentarlos apropiadamente. Karl von Drais, famoso inventor alemán, se dio cuenta de que la crisis representaba una oportunidad. Descubrió que la *Laufmaschine*, uno de sus trabajos más recientes, era la forma de trasladarse que la coyuntura exigía. Actualmente, esta máquina es conocida como la bicicleta.

La crisis de la COVID-19 ha hecho evidente que nos enfrentamos a uno de los desafíos más graves que hemos vivido como sociedad. Ante una situación que nadie podía haber previsto, no hay más remedio que dar lo mejor de nosotros mismos, demostrando nuestra capacidad para encajarla. En estas claves para vivir desde la adversidad, Jordi Nadal nos invita a asumir los retos que nos impone el futuro, sin alarmarnos más ni menos de lo necesario, con el fin de sortear las dificultades de la mejor manera posible.

<https://www.plataformaeditorial.com/libro/8668-la-invencion-de-la-bicicleta>

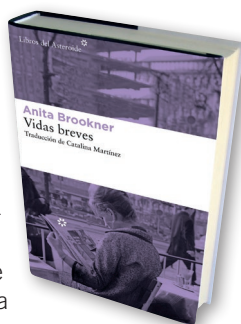
Vidas breves

Anita Brookner
Libros del Asteroide
Barcelona, 2020

Vidas breves cuenta la historia de Fay, de sus discretas alegrías e ilusiones desde que, en la década de 1940, abandonó su modesta carrera de cantante por un matrimonio muy alejado del romanticismo que predicaban las canciones y películas de la época. Una vida en busca de amor y de afectos en la que una extravagante mujer, la glamurosa Julia, acaba convirtiéndose en una influencia sutil pero constante. Ya en la madurez, los lazos que las unen no son los del secreto inconfesable que se ocultan, ni los de las horas compartidas, sino más bien los del temor a la soledad.

Anita Brookner, ganadora del Premio Booker y una de las grandes escritoras británicas de finales del siglo XX, logró con *Vidas breves* una de sus mejores novelas, un delicado retrato de unas vidas marcadas por la nostalgia y las emociones reprimidas.

<http://www.librosdelasteroide.com/-vidas-breves>

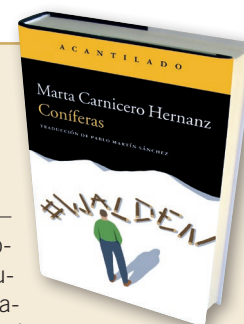


Coníferas

Marta Carnicero
Editorial Acanalado
Barcelona, 2020

Joel vive en Walden, una comunidad idílica en plena naturaleza cuyos miembros rechazan las nuevas tecnologías y abogan por una vida fiel a las costumbres de antes. Con el propósito de acercarse a Alina, una recién llegada que lo tiene fascinado, empieza a enviarse cartas a sí mismo a casa de la joven. Todo va sobre ruedas hasta que Alina le entrega una que no ha escrito él y cuyo contenido sugiere que el remitente anónimo lo conoce mejor que nadie. A medida que la relación con Alina avanza, se suceden los equívocos y las amenazas de este saboteador epistolar empeñado en separar a la pareja. Lentamente, sin darse cuenta, Joel queda atrapado en un inquietante laberinto de espejos donde su reflejo parece adquirir vida propia mientras él lucha por recuperar las riendas de su destino.

<http://www.acanalado.es/catalogo/coniferas/>



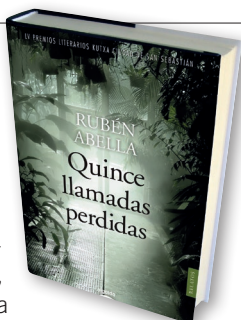
Quince llamadas perdidas

Rubén Abella
Algaída Editores
Sevilla, 2020

Después de atracar una farmacia, un delincuente busca refugio en la casa de sus abuelos, con quienes hace años que no tiene contacto; un aficionado a las maquetas de barcos es testigo desde el balcón de cómo un hombre agrede a su novia; una pareja de adolescentes bebe, baila, consume drogas y sueña con un porvenir luminoso lejos de Madrid; un ludópata deja a su esposa y a su hija pequeña solas en Nochebuena para ir a jugar a las tragaperras; una anciana hace inventario de sus días mientras las olas del mar la ahogan, y mientras su hija, su yerno y sus nietos la observan divertidos desde la playa...

Lúcidas, esenciales, compasivas y hábilmente entrelazadas, las 15 historias que componen este libro poseen el eco de lo trascendente: resuenan tras su lectura como timbrazos sin respuesta.

<https://novela.algaida.es/libro/calembe/quince-llamadas-perdidas-ruben-abella-9788491893875/>



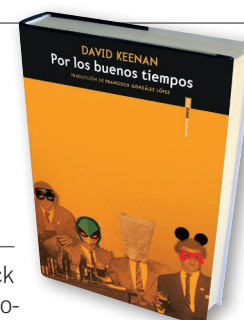
Por los buenos tiempos

David Keenan
Editorial Sexto Piso
Madrid, 2020

Sammy, Tommy, Barney y Patrick son cuatro amigos de Ardoyne, zona depauperada y de mayoría católica del norte de Belfast. También son «provos», miembros del IRA Provisional que abrazan devotamente la causa de una Irlanda libre y unida. Sus amistades, sus amoríos, sus relaciones con la familia y la comunidad siempre se desarrollan bajo la sombra de la lucha armada y un reguero de víctimas y destrucción, algo que entre los suyos les confiere un estatus de estrellas del rock, de tipos duros y misteriosos con un aura a la vez de gánsteres y mártires. Todo es vertiginoso y deslumbrante. Son los buenos tiempos.

Por los buenos tiempos es una novela delirante, brutal y emotiva, una lectura absorbente, de anárquico voltaje, llena de humor y tragedia, que confirma a David Keenan como un autor en la plenitud de sus facultades.

<http://sextopiso.es/esp/item/480/por-los-buenos-tiempos>



1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Bexsero suspensión inyectable en jeringa precargada. Vacuna meningocócica del grupo B (ADNr, de componentes, adsorbida) **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Una dosis (0,5 ml) contiene:

Proteína recombinante de fusión NHBA de <i>Neisseria meningitidis</i> del grupo B ^{1,2,3}	50 microgramos
Proteína recombinante NadA de <i>Neisseria meningitidis</i> del grupo B ^{1,2,3}	50 microgramos
Proteína recombinante de fusión fHbp de <i>Neisseria meningitidis</i> del grupo B ^{1,2,3}	50 microgramos
Vesículas de la membrana externa (OMV) de <i>Neisseria meningitidis</i> grupo B cepa NZ98/254 medidas como la cantidad total de proteína que contiene el PorA P1.4 ²	25 microgramos

¹producida en células *E. coli* mediante tecnología de ADN recombinante ²adsorbida en hidróxido de aluminio (0,5 mg Al³⁺)³ NHBA (antígeno de *Neisseria* de unión a heparina), NadA (adhesina A de *Neisseria*), fHbp (proteína de unión al factor H) Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1 **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Suspensión inyectable. Suspensión líquida blanca opalescente. **4. DATOS CLÍNICOS.** **4.1. Indicaciones terapéuticas.** Bexsero está indicado para la inmunización activa de individuos a partir de 2 meses de edad frente a la enfermedad meningocócica invasiva causada por *Neisseria meningitidis* grupo B. El impacto de la enfermedad invasiva en diferentes grupos de edad así como la variabilidad de la epidemiología del antígeno para cepas del grupo B en diferentes áreas geográficas debe tenerse en cuenta al vacunar. Ver sección 5.1 para información sobre protección frente a cepas específicas del grupo B. El uso de esta vacuna debe seguir las recomendaciones oficiales. **4.2. Posología y forma de administración.** [Posología](#) [Tabla 1. Resumen de posología.](#)

Edad a la primera dosis	Inmunización primaria	Intervalos entre dosis primarias	Dosis de recuerdo
Lactantes de 2 a 5 meses de edad^a	Tres dosis de 0,5 ml cada una	No menos de 1 mes	Sí, una dosis entre los 12 y 15 meses de edad con un intervalo de al menos 6 meses entre la primovacunación y la dosis de recuerdo ^{b,c}
	Dos dosis de 0,5 ml cada una	No menos de 2 meses	
Lactantes de 6 a 11 meses de edad	Dos dosis de 0,5 ml cada una	No menos de 2 meses	Sí, una dosis en el segundo año de vida con un intervalo de al menos 2 meses entre la primovacunación y la dosis de recuerdo ^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 primovacunación 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	Se debe considerar una dosis de recuerdo en individuos con riesgo continuado de exposición a la enfermedad meningocócica, según las recomendaciones oficiales ^f
Adolescentes (desde 11 años de edad) y adultos^g			

^aLa primera dosis no debe administrarse antes de los 2 meses de edad. La seguridad y eficacia de Bexsero en lactantes de menos de 8 semanas no se ha establecido. No se dispone de datos. ^bEn caso de retraso en la administración, la dosis de recuerdo no se debe administrar más tarde de los 24 meses de edad. ^cVer sección 5.1. La necesidad y el plazo de otras dosis de recuerdo no han sido determinados. ^dVer sección 5.1. ^eNo hay datos sobre los adultos mayores de 50 años. **Forma de administración** La vacuna se administra mediante inyección intramuscular profunda, preferiblemente en la zona anterolateral del muslo en lactantes o en la zona del músculo deltoides 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 psicogénica 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 deslastamiento. 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). Los sujetos con deficiencias del complemento hereditarias (por ejemplo, deficiencias de C3 o C5) y los sujetos que están recibiendo tratamientos que inhiben la activación del complemento terminal (por ejemplo, eculizumab) tienen un mayor riesgo de enfermedad invasiva causada por *Neisseria meningitidis* del grupo B, incluso aunque desarrollen anticuerpos después de la vacunación con Bexsero. No existen datos sobre el uso de Bexsero en sujetos mayores de 50 años y los datos son limitados en pacientes con condiciones médicas crónicas. Deberá considerarse el posible riesgo de apnea y la necesidad de control respiratorio durante 48-72 horas tras la primovacunación en lactantes muy prematuros (nacidos < 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. **Trazabilidad** Con objeto de mejorar la trazabilidad de los medicamentos biológicos, el nombre y el número de lote del medicamento administrado deben estar claramente registrados.

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, poliomieltitis inactivada, hepatitis B, conjugado neumocócico heptavalente, sarampión, paperas, rubéola, varicela y conjugado meningocócico de los grupos A, C, W, Y. 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 las humanas 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 2.677 fueron adolescentes y adultos. De los lactantes que recibieron Bexsero como primovacunación, 3.285 recibieron una dosis de recuerdo en el segundo año de vida. En lactantes y niños (menores de 2 años) la reacción adversa local y sistémica más comúnmente observada en los ensayos clínicos fue dolor agudo a la presión y eritema en el lugar de inyección, fiebre e irritabilidad. En los estudios clínicos en lactantes vacunados a los 2, 4 y 6 meses de edad, se notificó fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) en un 69% al 79% de los sujetos cuando Bexsero se coadministraba con vacunas habituales (que contienen los siguientes antígenos: conjugado neumocócico heptavalente, difteria, tétanos, tos ferina acelular, hepatitis B, poliomieltitis 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: ($\geq 1/10$) Frecuentes: ($\geq 1/100$ 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 vacunación, 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). Frecuentes: erupción (lactantes y niños de 2 a 10 años de edad). Poco frecuentes: eczema. Raras: urticaria. [Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo](#) Muy frecuentes: artralgia. [Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración](#) Muy frecuentes: fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), dolor agudo a la presión en el lugar de la inyección (incluyendo dolor intenso en el lugar de la inyección definido como 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, induración en el lugar de la inyección, irritabilidad. Poco frecuentes: fiebre ($\geq 40^{\circ}\text{C}$). Frecuencia no conocida: reacciones en el lugar de la inyección (incluyendo hinchazón extensa de la extremidad vacunada, ampollas en el lugar de la inyección o en el área que la rodea y nódulo en el lugar de la inyección que puede permanecer durante más de un mes). **Adolescentes (desde 11 años de edad) y adultos** [Trastornos del sistema inmunológico](#) Frecuencia no conocida: reacciones alérgicas (incluyendo las reacciones anafilácticas). [Trastornos del sistema nervioso](#) Muy frecuentes: cefalea. Frecuencia no conocida: síncope o respuestas vasovagales a la inyección, 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 de la piel y del tejido subcutáneo](#) Frecuencia no conocida: erupción. [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.notificar.ams.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 (MDI). 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 bacteriocida 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 bacteriocida en suero utilizando suero humano como fuente del complemento (hSBA). No hay datos disponibles de todas las pautas de vacunación que utilizan la cepa de referencia para NHBA. La mayoría de los estudios de inmunogenicidad primaria se realizaron como ensayos clínicos aleatorizados, controlados y multicéntricos. Se evaluó la inmunogenicidad en lactantes, niños, adolescentes y adultos. **Inmunogenicidad en lactantes y niños** En estudios con lactantes, los participantes recibieron tres dosis de Bexsero a los 2, 4 y 6 meses de edad y una dosis de recuerdo en el segundo año de vida, a partir de los 12 meses de edad. Se obtuvieron sueros antes de la vacunación, un mes después de la tercera vacunación (ver Tabla 2) y un mes después de la vacunación con dosis de recuerdo (ver Tabla 3). En un estudio de extensión, se evaluó la persistencia de la respuesta inmune un año después de la dosis de recuerdo (ver Tabla 3). En otro ensayo clínico se ha evaluado la inmunogenicidad en lactantes de 2 meses a 5 meses de edad tras dos o tres dosis seguidas de una dosis de recuerdo. 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 niños no vacunados previamente que también recibieron dos dosis en el segundo año de vida, se midió la persistencia de anticuerpos un año después de la segunda dosis (ver Tabla 4). **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 de 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=1.149 100% (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=1.152 100% (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=1.152 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 de edad 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*	N=81	N=426
	% seropositivo** (IC 95%)	58% (47-69)	82% (78-85)
	GMT hSBA*** (IC 95%)	5,79 (4,54-7,39)	10 (9,55-12)
	1 mes después de la dosis de recuerdo	N=83	N=422
	% seropositivo (IC 95%)	100% (96-100)	100% (99-100)
	GMT hSBA (IC 95%)	135 (108-170)	128 (118-139)
NadA	12 meses después de la dosis de recuerdo		N=299
	% seropositivo (IC 95%)	-	62% (56-67)
	GMT hSBA (IC 95%)	-	6,5 (5,63-7,5)
	antes de la dosis de recuerdo	N=79	N=423
	% seropositivo (IC 95%)	97% (91-100)	99% (97-100)
	GMT hSBA (IC 95%)	63 (49-83)	81 (74-89)
PorA P1.4	1 mes después de la dosis de recuerdo	N=84	N=421
	% seropositivo (IC 95%)	100% (96-100)	100% (99-100)
	GMT hSBA (IC 95%)	1.558 (1.262-1.923)	1.465 (1.350-1.590)
	12 meses después de la dosis de recuerdo		N=298
	% seropositivo (IC 95%)	-	97% (95-99)
	GMT hSBA (IC 95%)	-	81 (71-94)
NHBA	antes de la dosis de recuerdo	N=83	N=426
	% seropositivo (IC 95%)	19% (11-29)	22% (18-26)
	GMT hSBA (IC 95%)	1,61 (1,32-1,96)	2,14 (1,94-2,36)
	1 mes después de la dosis de recuerdo	N=86	N=424
	% seropositivo (IC 95%)	97% (90-99)	95% (93-97)
	GMT hSBA (IC 95%)	47 (36-62)	35 (31-39)
fhbp	12 meses después de la dosis de recuerdo		N=300
	% seropositivo (IC 95%)	-	17% (13-22)
	GMT hSBA (IC 95%)	-	1,91 (1,7-2,15)
	antes de la dosis de recuerdo	N=69	N=100
	% seropositivo (IC 95%)	25% (15-36)	61% (51-71)
	GMT hSBA (IC 95%)	2,36 (1,75-3,18)	8,4 (6,4-11)
NadA	1 mes después de la dosis de recuerdo	N=67	N=100
	% seropositivo (IC 95%)	76% (64-86)	98% (93-100)
	GMT hSBA (IC 95%)	12 (8,52-17)	42 (36-50)
	12 meses después de la dosis de recuerdo		N=291
	% seropositivo (IC 95%)	-	36% (31-42)
	GMT hSBA (IC 95%)	-	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 indicativo 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	N=23	N=163
	% seropositivo* (IC 95%)	100% (85-100)	100% (98-100)
	GMT hSBA** (IC 95%)	250 (173-361)	271 (237-310)
NadA	12 meses después de la 2ª dosis		N=68
	% seropositivo (IC 95%)	-	74% (61-83)
	GMT hSBA (IC 95%)	-	14 (9,4-20)
PorA P1.4	1 mes después de la 2ª dosis	N=23	N=164
	% seropositivo (IC 95%)	100% (85-100)	100% (98-100)
	GMT hSBA (IC 95%)	534 (395-721)	599 (520-690)
NHBA	12 meses después de la 2ª dosis		N=68
	% seropositivo (IC 95%)	-	97% (90-100)
	GMT hSBA (IC 95%)	-	70 (47-104)
fhbp	1 mes después de la 2ª dosis	N=22	N=164
	% seropositivo (IC 95%)	95% (77-100)	100% (98-100)
	GMT hSBA (IC 95%)	27 (21-36)	43 (38-49)
NadA	12 meses después de la 2ª dosis		N=68
	% seropositivo (IC 95%)	-	18% (9-29)
	GMT hSBA (IC 95%)	-	1,65 (1,2-2,28)
PorA P1.4	1 mes después de la 2ª dosis		N=46
	% seropositivo (IC 95%)	-	63% (48-77)
	GMT hSBA (IC 95%)	-	11 (7,07-16)
NHBA	12 meses después de la 2ª dosis		N=65
	% seropositivo (IC 95%)	-	38% (27-51)
	GMT hSBA (IC 95%)	-	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 un ensayo clínico de fase 3 inicial y en su extensión 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 ensayo clínico inicial, 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)
	% seropositivo (IC 95%)	N=99 99% (95-100)	N=291 100% (98-100)
NadA	GMT hSBA (IC 95%)	584 (466-733)	457 (392-531)
	% seropositivo (IC 95%)	N=100 98% (93-100)	N=289 99% (98-100)
	GMT hSBA (IC 95%)	42 (33-55)	40 (34-48)
PorA P1.4	% 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. En el ensayo clínico de extensión, en el que se administraron dos dosis de Bexsero con un mes de diferencia en niños no vacunados, un porcentaje alto de sujetos fueron seropositivos un mes después de la segunda dosis. 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)
	% seropositivo (IC 95%)	N=98 100% (96,3-100)	N=54 100% (93,4-100)	N=34 100% (89,7-100)
NadA	GMT hSBA (IC 95%)	631 (503-792)	370,41 (264-519)	350,49 (228-540)
	% 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)
PorA P1.4	% 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 ≥ 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. En el mismo ensayo clínico de extensión también se evaluó la persistencia de anticuerpos y la respuesta a una dosis de recuerdo en niños que recibieron la serie primaria de dos dosis a los 2 y a los 5 o a los 6 y a los 10 años de edad. Después de 24-36 meses, los porcentajes de sujetos seropositivos (es decir, que alcanzan un hSBA de al menos 1:4) disminuyeron, variando en función de las cepas desde el 21% al 74% en niños de 4 a 7 años de edad y desde el 47% al 86% en niños de 8 a 12 años de edad. La respuesta a una dosis de recuerdo administrada 24-36 meses después de la serie primaria indicó memoria inmunológica ya que los porcentajes de sujetos seropositivos variaron en función de las cepas desde el 93% al 100% en niños de 4 a 7 años de edad y desde el 96% al 100% en niños de 8 a 12 años de edad. **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 ≥ 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 inferior a 1:4 o igual o mayor a 1:4. Los porcentajes e 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%)	N=369 100% (98-100)	N=179 100% (98-100)	N=55 100% (94-100)
	título previo a la vacunación < 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%)	N=369 100% (98-100)	N=179 100% (98-100)	N=55 100% (94-100)
	título previo a la vacunación ≥ 1:4	N=268 90% (86-93)	N=140 86% (80-92)	N=31 90% (74-98)
	título previo a la vacunación < 1:4	N=427 100% (99-100)	N=211 99% (97-100)	N=64 98% (92-100)
NadA	% seropositivo después de la segunda dosis (IC 95%)	N=212 100% (98-100)	N=109 100% (97-100)	N=22 100% (85-100)
	título previo a la vacunación ≥ 1:4	N=426 99% (98-100)	N=211 99% (97-100)	N=64 98% (92-100)
	% de incremento de 4 veces después de la segunda dosis (IC 95%)	N=212 96% (93-98)	N=109 95% (90-98)	N=22 95% (77-100)
	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 < 1:4	N=212 100% (98-100)	N=111 100% (97-100)	N=22 100% (85-100)
PorA P1.4	% seropositivo después de la segunda dosis (IC 95%)	N=426 99% (98-100)	N=208 100% (98-100)	N=64 100% (94-100)
	% de incremento de 4 veces después de la segunda dosis (IC 95%)	N=211 81% (75-86)	N=111 77% (68-84)	N=22 82% (60-95)
	título previo a la vacunación ≥ 1:4	N=426 100% (98-100)	N=208 100% (98-100)	N=64 100% (94-100)
	% de incremento de 4 veces después de la segunda dosis (IC 95%)	N=211 81% (75-86)	N=111 77% (68-84)	N=22 82% (60-95)
	título previo a la vacunación < 1:4	N=426 100% (98-100)	N=208 100% (98-100)	N=64 100% (94-100)
NHBA	% seropositivo después de la segunda dosis (IC 95%)	N=426 100% (98-100)	N=208 100% (98-100)	N=64 100% (94-100)
	% de incremento de 4 veces después de la segunda dosis (IC 95%)	N=211 81% (75-86)	N=111 77% (68-84)	N=22 82% (60-95)
	título previo a la vacunación ≥ 1:4	N=426 100% (98-100)	N=208 100% (98-100)	N=64 100% (94-100)
	% de incremento de 4 veces después de la segunda dosis (IC 95%)	N=211 81% (75-86)	N=111 77% (68-84)	N=22 82% (60-95)
	título previo a la vacunación < 1:4	N=426 100% (98-100)	N=208 100% (98-100)	N=64 100% (94-100)

% seropositivo = porcentaje de sujetos que obtuvieron hSBA ≥ 1:4. Los datos de persistencia de anticuerpos para el ensayo clínico en adolescentes se obtuvieron mediante un ensayo clínico de extensión de fase 3. Aproximadamente, a los 7,5 años después de la serie primaria de dos dosis, los porcentajes de sujetos con hSBA ≥ 1:4 disminuyeron, variando en función de las cepas desde el 29% al 84%. La respuesta a una dosis de recuerdo administrada 7,5 años después de la serie primaria indicó memoria inmunológica ya que los porcentajes de sujetos que alcanzaron un hSBA ≥ 1:4 en función de las cepas variaron desde el 93% al 100%. En el mismo ensayo clínico también se evaluaron los datos de persistencia de anticuerpos de un ensayo clínico inicial de fase 3 adicional en adolescentes. Aproximadamente 4 años después de la serie primaria de dos dosis, los porcentajes de sujetos con hSBA ≥ 1:5 generalmente disminuyeron del 68% - 100%

después de la segunda dosis al 9% - 84%, en función de las cepas. La respuesta a una dosis de recuerdo administrada 4 años después de la serie primaria indicó memoria inmunológica ya que los porcentajes de sujetos con hSBA ≥ 1:5 variaron en función de las cepas desde el 92% al 100%. **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 ≥ 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 ≥ 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 ≥ 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. **Impacto de la vacunación en la incidencia de la enfermedad** En septiembre de 2015 se introdujo Bexsero en el Programa Nacional de Inmunización (PNI) del Reino Unido, con una pauta de dos dosis en lactantes (a los 2 y a los 4 meses de edad) seguida de una dosis de recuerdo (a los 12 meses de edad). En este contexto, Salud Pública de Inglaterra (PHE, por sus siglas en inglés) llevó a cabo un estudio observacional de 3 años a nivel nacional cubriendo a toda la cohorte de nacimiento. Tres años después del programa, se observó una reducción estadísticamente significativa del 75% [ratio de tasas de incidencia de 0,25 (IC 95%: 0,19 - 0,36)] en casos de EMI causada por *Neisseria meningitidis* del grupo B en lactantes elegibles para la vacunación, independientemente del estado de vacunación de los lactantes o de la predicción de cobertura frente a la cepa de meningococo del grupo B. La Agencia Europea de Medicamentos ha concedido al titular un aplazamiento para presentar los resultados de los ensayos realizados con Bexsero en uno o más grupos de la población pediátrica para la prevención de la enfermedad meningocócica causada por *Neisseria meningitidis* grupo B (ver sección 4.2 para consultar la información sobre el uso en la población pediátrica). **5.2. Propiedades farmacocinéticas.** No procede. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad.** Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios de toxicidad a dosis repetidas y de toxicidad para la reproducción y el desarrollo. **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1. Lista de excipientes.** Cloruro de sodio, Histidina, Sacarosa, Agua para preparaciones inyectables, Para los adsorbentes ver sección 2. **6.2. Incompatibilidades.** En ausencia de estudios de compatibilidad, este medicamento no debe mezclarse con otros. **6.3. Periodo de validez.** 3 años. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** Conservar en nevera (2°C – 8°C). No congelar-Conservar en el embalaje original para 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 u/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.** 02/07/2020. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu> **11. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. No reembolsable por el Sistema Nacional de Salud en Oficina de Farmacia. Bexsero suspensión inyectable, 1 dosis P.V.P. 102,07€ P.V.P. IVA 106,15€.

Recomendaciones de vacunación frente a EMI por serogrupo B en España.
Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.^{1,2}

Desde el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordaron recientemente las recomendaciones de vacunación frente a meningococo B que incluyen como grupos de riesgo los siguientes:

- Asplenia anatómica o disfunción esplénica grave.
- Deficiencias del sistema del complemento.
- Tratamiento con *eculizumab*.
- Trasplante de progenitores hematopoyéticos.
- Padecimiento anterior de enfermedad meningocócica invasiva.
- Personal de laboratorio expuesto a meningococo.
- En caso de agrupaciones de casos (brotes) u otras situaciones en las que las autoridades sanitarias lo considerasen necesario.

Según la ORDEN SAN/386/2019 de 15 de abril, por la que se modifica el Calendario Oficial de Vacunaciones Sistemáticas a lo largo de la vida de las personas para la Comunidad de Castilla y León, se aprobó la introducción de la vacunación frente a meningitis B en los lactantes nacidos a partir del 1 de enero de 2019 que no hayan sido vacunados con anterioridad.³ Según la ORDEN (BOC-A-2019-126-3325) de 28 de junio de 2019, por la que se aprueba el Calendario Vacunal para todas las edades de la vida en la Comunidad Autónoma de Canarias, se dispuso la vacunación frente a la enfermedad meningocócica por serogrupo B, iniciándose a partir de la fecha de entrada en vigor de la presente Orden, a la cohorte de niños y niñas nacidos a partir del 1 de julio de 2019.⁴

Referencias: **1.** Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. Acceso septiembre 2020. Disponible en: https://www.mscsb.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/VacGruposRiesgo/docs/VacGruposRiesgo_todas_las_edades.pdf **2.** Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación 2016. Preguntas y Respuestas sobre la Vacunación frente a la Enfermedad Meningocócica por Serogrupo B. Acceso septiembre 2020. Disponible en: http://www.mscsb.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/VacunacionMeningococo_PoblacionGeneral.pdf **3.** Boletín Oficial de Castilla y León. Nº78. 25 de Abril de 2019. 20762-20765. Acceso septiembre 2020. Disponible en: <http://boocyl.jcyl.es/boletines/2019/04/25/pdf/BOCYL-D-25042019-41.pdf> **4.** Boletín Oficial de Canarias. BOC-A-2019-126-3325. Acceso septiembre 2020. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2019/126/001.html>

Las guerrilleras del arte contemporáneo

Juan Esteva de Sagrera

Hay quien sostiene que el arte creado por mujeres suele resentirse de un esteticismo blando que huye del dramatismo y la profundidad del abismo. Quienes así piensan reservan para los hombres el gran arte y relegan el arte creado por mujeres a un papel secundario y amable, carente de dramatismo. Sin embargo, el arte contemporáneo desmiente ese tópico porque son precisamente las mujeres las artistas más rebeldes e inconformistas; las que practican un arte más duro, en ocasiones cruel; las que formulan las protestas que motivan más escándalo. Los hombres, por el contrario, se han especializado en vender a precio de oro obras muchas veces banales mediante sagaces operaciones de marketing. Koons, Murakami y Hirst, como en su día Warhol, son astutos mercaderes del arte conceptual, archimillonarios que triunfan gracias a productos con una estética afín al consumismo, mientras que Marina Abramović, Tracey Emin, Deborah de Robertis y Regina José Galindo arriesgan incluso su integridad física en sus *performances*.

En su *performance Rhythm 0*, Marina Abramović estuvo a disposición del público para que éste hiciese con ella lo que se le antojase. Acabó el espectáculo llena de heridas después de seis horas en que se convirtió en un objeto a disposición de todos. Un hombre llegó a hacerle un corte en el cuello y bebió su sangre. Fue desnudada y le clavaron espinas en el estómago. Muchos asistentes huyeron de la sala cuando, desnuda y ensangrentada, terminadas las seis horas que duró la *performance*, se dirigió al público que la había maltratado.

Regina José Galindo ha expuesto a la sociedad guatemalteca ante el horror del feminicidio cotidiano. En 2005 se grabó con un cuchillo la palabra *Perra*, el insulto que utilizaban los asesinos de mujeres. «Una perra menos», tatuaban en el cuerpo de las mujeres asesinadas. Consiguió un gran impacto en la Bienal de Venecia de 2005 con un vídeo, *Himenoplastia*, en el que se sometía a una



COMENTA EN www.elfarmacéutico.es

operación de reconstrucción del himen para recuperar la virginidad, uno de los tabúes de su sociedad. En *Presencia* se puso los vestidos de trece mujeres asesinadas tras ser torturadas y violadas. La artista se mete en su piel, en su vestido, para recuperar su presencia.

Ángela de la Cruz, que sigue en activo después de haber superado embarazada un coma de casi dos años y de haber dado a luz mediante cesárea, destroza cuadros y bastidores, los retuerce y distorsiona, los llena de incisiones como heridas que dejan la estructura pictórica al descubierto como después de una intervención quirúrgica.

Tracey Emin alcanzó la fama mediante dos instalaciones: su cama deshecha y sucia, en la que permaneció durante largos periodos de depresión y libertinaje; la tienda de campaña,

con una cama y los nombres de todos sus amantes. Esta última obra se destruyó en un incendio, y aunque le ofrecieron un millón de libras para recrearla, se negó a hacerlo.

Todas estas guerrilleras del arte crean bombas emocionales que explotan ante los convencionalismos de críticos y espectadores. Deborah de Robertis va un poco más allá y convierte sus genitales en las *performances* con las que denuncia la explotación del cuerpo femenino. Todo empezó en 2014, cuando mostró su vagina a los espectadores que contemplaban el cuadro de Courbet *El origen de la vida*. Más tarde hizo algo parecido ante la *Olimpia* de Manet, y en el Louvre se sentó con las piernas abiertas a escasos centímetros de la *Mona Lisa*. Durante las manifestaciones de los chalecos amarillos, se enfrentó a la policía francesa con los pechos al aire y ataviada como la Marianne del cuadro de Delacroix *La libertad guiando al pueblo*. Su último desafío ha sido aparecer desnuda, sólo cubierta con un manto azul, en una procesión del Santuario de Nuestra Señora de Lourdes. El arte como guerrilla, la artista como guerrillera. ●

De vacunas y de hombres

José Félix Olalla

Según las crónicas de la Época, hasta un tercio de la población londinense llevaba a comienzos del siglo XVIII las marcas de la viruela en el rostro. Los que portaban esas señales podían considerarse afortunados, pues habían sobrevivido a una terrible enfermedad que provocaba la muerte a una de cada cinco personas que la padecían.

Médicos del sudeste asiático ya habían observado que un ataque de viruela producía inmunidad para toda la vida, y fueron ellos los que concibieron la idea de procurar un episodio leve de la dolencia para evitar otro más grave posterior. A partir de aquí, entra en escena Edward Jenner y su conocida experimentación con un niño de ocho años, hijo de un empleado suyo.

Diseñar un experimento para probar o refutar una hipótesis es una idea relativamente moderna que hoy se considera insoslayable. Entonces no era así y, además, el ensayo de Jenner violó varios postulados éticos, aunque él no sintió ningún escrúpulo y utilizó para su experimento muestras de una forma leve de la enfermedad, concretamente la viruela padecida por las vacas.

Comenzaba así una fase particularmente brillante de la historia de los medicamentos: las vacunas. Con ellas podían evitarse enfermedades y, en algunos casos, erradicarlas por completo.

No todos los gérmenes son capaces de provocar el mismo grado de inmunidad. Los virus tienen mayor poder antigénico que las bacterias y estas tienen más que los protozoos, mientras que los hongos apenas lo presentan. La historia del desarrollo de las vacunas está trazada de aciertos. Ahí están la difteria y la coqueluche, la tuberculosis y la gripe. La escalada de la consecución y fabricación de vacunas llega ahora a su cumbre con las vacunas de la COVID-19, esperadas con verdadera ansiedad por todo el planeta. De forma inevitable, se oyen también algunas voces contrarias.



COMENTA EN www.elfarmacutico.es

Desde una plataforma digital nueva, sigo por teleconferencia la argumentación de los movimientos antivacunas. Para convencer, cuentan con la ventaja de que la transmisión del sonido funciona correctamente, pero lo que dicen no tiene consistencia. No es cierto que las vacunas sean responsables del número creciente de alergias y enfermedades autoinmunes; esto, por el contrario, tiene que ver con el ambiente higiénico desmesurado con el que pretendemos proteger a los niños. Tampoco es verdad que las vacunas puedan sobrecargar el sistema inmunitario o que la protección natural sea superior a la inducida por el fármaco. Las pruebas en contra son contundentes y, aunque parecían activistas, sus portavoces permanecen pasivos cuando se explica que el sarampión mata a tres de cada 1.000 infectados, mientras que la vacuna causa solo una reacción adversa grave por cada 10 millones de dosis inoculadas.

Ahora esperamos que las vacunas de la COVID-19 puedan devolvernos al punto de partida. Esa situación anterior la añoramos sirviéndonos esta vez no solo de los versos inmortales de Jorge Manrique («como a nuestro parecer cualquier tiempo pasado fue mejor»), sino al constatar que antes predicábamos la cercanía y hoy necesitamos la llamada «distancia social»; que antes corríamos a saludarnos y hoy pedimos a nuestro interlocutor que se suba la mascarilla; que antes no reparábamos en gastos para asistir a diversas convocatorias y que ahora estamos llenos de reparos incluso para salir a la calle y comprar el pan.

Desde Madrid aislado, cierro la conexión y pienso otra vez en los habitantes de Londres. Cruzan las calles de la ciudad y llevan los rostros sin mácula. De todas formas, apenas puede apreciarse, porque todos ellos están embozados. Vendrán tiempos mejores, aunque Manrique no lo predijera en sus coplas. ●

¡NUEVO!

Rinastel®

Con ingredientes de origen
100% natural

Lo más nuevo de **Rinastel®** es
para los **más fuertes** y para los **más suaves**

**DESCONGESTIONA
Y REFRESCA**



Adultos y niños a partir de 3 años¹

**LIMPIA
Y PROTEGE**



**LIMPIA Y PROTEGE
LA NARIZ DE
LOS MÁS PEQUES**

**AYUDA A PREVENIR
LA OTITIS MEDIA²**

Bebés a partir de 3 meses²

¡Una **completa gama**, siempre a punto en tu farmacia!

Indicado en caso de síntomas nasales de **RESFRIADOS, RINOSINUSITIS, RINITIS ALÉRGICA Y OTRAS INFECCIONES ORL.**

1. Instrucciones de uso Rinastel® Eucalyptus spray nasal 125 ml. 2. Instrucciones de uso Rinastel® baby spray nasal 125 ml. Cumple con la normativa de productos sanitarios.



 **almirall**

rinastel.com
clubdelafarmacia.com



¿IRRITACIÓN?

**¿DOLOR
DE GARGANTA?**



¿INFLAMACIÓN?

angileptol®

Al diablo con el dolor de garganta



Sabor menta



Sabor miel-limón



Sabor menta-eucalipto