



Revista profesional de formación continuada

AULA de la FARMACIA

www.auladelafarmacia.com

Volumen 17 | Nº 144 | Mayo-Junio 2021

■ FORMACIÓN

Formación en Urología

Síndrome del tracto urinario inferior (STUI) e hiperplasia benigna de próstata (HBP)

Curso de Salud de la Mujer

Mujer e infecciones genitourinarias

Formación en Gestión

Cómo hacer una auditoría digital en la farmacia

■ ACTUALIZACIONES

Patologías y síndromes estivales. Qué no olvidar en el consejo farmacéutico (1)

Novedades en tipologías de vacunas

Teresa & el muñeco más bonito del mundo.

Este es un Baby Pelón de Juegaterapia, con un pañuelo diseñado en exclusiva por Teresa. ¿Sabes por qué los Baby Pelones son los muñecos más bonitos del mundo? Porque en Juegaterapia destinamos sus beneficios a la investigación contra el cáncer infantil y a otros proyectos preciosos de nuestra fundación. Así cada vez que compres Baby Pelones estarás comprando felicidad.

www.juegaterapia.org
#BabyPelonesJT



De venta en
El Corte Inglés,
Juguettos
Toys R'Us
y Amazon.es.



AULA de la FARMACIA

Volumen 17 | Nº 144 | Mayo-Junio 2021

7 ■ FORMACIÓN

Formación en Urología

Síndrome del tracto urinario inferior (STUI)
e hiperplasia benigna de próstata (HBP)



Curso Salud de la mujer ^{2ª} EDICIÓN

Mujer e infecciones
genitourinarias

Formación en Gestión

Cómo hacer una auditoría digital
en la farmacia



46 ■ REPORTAJE

Congreso online Gestiona Tu Farmacia 2021



54

ACTUALIZACIONES



Patologías y síndromes estivales. Qué no olvidar en el consejo farmacéutico (1)

Novedades en tipologías de vacunas



www.auladelafarmacia.com

AULA FARMACIA

Edita: Grupo Saned

saned
GRUPO

Dirección: Leonor Rodríguez Guzmán.

Subdirector médico: Federico Pérez Agudo

Redacción: Ana Romero López, Ester Crespo Martín, Isabel Sánchez Aguiar y Blanca Erce Llamazares.

Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid.

Teléfono: 91 749 95 08.

Administración: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid.

Teléfono: 91 749 95 10.

Suscripciones: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid.

Teléfono: 91 749 95 00.

Correo electrónico:

auladelafarmacia@gruposaned.com

Entidades Colaboradoras: COFARES, ANEFP (Asociación Nacional de Especialidades Farmacéuticas Publicitarias), ASEDEF (Asociación Española de Derecho Farmacéutico), AEFF (Asociación Española de Farmacéuticos Formulistas), SEFAP (Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria), eupharlaw (Grupo Europeo de Derecho Farmacéutico), AEFI (Asociación Española de Farmacéuticos de la Industria), SEIS (Sociedad Española de Informática de la Salud), REAP (Red Española de Atención Primaria), SEFH (Sociedad Española de Farmacéuticos de Hospital), OTIME (Oficina Técnica Internacional del Medicamento).

Publicidad: Madrid: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Tel.: 91 749 95 00. Barcelona: Frederic Mompou, 4A, 2ª, 2ª. 08960. Sant Just Desvern. Barcelona. Tel.: 93 320 93 30. Fax: 93 473 75 41. e-mail: gruposaned@gruposaned.com

Imprime: Altair Impresia Ibérica.

Distribuye: JARPA.

Suscripciones: 6 números. España: 40€

Extranjero: 90€ (Unión Europea); 150€ (Resto de países).

Depósito Legal: M-12440-2004.

Soporte Válido: 13/04-R-CM. ISSN: 1697-543X.

Copyright 2021. Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación sin autorización por escrito del titular del copyright.

Grupo Saned, a los efectos previstos en el artículo 32.1, párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone expresamente a que cualquiera de las páginas de "Aula de la Farmacia", o partes de ella, sean utilizadas para la realización de resúmenes de prensa. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta publicación solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta publicación.

Evidencia científica

Estadísticas

Literatura

Artículos

Vídeo Paciente

Situaciones clínicas

Teatro

Animaciones

Películas

Storytelling

Anclaje del mensaje
Memorabilidad
Cambio de comportamiento

Resultados de estudios

Farmacoeconomía

Mecanismo de acción

Calidad de vida

Documentales

Teasers

CINFA premia a farmaSOLIDARIA

en su 11^º edición de los

PREMIOS A LA INNOVACIÓN



"Porque farmaSOLIDARIA busca crear una red de farmacias solidarias con el objetivo de despertar la solidaridad en los barrios, canalizar las donaciones de los clientes hacia proyectos solidarios en el entorno de la oficina de farmacia y engrandecer el rol de cercanía de las farmacias"

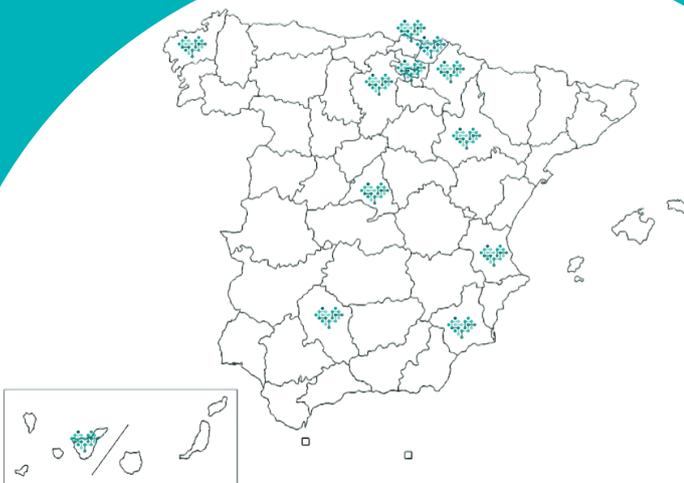
¿Te sumas?

Infórmate en :

T.91 999 31 81

info@farmasolidaria.com

farmasolidaria.com



Crterios de derivación del paciente con **síndrome del tracto urinario inferior (STUI)** desde la oficina de farmacia

TEMARIO

El curso de formación estará estructurado en 3 temas, en los que se abordan patologías muy prevalentes, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en la Farmacia.

Tema 1. Síndrome del tracto urinario inferior (STUI) e hiperplasia benigna de próstata (HBP)

Tema 2. Nocturia

Tema 3. Vejiga hiperactiva (VH) e incontinencia urinaria (IU)

TEMA 1

Síndrome del tracto urinario inferior (STUI) e hiperplasia benigna de próstata (HBP)

- Concepto y etiología de los STUI
- Valoración diagnóstica de los STUI/HBP
- Diagnóstico diferencial de los STUI/HBP
- Manejo terapéutico de los STUI/HBP
- Seguimiento de los STUI/HBP
- Criterios de derivación de los STUI/HBP a Atención Especializada

AUTORES Y COORDINACIÓN

Antonio Alcántara Montero

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manuel Encinas.
Consultorio de Malpartida de Cáceres. Cáceres.
Miembro del Grupo de Trabajo de Urología (Nefrología y Vías Urinarias) de SEMERGEN.

Francisco Javier Chantada Abal

Farmacéutico comunitario en Teo (A Coruña).
Título de especialista en Ortopedia por la Universidad de Santiago de Compostela.
Vocal de SEFAC Galicia.

- ✓ Curso online gratuito
- ✓ Dirigido a farmacéuticos
- ✓ Solicitada acreditación



Inicio del **curso** el 28 de **junio** de **2021**

cursos.gruposaned.com/stui

Patrocinado por:

TEMA 1

Síndrome del tracto urinario inferior (STUI) e hiperplasia benigna de próstata (HBP)

Dr. Antonio Alcántara Montero

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manuel Encinas. Consultorio de Malpartida de Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de Urología (Nefrología y Vías Urinarias) de SEMERGEN

1. CONCEPTO Y ETIOLOGÍA DE LOS STUI

El término STUI (síntomas del tracto urinario inferior) es la traducción española del vocablo inglés LUTS (*Lower Urinary Tract Symptoms*). En 1994 fue propuesto por Abrams para describir y clasificar una serie de síntomas frecuentes en el varón que se manifestaban y se relacionaban con distintas patologías, sobre todo del tracto urinario inferior (1).

En la actualidad, el tracto urinario inferior es considerado una unidad, y es conocida la importancia de la vejiga en la aparición de los STUI, donde clásicamente se atribuían a la próstata.

La ICS (*International Continence Society*), en su documento de consenso sobre terminología de los STUI, los divide en tres grupos (**Tabla 1**): **síntomas de llenado, de vaciado y posmiccionales** (2).

Los STUI son una causa frecuente de consulta en Atención Primaria y, sobre todo, aparecen en los varones de 50 o más

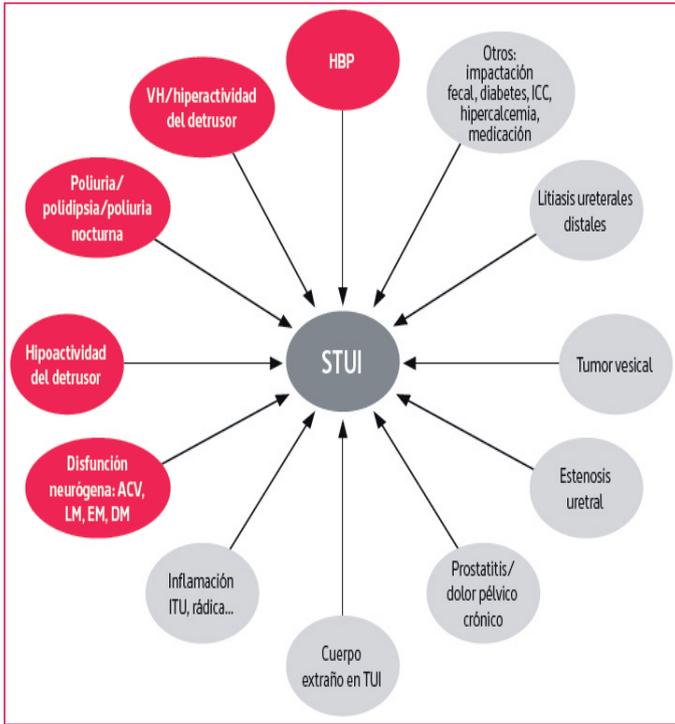
años de edad. La hiperplasia benigna de próstata (HBP), caracterizada por un crecimiento benigno de la glándula que genera una obstrucción a la salida de la orina, es la patología del varón que más se asocia a los STUI. La HBP presenta una prevalencia elevada y progresivamente creciente debido a la influencia de la edad como factor determinante para su aparición y desarrollo, afectando a entre un 40 % y un 90 % de los varones a partir de los 50 años (3-4). En el estudio EPIC se realizó una encuesta telefónica a 19.615 varones adultos de cinco países, de los que el 62,5 % refirieron presentar uno o más STUI. Los STUI impactan negativamente en la calidad de vida de los pacientes, produciendo interferencia con la vida diaria, preocupación, malestar y alteración en la percepción del estado de salud (5).

Sin embargo, no siempre la causa de los STUI en los varones es la HBP. Existen otras patologías del tracto urinario, cardíacas y metabólicas, que pueden manifestarse con síntomas parecidos, por lo que la complejidad de los STUI obliga a un diagnóstico detallado de los STUI en el varón para planear la mejor estrategia terapéutica (**Figura 1**) (3,4,6). Típicamente, los síntomas de llenado son

Tabla 1. Clasificación de los STUI

Síntomas de llenado	Síntomas de vaciado	Síntomas posmiccionales
Urgencia	Chorro débil	Sensación de vaciado incompleto
Nocturia	Micción en regadera	Goteo posmiccional
Frecuencia	Chorro intermitente	
Incontinencia urinaria de urgencia	Retardo	
	Esfuerzo miccional	
	Goteo miccional	

Figura 1. Causas de STUI en el varón (tomada cita 4).



ACV: accidente cerebrovascular; DM: diabetes *mellitus*; EM: esclerosis múltiple; HBP: hiperplasia benigna de próstata; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva; ITU: infección del tracto urinario; LM: lesión medular; STUI: síntomas del tracto urinario inferior; TUI: tracto urinario inferior; VH: vejiga hiperactiva.

más indicativos de disfunción vesical, como la hiperactividad del músculo detrusor (**Figura 2**) (7).

2. VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DE LOS STUI/HBP

La etiología multifactorial de los STUI justifica su evaluación detallada para un adecuado abordaje terapéutico según las guías de práctica clínica actuales. Además, es importante conocer el perfil de síntomas de cada paciente y el grado de molestia e impacto en la calidad de vida para orientar adecuadamente el tratamiento (3,4,6).

Podemos clasificar las distintas pruebas diagnósticas en: obligatorias, recomendadas, opcionales y no recomendadas inicialmente (**Figura 3**) (4).

2.1.- Pruebas diagnósticas obligatorias en pacientes con STUI

2.1.1. Historia clínica/Anamnesis. Nivel de evidencia: muy bajo. Grado de recomendación: fuerte a favor (4,6,8).

Figura 2. Concepto de unidad funcional vesicoprostática (adaptada cita 7).

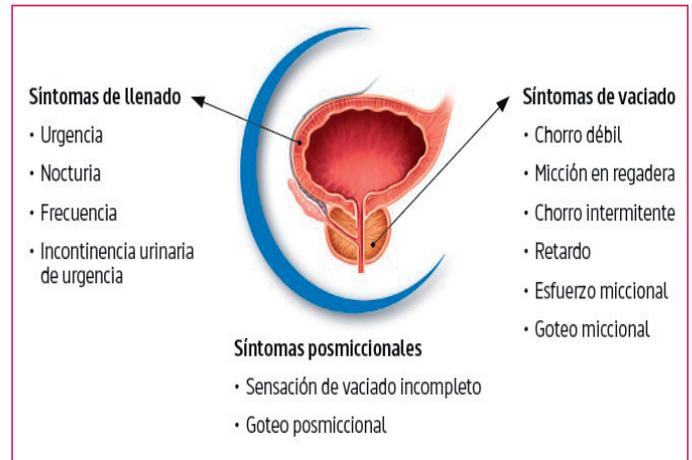
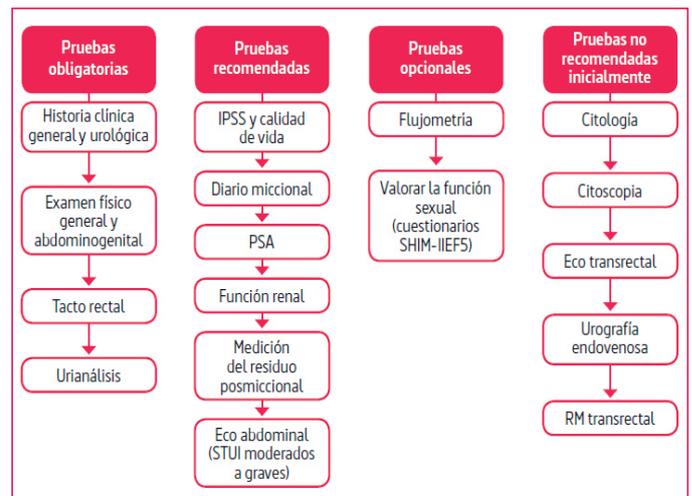


Figura 3. Clasificación de pruebas diagnósticas en el manejo de pacientes varones con STUI (tomada cita 4).



IPSS: *International Prostate Symptom Score*; PSA: antígeno prostático específico; RM: resonancia magnética; SHIM-IEF5: *Sexual Health Inventory for Men-International Index of Erectile Function 5*; STUI: síntomas del tracto urinario inferior.

Permite identificar posibles causas de STUI y comorbilidades (3-4):

- **Antecedentes patológicos personales:** enfatizando en patologías cuyos síntomas puedan dar lugar a dudas de si los síntomas son secundarios a la HBP o no:
 - Diabetes *mellitus*.
 - Insuficiencia cardíaca.
 - Patologías neurológicas que sugieran vejiga neurogénica (párkinson, esclerosis múltiple).
 - Antecedentes de disfunción sexual.

- Infecciones de transmisión sexual.
- Instrumentaciones urológicas.
- Traumatismos.
- **Antecedentes familiares** de patologías prostáticas o de la vejiga urinaria.
- **Ingesta de fármacos**, destacando:
 - Antihistamínicos de primera generación, anticolinérgicos, antiespasmódicos, antiinflamatorios no esteroideos y calcioantagonistas: disminuyen la contractilidad vesical.
 - Diuréticos: aumentan la frecuencia miccional.
 - Antidepresivos tricíclicos: provocan aumento del tono prostático.
 - Agonistas colinérgicos: estimulan la contractilidad vesical.
 - Simpaticomiméticos, levodopa, betabloqueantes y benzodiacepinas: aumentan la resistencia a la salida de la vejiga.
- **Síntomas**: valoraremos forma de inicio, tiempo de evolución, evolución y severidad de los síntomas.
- **Síntomas acompañantes**: fiebre, pérdida de peso, cuadro constitucional o astenia que hagan sospechar patología infecciosa o tumoral.
- **Estado general del paciente** para valorar condiciones ante posibles tratamientos quirúrgicos.
- **Hábitos higiénico-dietéticos o estilos de vida** que puedan favorecer la presencia de STUI (consumo excesivo de líquidos, de cafeína, alcohol o tabaco).
- **Actividades sociales o laborales** que puedan estar afectadas por la sintomatología por la que consulta el paciente, enfatizando en el estado psicológico y mental con especial atención en valorar estados de depresión/ansiedad/demencia.

2.1.2. Exploración física general y abdominopelvicogenital, con tacto rectal (TR). Nivel de evidencia: bajo, muy bajo. Grado de recomendación: fuerte a favor (4,6,8)

Realizaremos una exploración física general y otra más específica de la zona abdominal y genital. En la exploración física general buscaremos la presencia o no de edemas, fiebre, síntomas de afectación general, síntomas sugestivos de patología neurológica y valoraremos también el puño percusión renal. En la exploración abdominal descartaremos la presencia de globo vesical o masas pélvi-

cas. La exploración genital incluirá, además de descartar patologías testiculares o del epidídimo, la valoración del meato uretral para descubrir posibles obstrucciones al flujo (estenosis, hipospadias) o la presencia de supuraciones del glande. En la zona perineal podemos realizar una exploración neurológica mediante los reflejos bulbocavernosos (contracción anal al presionar el glande) y anal superficial (contracción anal al explorar la piel perianal). Con su exploración obtendremos una valoración indirecta de la posible afectación del esfínter estriado uretral. La alteración de los mismos indica afectación de las metámeras S2-S4, que se presenta en algunas patologías neurológicas y en la neuropatía diabética (3-4).

El TR nos permite valorar tanto la exploración externa con la detección de patologías anorrectales (alteraciones anales, estado del esfínter anal y la presencia, o no, de masas en la zona del recto y la ampolla rectal) y luego, al palpar la glándula prostática, valoraremos su sensibilidad, el tamaño prostático (generalmente el TR infravalora el tamaño real), su consistencia, los límites y la movilidad de la misma (3-4).

La próstata normal tiene un tamaño de unos 20 cc. A partir de 25 cc se considera que existe crecimiento de la glándula. Según el tamaño de la próstata clasificamos el tamaño de la HBP en cuatro grados (3-4):

- G I tacto: tamaño de una castaña, volumen: 30-40 cc.
- G II tacto: tamaño de una bola de golf, volumen: de 40-50 cc.
- G III tacto: tamaño de una mandarina, volumen: de 50-60 cc.
- G IV tacto: tamaño de una naranja, volumen: mayor a 60 cc.

El TR sobrestima el volumen en las próstatas pequeñas y subestima el volumen en próstatas grandes. Aunque sí que tiene capacidad para discriminar entre próstatas <50 cc o >50 cc (9).

2.1.3. Urianálisis (tira reactiva o sedimento). Nivel de evidencia: bajo. Grado de recomendación: fuerte a favor (4,6,8).

El objetivo del examen de orina en pacientes con STUI es la realización del diagnóstico diferencial con otras

Figura 4. IPSS (puntuación internacional de los síntomas prostáticos).

PREGUNTAS	Ninguna	Menos de 1 vez de cada 5	Menos de la mitad de las veces	Aprox. la mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre	
1. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5	
2. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las dos horas siguientes después de haber orinado?	0	1	2	3	4	5	
3. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5	
4. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5	
5. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el chorro de orina era poco fuerte?	0	1	2	3	4	5	
6. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5	
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces	
7. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	0	1	2	3	4	5	
CALIDAD DE VIDA		PUNTUACIÓN IPSS TOTAL					
8. ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora?	Encantado	Muy satisfecho	Más bien satisfecho	Tan satisfecho como insatisfecho	Más bien insatisfecho	Muy insatisfecho	Fatal
	0	1	2	3	4	5	5

patologías del tracto urinario y para descartar complicaciones, detectando la presencia de nitritos, glucosuria, leucocituria, hematuria y proteinuria. Se realiza mediante

una tira reactiva de orina. Es una prueba sencilla, muy sensible, pero poco específica (frecuentes falsos positivos). La presencia de hematuria debe confirmarse me-

Tabla 2. Variaciones del PSA, según la edad (12)

Edad (años)	Rango normal del PSA (ng/ml)
40-49	0-2,5
50-59	0-3,5
60-69	0-4,5
70-79	0-6,5

diente sistemático de orina y sedimento y será indicación de solicitar otras pruebas, sobre todo para descartar un carcinoma vesical (3-4). La leucocituria puede ser indicativa de infección, por lo que se deberá realizar un urocultivo. Si resultara negativo solicitaremos una citología de orina para descartar neoplasia, y un cultivo de orina específico de micobacterias para descartar tuberculosis genitourinaria (3-4).

2.2. Pruebas diagnósticas recomendadas en pacientes con STUI

2.2.1. Evaluación de la intensidad y afectación de calidad de vida de los STUI. Nivel de evidencia: bajo. Grado de recomendación: fuerte a favor (4,6,8).

Para la valoración de la intensidad de los STUI se recomienda la utilización del cuestionario IPSS (*International Prostate Symptoms Score*) (**Figura 4**). Es un cuestionario universalmente utilizado, desarrollado, aprobado y validado en Estados Unidos en el año 1992. Está validado y traducido al castellano (10). El cuestionario debe ser cumplimentado por el paciente. Tiene una gran importancia en la valoración diagnóstica inicial, tratamiento y seguimiento de los pacientes con STUI. Los objetivos del IPSS son:

- Cuantificar y objetivar los síntomas subjetivos del paciente.
- Puntuar la afectación en la calidad de vida.
- Monitorizar la progresión de la enfermedad.
- Valorar la respuesta al tratamiento.

El IPSS consta de 7 preguntas con 5 opciones de respuesta que valoran los diferentes tipos de STUI, tanto de

Tabla 3. Valores de PSA y posibilidades de padecer un carcinoma prostático (13)

PSA (ng/ml)	Posibilidades de padecer cáncer prostático (%)
0-2	10
2-4	15-25
4-10	17-32
>10	43-65

llenado como de vaciado, así como síntomas posmiccionales, y una última pregunta sobre calidad de vida. En función de las respuestas podremos clasificar los síntomas en:

- Leves: 0-7.
- Moderados: 8-19.
- Graves/Severos: 20-35.

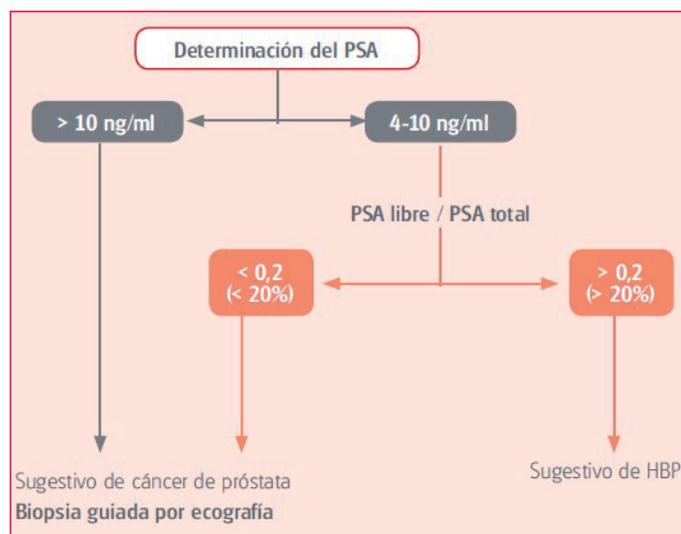
2.2.2. PSA (antígeno prostático específico, por sus siglas en inglés). Nivel de evidencia: alto. Grado de recomendación: fuerte a favor (4,6,8).

El PSA no es un marcador específico de carcinoma, sino de tejido prostático. Tiene una baja especificidad, ya que se encuentra elevado en pacientes que presentan otras patologías prostáticas, como la HBP y las prostatitis, y puede ser normal en pacientes con carcinoma prostático (3-4).

Existen múltiples estudios que establecen la relación positiva y estadísticamente significativa entre el PSA y el volumen prostático, remarcando la importancia en la evaluación de este parámetro como eficaz marcador de crecimiento prostático (11).

Las cifras de PSA consideradas normales varían con la edad: a partir de los 60 años de edad se consideran valores de normalidad un PSA <4 ng/ml (12), como podemos observar en la **Tabla 2**, aunque hasta un 25 % de los hombres con cáncer de próstata pueden tener valores de PSA <4 ng/ml (13) (**Tabla 3**). Igualmente, un nivel más alto de PSA no confirma la presencia de cáncer. Por tanto, no existe un umbral de PSA que descarte con seguridad la presencia de un cáncer de próstata.

Figura 5. Actitud, según valores de PSA (adaptada, citas 3,4,8).



La actuación clínica frente a los niveles de PSA va a depender del valor detectado en la valoración inicial (**Figura 5**). Antes de tomar una decisión, cualquier valor >4 ng/ml debe confirmarse en 4-6 semanas para descartar otras causas de elevación transitoria de PSA (infecciones genitourinarias, retención urinaria, instrumentalización urológica, masaje prostático vigoroso, etc.):

- Valor de PSA >10 ng/ml confirmado obliga a la remisión a Urología para la realización de una biopsia guiada por ecografía (3,4,8).
- Cuando el PSA está entre 4 y 10 hay que valorar una serie de parámetros (3,4,8):
 - **Velocidad del PSA:** hace referencia al aumento del valor del PSA en el tiempo. Se considera patológico un aumento de 0,75 ng/ml anual o de un 20 % anual de su valor inicial.
 - **Densidad del PSA:** relaciona el valor del PSA con el volumen prostático por ecografía. Una relación superior a 0,15 es sugestiva de carcinoma de próstata, mientras que si es inferior a 0,10 sugiere HBP.
 - **Cociente PSA libre/PSA total:** un cociente inferior al 20 % es sugestivo de cáncer de próstata y superior al 25 % de HBP.

La medición del PSA en suero y el tacto rectal aumentan la tasa de detección de cáncer de próstata, en comparación con el tacto rectal aislado (3-4).

2.2.3. Función renal. Nivel de evidencia: bajo. Grado de recomendación: fuerte a favor (4,6,8).

Valoraremos la función renal mediante la determinación de la creatinina sérica para descartar un proceso obstructivo que genere insuficiencia renal (IR). Puede estar alterada en el 10 % de los pacientes con HBP y su presencia obliga a estudios de imagen del tracto urinario superior. Se solicitará si se sospecha IR en el caso de un paciente con STUI, globo vesical, infecciones urinarias recurrentes o historia de litiasis renal. Se considera más indicativo de fallo renal medir los valores del filtrado glomerular (3-4).

2.2.4. Ecografía renovesicoprostática y medición del residuo posmiccional (RPM). Nivel de evidencia: bajo. Grado de recomendación: débil a favor (4,6,8). Nos permite valorar (3-4):

- Riñones, vías urinarias y vejiga. Debemos prestar especial atención en la observación de todo el sistema renovesical en pacientes con antecedentes de litiasis, hematuria e infección urinaria.
- RPM. Un volumen superior a 100-200 ml indica disfunción vesical y elevado riesgo de progresión. En estos casos estaría indicada la realización de estudios urodinámicos.
- Tamaño prostático. A través de la ecografía medimos anchura, altura y profundidad, lo que permite estimar el peso de la glándula. Aunque no tan preciso como en la ecografía transrectal.

Se recomienda la realización de una ecografía en el estudio de varones con STUI y presencia de (3,4,8):

- Sintomatología grave.
- Clínica sugestiva de obstrucción.
- Sospecha de RPM patológico.
- Sospecha de enfermedad neurológica.
- Antecedentes de urolitiasis.
- Macro o microhematuria.
- Función renal alterada e infección de orina.

2.2.5. Diario miccional. Nivel de evidencia: bajo. Grado de recomendación: fuerte a favor (4,6,8).

Útil sobre todo en pacientes con nocturia, en los que predominen los STUI de llenado, y en pacientes con perdi-

Clasificación de la urgencia en **grados de 0 a 4**:

0	No hay Urgencia	No siento necesidad imperiosa de orinar
1	Leve urgencia	Tengo ganas de orinar, pero puedo retrasar ir a orinar tanto como necesite, sin miedo a mojarme
2	Urgencia moderada	Puedo retrasar orinar un rato, sin miedo a mojarme
3	Urgencia severa	No puedo retrasar ir a orinar, debo ir rápido al aseo para no tener una pérdida de orina
4	Incontinencia por urgencia	Se me escapa la orina antes de llegar al aseo

DIARIO		MICCIONAL	DIA 1	DIA 2	DIA3	MEDIA
Frecuencia Miccional	FMD (episodios/día)					
	FMN (episodios/día)					
	FM/24h (episodios/día)					
Volumen Miccional	VMmáx Diurno (ml)					
	VMmáx Nocturno (ml)					
	VMmed (ml)					
Urgencia nº y grado máx.	Urgencia (episodios/día)					
	Urgencia grado					
Incontinencia	IUU (episodios/día)					
	IUE (episodios/día)					
	Mudas (nº/día)					
	Ingesta 24h (ml)					
Diuresis	Diuresis 24h (ml)					
	Diuresis nocturna (ml)					

Claves del resumen del diario

FMD: frecuencia miccional diurna	IUU: nº de episodios de incontinencia de urgencia
FMN: frecuencia miccional nocturna	IUE: nº de episodios de incontinencia de esfuerzo
FM/24h: frecuencia miccional en 24 h	Mudas: nº de mudas
VMmáx Diurno: Volumen miccional máximo diurno	Ingesta 24h: Ingesta de líquidos en 24 horas
VMmáx Nocturno: Volumen miccional máximo nocturno	Diuresis 24h: volumen de diuresis en 24 horas
VMmed: Volumen miccional medio	Diuresis nocturna: volumen de diuresis en la noche
Urgencia: nº de episodios de urgencia	
Urgencia grado: grado de urgencia (de 0 a 4)	

da involuntaria de orina (3,4). Consiste en el registro por parte del paciente (cuando sea posible) o del cuidador, durante 3 días, del esquema miccional (frecuencia miccional diurna y nocturna, episodios de urgencia, escapes de orina y sus circunstancias), así como de la ingesta de líquidos y número de absorbentes usados. Esta prueba, que no genera ningún coste y aporta mucha información, resulta muy útil tanto en la fase inicial diagnóstica como para monitorizar la respuesta al tratamiento (Figura 6) (3,4).

2.3. Pruebas diagnósticas opcionales en pacientes con STUI

2.3.1. Flujometría. Nivel de evidencia: moderado. Grado de recomendación: débil a favor (4, 6,8).

Es una prueba urodinámica no invasiva utilizada para evaluar el funcionamiento del tracto urinario inferior mediante la cuantificación del flujo urinario máximo (Q_{máx}). Para su medición se requiere un volumen miccional superior a 150 ml e inferior a 500 ml, considerándose como normales cifras mayores o iguales a 15 ml/s de Q_{máx}. Es indicativa de obstrucción si el Q_{máx} es inferior a 10 ml/s; valores comprendidos entre 15 ml/s y 10 ml/s son sugestivos de obstrucción, aunque pueden ser normales en varones >70 años de edad. Esta prueba no distingue entre obstrucción orgánica producida por HBP y disfunción del detrusor (3-4).

Además del Q_{máx}, hay otros parámetros que mejoran la especificidad de la prueba, como los valores de tiempo de flujo, tiempo de vaciado y flujo medio, así como la morfología de la curva flujo-volumen, que es distinta para cada patología (3-4).

Tiene utilidad en la correlación de los síntomas con los hallazgos objetivos de obstrucción, especialmente cuando hay discordancia, y para el seguimiento de los resultados del tratamiento. No obstante, la información que aporta se puede obtener de forma indirecta mediante la cuantificación del RPM (3-4).

2.3.2. Valoración de la función eréctil. Nivel de evidencia: muy bajo. Grado de recomendación: débil a favor (4,6,8).

Figura 7. Cuestionario de salud sexual para varones (SHIM).

En los últimos 6 meses:						
1. ¿Cómo califica su confianza de poder lograr y mantener una erección?		Muy baja 1	Baja 2	Moderada 3	Alta 4	Muy alta 5
2. ¿Cuándo tuvo erecciones con la estimulación sexual, con qué frecuencia sus erecciones fueron lo suficientemente rígidas para la penetración?	Sin actividad sexual 0	Casi nunca/ nunca 1	Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2	A veces (aprox. la mitad de las veces) 3	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad) 4	Casi siempre/ siempre 5
3. Durante el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?	No intentó el acto sexual 0	Casi nunca/ nunca 1	Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2	A veces (aprox. la mitad de las veces) 3	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad) 4	Casi siempre/ siempre 5
4. Durante el acto sexual, ¿qué grado de dificultad tuvo para mantener la erección hasta el final del acto sexual?	No intentó el acto sexual 0	Extremadamente difícil 1	Muy difícil 2	Difícil 3	Ligeramente difícil 4	No difícil 5
5. Cuando intentó el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue satisfactorio para usted?	No intentó el acto sexual 0	Casi nunca/ nunca 1	Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2	A veces (aprox. la mitad de las veces) 3	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad) 4	Casi siempre/ siempre 5
PUNTUACIÓN TOTAL:						
Si su puntuación es menor o igual que 21, usted está mostrando signos de disfunción eréctil. Su médico puede mostrarle varias alternativas de tratamiento que pueden mejorar su situación.						

Diferentes estudios muestran que existe una fuerte asociación entre los STUI y la disfunción eréctil (DE) (14). En varones afectados de HBP que en la anamnesis refieran algún grado de DE, se aconseja que esta sea evaluada con el cuestionario SHIM (Figura 7). Se trata de un cuestionario abreviado del IIFE (15), consta de 5 preguntas en las que se valoran distintos aspectos de la erección; se puntúa cada respuesta de 0 a 5. Se considera alterada la erección si la puntuación es <22.

3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS STUI/HBP

Existen numerosas patologías que al provocar STUI nos pueden dar lugar a dudas a la hora del diagnóstico, por lo que debemos tenerlas en cuenta (3-4):

- **HBP:** es un crecimiento histológico, sobre todo de la zona de transición y periuretral de la próstata, produciendo una obstrucción al flujo de salida urinario.
- **Cáncer prostático:** el TR valoraría la consistencia de la glándula y la presencia o no de nódulos indurados. Contribuye al diagnóstico la presencia de un PSA >10 ng/ml.
- **Prostatitis:** la presencia de STUI con urianálisis y urocultivo patológico nos confirmaría el diagnóstico.

- **Cáncer vesical:** la manifestación más habitual es mediante hematuria, a veces acompañada de síntomas de llenado (polaquiuria, nocturia, urgencia miccional). Sería importante realizar citología de la orina y estudio ecográfico, como primeras opciones, y posteriormente, y en Atención Especializada, otros estudios de imagen, como TAC o cistoscopia.
- **Cistitis:** se manifiesta mediante STUI, el urianálisis señalaría nitritos y/o leucocituria. El cultivo de orina confirmaría el diagnóstico.
- **Estenosis de uretra:** se manifiesta con síntomas de vaciado (disminución del chorro, dificultad al inicio de la micción, chorro intermitente, RAO, sensación de vaciado incompleto). La flujometría nos aportaría un perfil característico y la localización de la estenosis se visualizaría mediante estudios de imagen, como cistouretrografía miccional retrógrada. Sospecharemos esta patología en pacientes menores de 50 años de edad, con antecedentes de traumatismos previos o enfermedades de transmisión sexual, con síntomas de vaciado.
- **Litiasis urinaria:** antecedentes de cólicos nefríticos con hematuria y la confirmación ecográfica de la presencia de litiasis son las claves del diagnóstico. En ocasiones pueden existir microlitiasis que no produzcan cuadros de cólicos y solamente se presenten con síntomas de llenado a nivel vesical.
- **Vejiga hiperactiva (VH):** se caracteriza por la presencia de urgencia miccional con o sin incontinencia urinaria. Se puede acompañar de nocturia con frecuencia miccional en ausencia de otras patologías. Un 40 % de los pacientes con HBP presentan síntomas sugestivos de vejiga hiperactiva.

4. MANEJO TERAPÉUTICO DE LOS STUI/HBP

Actualmente los objetivos principales del tratamiento de un paciente con STUI son aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida, así como prevenir la progresión de la enfermedad clínica y el desarrollo de complicaciones.

La decisión terapéutica dependerá de diversos factores, como (3-4):

- Gravedad y tipo de STUI.
- Calidad de vida.
- Progresión si se trata de una HBP.
- Patologías asociadas (comorbilidades), como la presencia de DE e hiperactividad vesical asociada, etc.
- Edad y expectativas del paciente.

Debemos informar a los pacientes de las distintas opciones terapéuticas disponibles, informándoles sobre los riesgos y beneficios para que ellos, en la medida de lo posible, participen en la selección del tratamiento (3-4).

Las opciones de manejo de los STUI/HBP disponibles en la actualidad son:

1. **Vigilancia expectante y cambios activos de estilo de vida con supervisión clínica periódica.**
2. **Tratamiento farmacológico.**
3. **Tratamiento quirúrgico.**

Nos centraremos en las dos primeras opciones por tener mayor interés en este curso.

4.1. Vigilancia expectante (VE) y medidas higiénico-dietéticas

Muchos varones con STUI no están suficientemente preocupados por sus síntomas para necesitar tratamiento farmacológico o quirúrgico. La VE es una opción viable para muchos varones con STUI no molestos, ya que pocos de estos pacientes progresarán a retención aguda de orina (RAO) y complicaciones (p. ej.: IR o litiasis renal), mientras que otros pueden permanecer estables durante años. Se recomienda ofrecer una VE a varones con STUI leves/moderados, mínimamente molestos por sus síntomas (**grado de recomendación: fuerte a favor**) (6).

Las medidas higiénico-dietéticas deben ofrecerse antes o de forma concomitante con el tratamiento (**grado de recomendación: fuerte a favor**) (6):

- Restringir la ingesta de líquidos (nunca inferior a 1,5 litros/día), en especial antes de acostarse o de salir en público.
- Evitar el consumo de alcohol y las bebidas con cafeína, así como las comidas picantes.

- Evitar el estreñimiento.
- Proveer la asistencia necesaria cuando hay deterioro en la destreza, movilidad o estado mental.
- Extracción de residuo uretral tras la micción, para evitar goteo posmiccional.
- Revisión de la medicación y optimizar el tiempo de administración o la sustitución de algunos fármacos (p. ej.: diuréticos, descongestionantes, antihistamínicos, antidepressivos).
- Técnicas de reentrenamiento de la vejiga. Aconsejar regular el tiempo entre las evacuaciones vesicales, orinando cada cierto tiempo, aconsejando aguantar la urgencia sensorial para aumentar la capacidad de la vejiga (hasta unos 400 ml).
- Uso de técnicas de distracción y de relajación para controlar los síntomas de llenado.
- Técnica de «doble vaciado» vesical. Después de haber terminado de orinar, se aconseja descansar un poco y luego orinar de nuevo.

4.2. Tratamiento farmacológico

En la actualidad, la cantidad de posibles alternativas farmacológicas en el tratamiento de estos pacientes es muy variada. El conocimiento de los mecanismos de acción farmacológico y los efectos secundarios son muy importantes para la elección de la molécula adecuada para cada paciente, tanto para ser eficaces como para aumentar la adherencia al tratamiento y evitar posibles complicaciones. Se pretende en este apartado realizar un repaso y puesta al día de los distintos fármacos disponibles para el tratamiento de los STUI en el varón; para ello seguiremos las últimas recomendaciones de la Asociación Europea de Urología (EAU) en su guía de manejo de los STUI no neurogénicos en el varón, incluyendo la HBP (6).

4.2.1. Agentes fitoterapéuticos

El comité de directrices de la EAU no ofrece recomendaciones específicas sobre la fitoterapia en el tratamiento de los STUI en el varón, dada la heterogeneidad de este grupo terapéutico, un marco regulador limitado y limitaciones de los ensayos y metaanálisis publicados (6).

4.2.2. Bloqueantes de los receptores alfa-1-adrenérgicos

Los alfabloqueantes presentan un efecto beneficioso sobre los STUI al actuar sobre los receptores $\alpha 1$ adrenérgicos. Los receptores $\alpha 1$ se encuentran a nivel de vejiga, cuello vesical y próstata. Se conocen diferentes subtipos de receptores $\alpha 1$ (A, B, D). En la vejiga, el subtipo $\alpha 1$ más frecuente es el $\alpha 1D$; en el cuello vesical existen el $\alpha 1D$ y el $\alpha 1A$; mientras que en la próstata predomina el subtipo $\alpha 1A$ en un 98 %, y el subtipo $\alpha 1B$ se encuentra en mayor proporción a nivel vascular (16).

Existen alfabloqueantes selectivos de los receptores $\alpha 1$ (doxazosina, terazosina, alfuzosina), y actualmente se dispone de fármacos altamente uroselectivos, como tamsulosina y silodosina. El concepto de *uroselectividad* hace referencia a la mayor afinidad que tienen tamsulosina y, especialmente, silodosina sobre el subtipo del receptor $\alpha 1A$ para conseguir los efectos beneficiosos (mejoría de los STUI) con un mejor perfil de seguridad (16).

En estudios controlados se ha demostrado que los $\alpha 1$ -bloqueantes reducen el IPSS en aproximadamente un 30-40 % y aumentan el Q_{\max} en aproximadamente un 20-25 %. En estudios abiertos se han documentado mejoras del IPSS de hasta un 50 % y aumentos del Q_{\max} de hasta un 40 %. Su acción máxima beneficiosa aparece a partir de la segunda-cuarta semana de iniciar el tratamiento. No tienen ningún efecto sobre el volumen de la próstata, no modifican la progresión natural de la enfermedad ni alteran los valores del PSA (3,4,16).

La mayor o menor uroselectividad y sus perfiles farmacocinéticos determinan algunas diferencias en términos de tolerabilidad y perfil de seguridad. Los principales efectos secundarios son los cardiovasculares (hipotensión postural, mareos, palpitaciones, edema periférico, síncope), sobre el sistema nervioso central (fatiga, astenia, cefalea, somnolencia), rinitis y trastornos eyaculatorios. Los uroselectivos son en general mejor tolerados al presentar menos efectos cardiovasculares. Los menos uroselectivos, en cambio, deben usarse con precaución con otros hipotensores por riesgo de hipotensión arterial y deben evitarse si existen antecedentes de hipotensión ortostática. Terazosina y doxazosina están contraindicadas.

Tabla 4. Alfabloqueantes utilizados en el tratamiento de los STUI/HBP (adaptada cita 17)

	Terazosina	Doxazosina	Alfuzosina	Tamsulosina	Silodosina
Selectividad receptor $\alpha 1$	No	No	No	Sí	Sí
Selectividad farmacológica	No	No	No	Sí	Sí
Selectividad clínica	No ($\alpha 1A = \alpha 1B = \alpha 1D$)	No ($\alpha 1A = \alpha 1B = \alpha 1D$)	No ($\alpha 1A = \alpha 1B = \alpha 1D$)	Sí ($\alpha 1A = \alpha 1D > \alpha 1B$)	Sí ($\alpha 1A = \alpha 1D > \alpha 1B$)
¿Indicado en HTA?	Sí	Sí	No*	No	No
Dosis diaria (mg)	1-10	1-8	7,5-10	0,4	8
Dosis/día	1	1	1-3	1	1
Efectos adversos	Astenia, mareos, somnolencia, hipotensión, congestión nasal/rinitis	Mareos, fatiga, edema, disnea, hipotensión	Mareos, cefalea, náuseas, sequedad de boca, diarrea, hipotensión	Eyaculación retrógrada, mareos, cefalea, síntomas similares a la gripe	Eyaculación retrógrada, congestión nasal, mareos

*La indicación en Europa ha sido retirada a pesar de la eficacia demostrada en la reducción de la presión arterial en HTA.

dos en el uso conjunto con inhibidores de la fosfodiesterasa-5 (IPDE-5), y el resto deberían usarse con precaución. Los menos uroselectivos deberían administrarse en dosis nocturnas, titulando la dosis. Los alfabloqueantes no afectan tan negativamente a la libido y a la función eréctil. Los más uroselectivos ocasionan con mayor frecuencia trastornos eyaculatorios como aneyaculación o eyaculación retrógrada (**Tabla 4**) (17). Por tanto, la elección del alfabloqueante debe individualizarse en función de la edad, comorbilidad del paciente (especialmente la cardiovascular), expectativas respecto a la función sexual, efectos secundarios, seguridad, rapidez de acción y tolerabilidad (16).

En algunos pacientes en tratamiento o previamente tratados con alfabloqueantes se ha observado el síndrome de iris flácido intraoperatorio (IFIS, una variante del síndrome de pupila pequeña) durante la cirugía de cataratas y de glaucoma. El IFIS puede aumentar el riesgo de complicaciones oculares durante y después de la operación. La interrupción del tratamiento con alfabloqueantes 1-2 semanas previas a una cirugía de cataratas o de glaucoma se considera de ayuda de manera anecdótica,

pero el beneficio de la interrupción del tratamiento no se ha establecido. También se han notificado casos de IFIS en pacientes que habían interrumpido el tratamiento durante un periodo de tiempo largo previo a la cirugía (18).

Los alfabloqueantes están recomendados en varones con STUI moderados-severos (**grado de recomendación: fuerte a favor**) (6).

4.2.3. Inhibidores de la 5-alfa-reductasa (5-ARI)

Los andrógenos actúan sobre la próstata mediante la dihidrotestosterona (DHT). En las células del estroma prostático se produce la transformación de la testosterona a DHT, mediante la enzima 5 α -reductasa. Hay dos isoformas de esta enzima, siendo la segunda la que tiene actividad predominante en la próstata. Estos fármacos (finasterida y dutasterida) inhiben la acción de la enzima 5 α -reductasa. Finasterida solo inhibe la 5 α -reductasa tipo 2, mientras que la dutasterida inhibe las dos (3-4).

En relación con la eficacia clínica, los 5-ARI producen después de 2 a 4 años de tratamiento una mejoría del

IPSS en aproximadamente un 15-30 %, disminuyen el volumen de la próstata un 18-28 % y aumentan el Q_{máx} entre 1,5-2 ml/s en pacientes con STUI debidos a agrandamiento prostático (6). Los efectos clínicos se consiguen 6-12 meses después del inicio, y el máximo beneficio, a partir del año (11,19).

Los 5-ARI actúan induciendo la apoptosis de las células epiteliales de la próstata, lo que va a producir, además de una disminución del tamaño prostático, un descenso de los niveles de PSA. Así, reducen las cifras de PSA al menos un 50 % de su valor inicial a los 6 meses de tratamiento, aunque los valores pueden seguir descendiendo incluso después de un año de tratamiento. También pueden reducir el riesgo de RAO y de necesidad de cirugía (6).

Los efectos adversos más relevantes de los 5-ARI están relacionados con la función sexual, e incluyen disminución de la libido, DE y, menos frecuentemente, trastornos de la eyaculación como eyaculación retrógrada, fracaso de la eyaculación o disminución del volumen de semen eyaculado. La ginecomastia se desarrolla en 1-2 % de los pacientes (6).

Los 5-ARI están indicados en varones con STUI moderados-severos y un mayor riesgo de progresión de la enfermedad (p. ej.: volumen prostático >40 ml) (**grado de recomendación: fuerte a favor**). Por otro lado, se debe asesorar a los pacientes sobre el inicio de la acción (tres a seis meses) de los 5-ARI (**grado de recomendación: fuerte a favor**) (6).

4.2.4. Antimuscarínicos

Los fármacos antimuscarínicos son inhibidores competitivos de la acetilcolina, de esta manera, se inhibe la contracción colinérgica de la musculatura lisa vesical. También se tiene conocimiento de su implicación a nivel aferente. Por estos motivos, se utilizan en el tratamiento de los pacientes con VH, ya que reducen la hiperactividad vesical y aumenta la capacidad funcional de la vejiga, mejorando preferentemente los síntomas de llenado (20). Los antimuscarínicos disponibles en España son tolterodina, cloruro de trospio, solifenacina, fesoterodina, oxibutinina y propiverina.

La obstrucción del tracto urinario inferior, secundaria a la HBP, no es siempre la causa de los STUI en los varones. Por este motivo es posible que después del tratamiento con alfabloqueantes, 5-ARI o cirugía, persistan o se incrementen con el tiempo los síntomas de llenado. Por otro lado, la relación existente entre HBP y los síntomas de VH todavía no está suficientemente aclarada, pero los estudios epidemiológicos confirman la frecuente coexistencia entre VH y obstrucción secundaria del tracto urinario por HBP (48-68 % de los casos), presentando sintomatología mixta. El 50-70 % de varones con obstrucción infravesical presenta signos urodinámicos de VH (21).

La eficacia de los antimuscarínicos como agentes únicos en varones con VH en ausencia de obstrucción de salida vesical (OSV) ha sido probada, aunque la mayoría de los ensayos clínicos duraron solo doce semanas. Otro análisis demostró que los varones con niveles de PSA <1,3 ng/ml (próstatas más pequeñas) podrían beneficiarse más de los antimuscarínicos; y otros estudios han demostrado un efecto positivo de los antimuscarínicos en pacientes con VH y HBP concomitante (6).

Los ensayos clínicos realizados con antimuscarínicos muestran generalmente aproximadamente un 3-10 % de abandonos, lo cual es similar a placebo. Los efectos adversos relacionados con estos fármacos incluyen sequedad de boca (hasta 16 %), estreñimiento (hasta 4 %), dificultades para la micción (hasta 2 %), nasofaringitis (hasta 3 %) y mareos (hasta 5 %) (6).

Tradicionalmente ha existido un rechazo a utilizar los antimuscarínicos en varones con síntomas de VH y HBP por el potencial riesgo de agravar los síntomas de vaciado. Sin embargo, los resultados de varios ensayos han apoyado la eficacia y la seguridad de antimuscarínicos en el tratamiento de hombres con STUI en ausencia de RPM elevado (20).

Las guías de la EAU actuales recomiendan el uso de antimuscarínicos en varones con STUI moderados-severos, que presenten principalmente síntomas de llenado (**grado de recomendación: fuerte a favor**). Por otro lado, no se debe usar antimuscarínicos en varones con RPM >150 ml (**grado de recomendación: débil a favor**) (6).

4.2.5. Inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE-5)

Estudios epidemiológicos han demostrado una relación entre STUI, DE y otros trastornos de la función sexual, con independencia de la edad y otras comorbilidades (14).

Diferentes estudios extendidos entre 12 y 64 semanas han demostrado la eficacia de los IPDE-5 frente a placebo para mejorar los STUI/HBP (6 puntos del IPSS), especialmente los de vaciado, sin influir sobre el Q_{máx} ni el RPM. Estos efectos son más intensos en varones más jóvenes, con menor índice de masa corporal y sintomatología más grave. No se ha demostrado una reducción del volumen prostático ni del riesgo de progresión clínica en varones con STUI/HBP. Otros estudios han demostrado la eficacia y seguridad de la asociación de tadalafilo con alfabloqueante o finasterida para controlar los STUI/HBP (6).

Los efectos adversos más frecuentes de los IPDE-5 respecto al placebo son cefalea, dolor de espalda, rubor facial y dispepsia. Están contraindicados en pacientes isquémicos recientes (IAM, ACVA), hipotensión, tensión arterial mal controlada, insuficiencia renal y/o hepática significativa, neuropatía óptica isquémica anterior, pacientes tratados con nitratos y en tratados con alfabloqueantes menos uroselectivos (doxazosina o terazosina) (14).

Tadalafilo en pauta de 5 mg/día es el único IPDE-5 que ha recibido la autorización en Europa para el tratamiento de los STUI moderados-severos en varones con o sin DE (**grado de recomendación: fuerte a favor**) (6).

4.2.6. Agonista de los receptores adrenérgicos β_3

Mirabegrón es el primer fármaco de esta clase que ha sido aprobado y comercializado en Japón, Estados Unidos y Europa para el tratamiento de la VH. Se trata de un potente agonista selectivo de los receptores adrenérgicos β_3 que aumenta la capacidad de llenado vesical mediante la estimulación de los receptores adrenérgicos β_3 en la vejiga (22).

Estudios a largo plazo sobre la eficacia y seguridad de mirabegrón en varones de cualquier edad con STUI aún

no están disponibles. Del mismo modo, estudios sobre el uso de mirabegrón en combinación con otros fármacos agentes farmacológicos en varones con STUI están pendientes (6).

Las guías de la EAU actuales recomiendan el uso de agonistas de los receptores adrenérgicos β_3 en varones con STUI moderados-severos con predominio de síntomas de llenado (**grado de recomendación: débil a favor**) (6).

4.2.7. Terapia combinada de alfabloqueante + 5-ARI

En varios estudios se ha investigado la eficacia del tratamiento combinado en comparación con la eficacia de un alfabloqueante, 5-ARI o placebo en monoterapia. En los estudios iniciales con un seguimiento de 6 a 12 meses se empleó la variación en el IPSS como criterio de valoración principal. En estos ensayos se demostró de forma sistemática que el alfabloqueante fue superior a finasterida en cuanto a reducción de los síntomas, mientras que el tratamiento combinado fue superior al alfabloqueante en monoterapia. En estudios con un grupo placebo, el alfabloqueante fue sistemáticamente más eficaz que placebo, mientras que finasterida no fue sistemáticamente más eficaz que placebo (6).

Dos grandes estudios prospectivos multicéntricos, randomizados a doble ciego (MTOPS, CombAT), han demostrado que la terapia combinada de un alfabloqueante con un 5-ARI a largo plazo (4-5 años), en pacientes con STUI/HBP, son más eficaces que las monoterapias en la reducción de la progresión clínica global y la incidencia de complicaciones, incluidos los episodios de RAO y necesidad de cirugía asociada a HBP (11,19).

En el estudio MTOPS (*Medical Therapy of Prostatic Symptoms*) se comparó la combinación de doxazosina y finasterida frente a las monoterapias y al placebo en pacientes diagnosticados de HBP con y sin riesgo de progresión. La terapia combinada fue significativamente más eficaz para reducir el riesgo de progresión clínica (definida como un aumento de al menos 4 puntos en la escala de síntomas de la Asociación Americana de Urología, RAO, incontinencia urinaria, incremento de la creatinina >50 % o infecciones urinarias recurrentes), los epi-

sodios de RAO y/o la necesidad de cirugía a largo plazo (4,5 años). Así, el estudio MTOPS encontró que el riesgo de progresión clínica a largo plazo (principalmente debido al aumento de los síntomas) se redujo en un 66 % con la terapia combinada versus placebo y en mayor medida que con la monoterapia de finasterida o doxazosina (34 % y 39 %, respectivamente). Por otro lado, cuando los pacientes del estudio MTOPS fueron estratificados de acuerdo con el tamaño de la próstata, se constató que en los varones con próstatas pequeñas (<25 ml a nivel basal) la terapia combinada no fue más beneficiosa que la doxazosina en monoterapia en la reducción del riesgo de progresión clínica de la HBP. Sin embargo, cuando el aumento del tamaño prostático era ≥ 40 ml, el tratamiento combinado tuvo un beneficio significativo sobre ambas monoterapias (11).

En el estudio CombAT (*Combination of Avodart and Tamsulosin*) se incluyeron pacientes con HBP con síntomas moderados-severos, próstatas ≥ 30 ml y PSA $\geq 1,5$ ng/ml. En estos pacientes, la terapia combinada mejoraba la sintomatología frente a monoterapia con dutasterida (a partir del tercer mes) y respecto a tamsulosina (a partir del noveno mes), independientemente del volumen prostático y del PSA inicial. También se consiguieron beneficios en la calidad de vida y en el Q_{máx} antes del primer año de tratamiento. En este estudio, la terapia combinada redujo el riesgo relativo de RAO en un 68 %, de cirugía relacionada con la HBP en un 71 % y el deterioro de los síntomas en un 41 % en comparación con la monoterapia con tamsulosina después de cuatro años (19).

Comparado con el estudio MTOPS, en el estudio CombAT se seleccionó a los pacientes en función del conocimiento previo de los factores de progresión. Se incluyeron a pacientes con igual intensidad de síntomas y mayor volumen prostático. La principal crítica que algunos autores hacen de este estudio es la falta de grupo placebo. Así, en el estudio MTOPS solo el 17 % de los pacientes incluidos en la rama placebo progresaba, y en su mayor parte lo hacían a síntomas (14 %); solo el 5 % precisó cirugía por la HBP y el 2 % sufrió episodio de RAO (11). En el estudio CombAT, el 4,2 % de los pacientes que tomaron la asociación dutasterida/tamsulo-

sina sufrieron RAO o fueron sometidos a cirugía frente al 5,2 % en el grupo dutasterida y el 11,9 % en el grupo tamsulosina (19).

En ambos estudios, CombAT y MTOPS, los acontecimientos adversos globales relacionados con la medicación fueron significativamente más frecuentes durante el tratamiento combinado que con cualquiera de las monoterapias (alfabloqueantes y 5-ARI). Los acontecimientos adversos observados durante el tratamiento combinado fueron los habituales de un alfabloqueante y un 5-ARI. Las frecuencias de la mayoría de los acontecimientos adversos fueron significativamente mayores con el tratamiento combinado (11,19).

Para la AEU esta asociación está recomendada en varones con STUI moderados a severos y un aumento de riesgo de progresión de la enfermedad (p. ej.: volumen prostático >40 ml) (**grado de recomendación: fuerte a favor**) (6).

4.2.8. Terapia combinada de alfabloqueante + antimuscarínico

Ya se ha comentado que los STUI en el varón pueden tener un origen prostático y/o vesical, y que existe una relación entre HBP y los síntomas de VH, presentando STUI superpuestos (21). En este caso de asociación de HBP-VH, el tratamiento de tan solo una de las dos entidades por separado con monoterapia resulta incompleto para estos pacientes con sintomatología mixta.

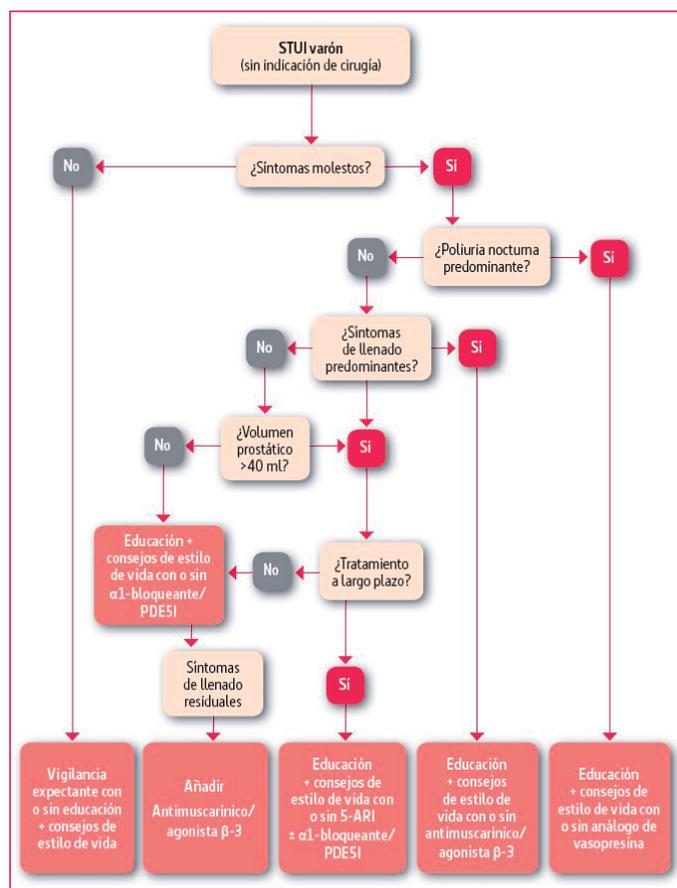
Un metaanálisis sobre el papel de esta terapia de combinación, basándose en siete ensayos clínicos aleatorizados, observó que la terapia de combinación obtuvo una mayor mejoría en la subpuntuación de los síntomas de llenado en comparación con los varones tratados con alfabloqueantes en monoterapia. Los autores concluyen que esta terapia de combinación es segura, con un riesgo mínimo de aumento del RPM y RAO (23).

El estudio NEPTUNE comparó, en un ensayo doble ciego y controlado con placebo, la monoterapia con tamsulosina 0,4 mg/día en sistema oral de absorción controlada

(OCAS) con la combinación a dosis fija de solifenacina a 6 mg o 9 mg diarios durante 12 semanas (24). Los pacientes tenían STUI moderados-graves (IPSS ≥ 13), con una combinación de síntomas de vaciado y un componente importante de síntomas de llenado (dos o más episodios de urgencia y ocho o más micciones diarias), y disminución del Q_{máx} (4-12 ml/s). El estudio puso de manifiesto una reducción estadísticamente significativa frente a placebo, tanto de la puntuación total del IPSS como de los episodios de urgencia y frecuencia (*Total Urgency and Frequency Score*, TUFSS), en los tres brazos de tratamiento. La dosis de 9 mg de solifenacina no aportaba beneficio frente a la de 6 mg diarios. La combinación a dosis de 6 mg mostraba ventajas estadísticamente significativas respecto a monoterapia con tamsulosina, así como mejoras importantes en los parámetros de calidad de vida (24). En otro estudio, el tratamiento con terapia de combinación de 6 mg de solifenacina y 0,4 mg tamsulosina OCAS fue eficaz a largo plazo (52 semanas), mostrando una reducción del IPSS total de hasta 9 puntos, a expensas de las subpuntuaciones de llenado (4,3 puntos) y de vaciado (4,7 puntos) (25). La combinación a dosis fija de solifenacina 6 mg y tamsulosina 0,4 mg OCAS está autorizada por la Agencia Española del Medicamento desde 2014. Su indicación aprobada es tratamiento de los síntomas de llenado de moderados a graves (urgencia, aumento de la frecuencia miccional) y de los síntomas de vaciado asociados a la HBP en varones que no responden adecuadamente al tratamiento en monoterapia (26).

Cuando se utiliza el tratamiento combinado de alfabloqueantes y antimuscarínicos, pueden aparecer los efectos adversos de ambas clases terapéuticas. El efecto adverso más común es la xerostomía. Algunos efectos adversos (p. ej.: xerostomía o fallo en la eyaculación) pueden ver incrementada su incidencia, la cual no puede ser explicada únicamente por la suma de la incidencia de dicho efecto adverso, atribuida a ambos fármacos por separado. Se puede detectar un aumento del residuo posmiccional, generalmente no es clínicamente significativo. El riesgo de RAO es bajo (0,7 %). Los antimuscarínicos no causan un deterioro evidente en el Q_{máx} utilizados en asociación con un alfabloqueante (6). El tratamiento combinado con 6 mg de solifenacina y 0,4

Figura 8. Algoritmo de tratamiento médico/conservador de los STUI en el varón (traducida cita 6).



mg de tamsulosina OCAS también ha sido bien tolerado a largo plazo, y la incidencia de RAO es muy baja (0,7 %). La mayoría de los eventos adversos descritos fueron leves o moderados, siendo el más frecuente la sequedad de boca (8-12 %) (25-27).

La última guía de la EAU establece que la terapia de combinación de un alfabloqueante junto con un antimuscarínico está recomendada en pacientes con STUI moderados-severos si el alivio de los síntomas de llenado ha sido insuficiente con la monoterapia con cualquiera de las medicaciones (**grado de recomendación: fuerte a favor**) (6). Por otro lado, no se debe usar esta combinación en varones con RPM >150 ml (**grado de recomendación: débil a favor**) (6).

A modo de síntesis, incluimos el algoritmo de tratamiento médico de los STUI en el varón según la guía de la EAU del 2020 (Figura 8) (6).

5. SEGUIMIENTO DE LOS STUI/HBP

Las recomendaciones respecto al seguimiento para todas las modalidades de tratamiento se basan en datos empíricos o en consideraciones teóricas, pero no en estudios basados en evidencias (calidad de la evidencia, débil; recomendación, fuerte a favor) (8).

5.1. Seguimiento al inicio del tratamiento farmacológico

En los pacientes que presentan sintomatología moderada (IPSS 8-19) o grave (IPSS ≥ 20) que deben iniciar un tratamiento farmacológico, se recomiendan las siguientes visitas de seguimiento:

- a. **Primera visita:** se realizará al primer mes de iniciado el tratamiento, su objetivo es valorar la tolerancia a este. Ante la aparición de efectos adversos importantes se debe cambiar el fármaco prescrito.
- b. **Segunda visita:** su objetivo es confirmar la efectividad y adherencia al tratamiento. Valora la respuesta al tratamiento mediante la anamnesis y la repetición del cuestionario IPSS. Se considera una buena respuesta al tratamiento a la reducción de la puntuación del cuestionario IPSS ≥ 4 puntos, en cuyo caso se continuará el tratamiento pautado. En caso contrario, se valorará cambiar el tratamiento o la derivación a Urología. Sus contenidos y cronología dependerán de que el tratamiento utilizado incluya o no un 5-ARI:
 - Sin 5-ARI: se programará al tercer mes de iniciado el tratamiento, por ser el periodo en el que se alcanza su máxima eficacia.
 - Con 5-ARI: se programará al sexto mes de iniciado el tratamiento, por ser el periodo en el que se alcanza su máxima eficacia. Además de la anamnesis y la repetición del cuestionario IPSS, se incluye la determinación del PSA. El valor del PSA se reduce al 50 % de su valor inicial tras 6 meses de tratamiento con un 5-ARI. Cuando no se consigue esta reducción suele deberse a la falta de adherencia.
- c. **Tercera visita:** se programará transcurrido un año de iniciado el tratamiento. Su objetivo es confirmar la efectividad y adherencia al tratamiento a medio plazo, mediante la anamnesis y la monitorización del cuestionario IPSS.
 - Cuando se produce un empeoramiento objetivo de los

síntomas (definido como el incremento en la puntuación del cuestionario IPSS ≥ 4 puntos), hay que valorar el cambio de tratamiento o la derivación a Urología.

- En los pacientes en los que su régimen terapéutico incluye un 5-ARI, se debe repetir la determinación del PSA, ya que su valor sigue disminuyendo al menos durante el primer año del tratamiento, y nos servirá como valor de referencia para futuras monitorizaciones.
- Si el paciente se mantiene clínicamente estable, se programará su valoración anualmente.

5.2. Seguimiento del paciente con STUI/HBP en situación estable

Incluye a todos los pacientes con STUI/HBP que siguen un régimen de VE o tratamiento farmacológico y que se encuentran clínicamente estables. Debemos monitorizar clínicamente los síntomas. Se realizará anualmente mediante anamnesis y repetición del cuestionario IPSS. Además, dada la baja adherencia al tratamiento de los pacientes con STUI/HBP, es conveniente interrogar sobre su cumplimentación.

- Cuando se produzca un empeoramiento de los síntomas (incremento de la puntuación de cuestionario IPSS ≥ 4 puntos) está indicado reevaluar al paciente con el mismo protocolo que en el diagnóstico inicial: exploración física, sedimento de orina, bioquímica (glucemia, creatinina y PSA) y ecografía urológica-abdominal. Según los resultados del estudio, se valorará el cambio de tratamiento o la derivación a Urología.
- Si el paciente se mantiene en situación estable, se seguirá con la valoración anual.

6. CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE LOS STUI/HBP A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Podemos diferenciar dos escenarios clínicos (8):

6.1. Criterios de derivación desde AP a Urología tras la evaluación diagnóstica inicial

- Edad inferior a 50 años.
- Antecedentes de cirugía pélvica.
- Enfermedades de transmisión sexual que hayan afectado a la uretra.

- Instrumentación uretral previa, con antecedentes o posibilidad de estenosis.
- Traumatismos uretrales.
- Diabetes mellitus mal controlada con neuropatía y afectación vesical.
- Enfermedades neurológicas (enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular, lesiones medulares, etc.).
- Sospecha de cáncer de próstata: TR patológico o PSA >10 ng/ml o PSA entre 4 y 10 ng/ml y cociente PSA libre/PSA total <20 %.
- Urolitiasis.
- Divertículos vesicales.
- Hematuria persistente.
- Signos de retención crónica de orina o RAO.
- RPM >150 ml.
- Función renal alterada con sospecha de uropatía obstructiva, creatinina >1,5 mg/dl o filtrado glomerular alterado secundario a la obstrucción.
- Diagnóstico incierto.

6.2. Criterios de derivación a Urología durante el seguimiento de los STUI/HBP

- Pacientes con HBP que tras iniciar un tratamiento

farmacológico tienen una insuficiente respuesta de los síntomas (disminución de la puntuación del cuestionario IPSS <4 puntos):

- Sin 5-ARI: después de 3 meses de tratamiento.
- Con 5-ARI: después de 6 meses de tratamiento.
- Cuando durante el seguimiento de la enfermedad se produzca un empeoramiento de los síntomas (incremento de la puntuación de cuestionario IPSS mayor o igual a 4 puntos) y la reevaluación del paciente lo indique.
- Ante la sospecha de cáncer de próstata: PSA >10 ng/ml o PSA >4 ng/ml y PSA libre <20 % del total.
- En pacientes tratados con 5-ARI, una elevación del PSA mayor o igual a 0,3 ng/ml respecto al nivel más bajo de PSA obtenido durante el tratamiento, confirmada y mantenida a las 4-6 semanas.
- RAO.
- Elevación de la creatinina sérica >1,5 mg/dl secundaria a uropatía obstructiva.
- Vejiga neurógena por enfermedad neurológica.
- Complicaciones obstructivas: RPM >150 ml, divertículos vesicales, litiasis vesical, hematuria de repetición o infecciones urinarias de repetición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams P. New words for old: Lower urinary tract symptoms for «prostatism». *BMJ*. 1994; 308: 929-30.
2. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002; 21: 167-78.
3. Alcántara Montero A, Estacio García M, Martínez-Berganza Asensio ML. Miniguía Práctica SEMERGEN STUI en el varón. *EUROMEDICE*. 2018 [consultado 4 Marzo 2021]. Disponible en: <https://www.semergen.es>.
4. Alcántara Montero A, Bernal Pacheco MR, Blasco Hernández P, Esteban Fuertes M, Flores Tirado H, Gutiérrez Pérez MI, et al. Criterios de derivación y manejo integral del paciente con STUI. Grupo SANED S. L., 2018 [consultado 4 Marzo 2021]. Disponible en: https://statics-correofarmaceutico.uecdn.es/cms/sites/11/2018/12/criterios_paciente_STUI.pdf.
5. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinarytract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol*. 2006; 50: 1306-15.
6. Gravas S, Cornu JN, Gacci M, Gratzke C, Herrmann TRW, Mamoulakis C, et al. EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO). European Association of Urology (EAU), 2020 [consultado 4 Marzo 2021]. Disponible en: <http://uroweb.org/guideline/treatment-of-non-neurogenic-male-luts/>.
7. Chapple CR, Roehrborn CG. A shifted paradigm for the further understanding, evaluation, and treatment of lower urinary tract symptoms in men: focus on the bladder. *Eur Urol*. 2006; 49: 651-8.
8. Brenes FJ, Brotons F, Cozar JM, Fernández-Pro A, Martín JA, Martínez-Berganza ML, et al. Criterios de derivación en HBP para AP, 5.G. 4.ª Ed. Madrid: JF MAGUIRE S. L., 2019 [consultado 4 Marzo 2021]. Disponible en: <http://mgyf.org/wp-content/uploads/2019/11/MGYF-Supl-HBP.pdf>.

BIBLIOGRAFÍA

9. Bosch JL, Bohnen AM, Groeneveld FP. Validity of digital rectal examination and serum prostate specific antigen in the estimation of prostate volume in community-based men aged 50 to 78 years: the Krimpen Study. *Eur Urol.* 2004; 46: 753-9.
10. Badía X, García-Losa M, Dal-Ré R. Ten -language translation and harmonization of International Prostate Symptom Score: developing a methodology for multinational clinical trials. *Eur Urol.* 1997; 31: 129-40.
11. McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM, Andriole GL Jr, Dixon CM, Kusek JW, et al. The long-term effect of doxazosin, finasterida, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med.* 2003; 349: 2387-98.
12. Oesterling JE, Jacobsen SJ, Chute CG, Guess HA, Girman CJ, Panser LA, et al. Serum prostate-specific antigen in community-based population of healthy men: Establishment of age-specific reference ranges. *JAMA.* 1993; 270: 860-4.
13. Barry MJ. Prostate-Specific-Antigen Testing for Early Diagnosis of Prostate Cancer. *N Engl J Med.* 2001; 344: 1373-7.
14. Alcántara Montero A, Brenes Bermúdez FJ, Pérez Feito D. Relación entre los síntomas del tracto urinario inferior en el varón y la disfunción eréctil. *Semergen.* 2016; 42: 164-71.
15. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 1997; 49: 822-30.
16. Alcántara Montero A. Papel de los alfabloqueantes en el tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior/ hiperplasia benigna de próstata: ¿son todos iguales? Silodosina en la «vida real». *Semergen.* 2016; 42(Supl 2): 1-9.
17. Schwinn DA, Roehrborn CG. Alpha1-adrenoceptor subtypes and lower urinary tract symptoms. *Int J Urol.* 2008; 15: 193-9.
18. Schwinn DA, Afshari NA. Alpha-1-adrenergic receptor antagonists and the iris: new mechanistic insights into floppy iris syndrome. *Surv Ophthalmol.* 2006; 51: 501-512.
19. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, Damião R, Major-Walker K, Nandy I, et al. The effects of combination therapy with dutasteride and tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: 4-Year results from the CombAT study. *Eur Urol.* 2010; 57: 123-31.
20. Kaplan SA, Roehrborn CG, Abrams P, Chapple CR, Bavedam T, Guan Z. Antimuscarinics for treatment of storage lower urinary tract symptoms in men: a systematic review. *Int J Clin Pract.* 2011; 65: 487-507.
21. Hernández C, Brenes F, Moncada I. Utilidad de los alfa-bloqueantes en el tratamiento de distintos trastornos urológicos. *Med Clin.* 2012; 139: 582-7.
22. Alcántara Montero A. Novedades en el tratamiento médico de la vejiga hiperactiva. *Semergen.* 2016; 42: 557-565.
23. Filson CP, Hollingsworth JM, Clemens JQ, Wei JT. The efficacy and safety of combined therapy with a-blockers and anticholinergics for men with benign prostatic hyperplasia: a meta-analysis. *J Urol.* 2013; 190: 2153-60.
24. Van Kerrebroeck P, Chapple C, Drogendijk T, Klaver M, Sokol R, Speakman M, et al. Combination therapy with solifenacin and tamsulosin oral controlled absorption system in a single tablet for lower urinary tract symptoms in men: efficacy and safety results from the randomised controlled NEPTUNE trial. *Eur Urol.* 2013; 64: 1003-12.
25. Drake MJ, Chapple C, Sokol R, Oelke M, Traudtner K, Klaver M, et al. Long-term safety and efficacy of single-tablet combinations of solifenacin and tamsulosin oral controlled absorption system in men with storage and voiding lower urinary tract symptoms: results from the NEPTUNE Study and NEPTUNE II open-label extension. *Eur Urol.* 2015; 67: 262-70.
26. Vesomni® MedP EU - FT [Internet] [consultado 4 Marzo 2021]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/78607/FT_78607.pdf.
27. Drake MJ, Oelke M, Snijder R, Klaver M, Traudtner K, Van Charldorp K, et al. Incidence of urinary retention during treatment with single tablet combinations of solifenacin+tamsulosin OCAS™ for up to 1 year in adult men with both storage and voiding LUTS: A subanalysis of the NEPTUNE/NEPTUNE II randomized controlled studies. *PLoS One.* 2017; 12: e0170726.

Curso Salud de la mujer

2ª EDICIÓN

Dirigido a
**Farmacéuticos,
matronas
y personal
de enfermería**

Manejo de los principales problemas de salud de las mujeres en las diferentes etapas de su ciclo vital

El curso de formación estará estructurado en 6 temas vitales en la salud de la mujer:

Módulo 1 Enero/febrero Mujer y preconcepción	Módulo 2 Marzo/abril Mujer y embarazo	Módulo 3 Mayo/junio Mujer e infecciones genitourinarias (infecciones vaginales y cistitis)
Módulo 4 Julio/agosto Mujer y VPH	Módulo 5 Septiembre/octubre Mujer y menopausia	Módulo 6 Noviembre/diciembre Mujer y dolor osteoarticular

MÓDULO 3

MUJER E INFECCIONES GENITOURINARIAS

- Infecciones del tracto urinario
 - Generalidades
 - Tipos de infecciones del tracto urinario
 - Factores de riesgo
 - Cistitis
 - Prevención y recomendaciones desde la farmacia
- Salud vulvovaginal
 - Generalidades
 - Importancia de la función barrera del epitelio
 - Consejos de higiene e hidratación
- Disbiosis vaginales
 - Microbiota vaginal: eubiosis y disbiosis
 - Vaginosis
 - Candidiasis

COORDINACIÓN Y AUTORÍA

M^a José Cachafeiro Jardón

Farmacéutica y nutricionista

Formadora en el equipo de Asun Arias Consultores

Creadora de www.laboticadetete.com

Vocal de la Asociación de Innovadores en eSalud (AIES)

Secretaria de la Asociación de Profesionales de la Farmacia (ASPROFA)

Curso disponible en el siguiente enlace:

[Cursos.gruposaned.com/saludmujer2](https://cursos.gruposaned.com/saludmujer2)

Patrocinado por:

MÓDULO 3

MUJER E INFECCIONES GENITOURINARIAS

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

Generalidades

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son inflamaciones producidas por la colonización y la multiplicación microbiana en algún punto del tracto urinario. Forman parte de las enfermedades de origen infeccioso más habituales en las mujeres y son una de las causas más habituales de consulta en Atención Primaria de las mujeres en edad fértil.

Además, las ITU durante el embarazo son la causa más frecuente de complicaciones perinatales importantes.

Se trata de patologías ampliamente conocidas desde la antigüedad, sus síntomas aparecen incluso referenciados en papiros de la época egipcia, aunque no fue hasta 1984 que el pediatra alemán Escherich identifica y da nombre

a la bacteria que constituye la causa más frecuente de estas infecciones, la *Escherichia coli*.

Pueden presentarse tanto en mujeres como en hombres, pero la incidencia en el sexo femenino es muchísimo más elevada, por lo que se la suele considerar una patología predominantemente femenina.

La vía de infección más frecuente es la ascendente. Bacterias procedentes de la zona anal o perianal colonizan la zona periuretral y el vestíbulo vaginal, desde donde pueden migrar por la uretra hasta la vejiga urinaria y donde se adhieren al endotelio y se multiplican.

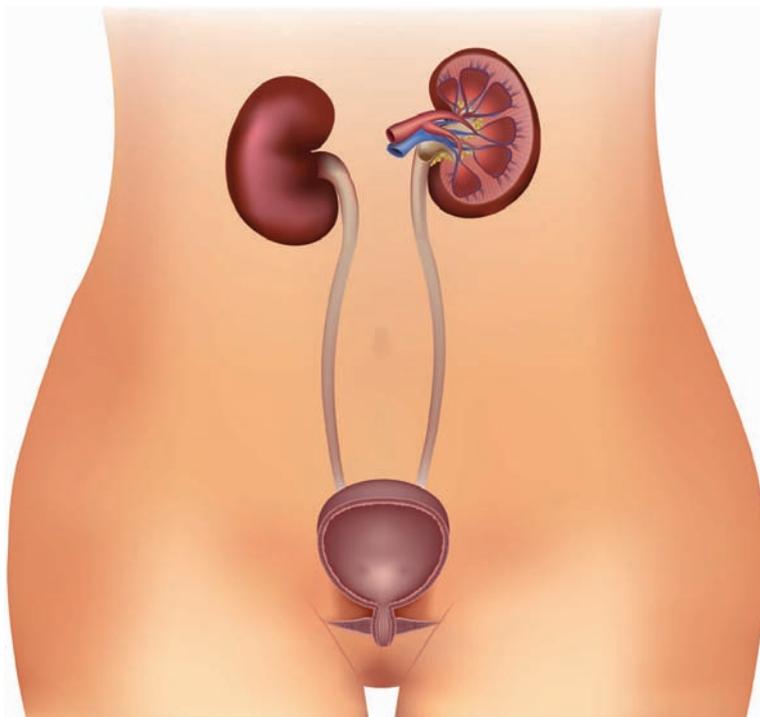
Esta colonización se produce con mayor frecuencia en las mujeres debido a la propia anatomía femenina, el tracto uretral es más corto en la mujer, facilitando la migración de las bacterias y su llegada al epitelio vesical. Además, la uretra en la mujer está más próxima al ano, lo que facilita también la llegada de microorganismos. Asimismo, un descubrimiento reciente apunta a que las secreciones de la próstata en los varones, en concreto el antígeno prostático específico (PSA), tendrían actividad antibacteriana, específicamente frente a *E. coli*.

Más de la mitad de las mujeres van a padecer al menos una ITU a lo largo de su vida y un tercio, antes de los 24 años, ya son diagnosticadas. El riesgo de repetición de una ITU se estima entre el 20 y el 30 %.

La edad avanzada y la posmenopausia incrementan la frecuencia de este tipo de infecciones.

Tipos de infecciones del tracto urinario

Las infecciones del tracto urinario pueden clasificarse según diferentes criterios: presencia o ausencia de síntomas, localización, complicaciones...



La primera clasificación, en función de la sintomatología, da lugar a dos entidades: la **bacteriuria asintomática**, cuando existe presencia de bacterias en el tracto urinario pero no da lugar a sintomatología, y las ITU, propiamente dichas, con síntomas.

Por su localización anatómica hablamos de:

- **Cistitis:** cuando la infección se produce por colonización de la vejiga urinaria. Es la localización más frecuente.
- **Uretritis:** si la infección se produce en la uretra, el conducto que lleva la orina desde la vejiga al exterior.
- **Pielonefritis:** infección que se localiza en uno o los dos riñones. Es la más grave.

En cuanto a las complicaciones, hablamos de ITU **complicadas** (afectan a pacientes con alteraciones funcionales, anatómicas o con uso reciente de sondas u otros procedimientos urinarios, embarazadas, diabéticas o inmunosuprimidas) o no **complicadas** (afectan a mujeres sanas, no embarazadas y con menos de 7 días de duración).

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo que pueden predisponer o facilitar la migración y multiplicación de los patógenos están:

- Relaciones sexuales (durante el encuentro sexual se puede favorecer el contacto de las bacterias de la zona anal con la entrada de la uretra).
- Hábitos urinarios inadecuados (retención de la orina, no vaciado adecuado de la vejiga en cada micción...).
- Hábitos de higiene incorrectos.
- Estreñimiento.
- Uso de espermicidas.
- Disminución de los niveles de estrógenos.
- Factores genéticos.
- Diabetes.
- Embarazo.
- Obstrucciones del tracto urinario.
- Instrumentación del tracto urinario (sondajes, etc.).
- Institucionalización.
- Incontinencia urinaria.



Cistitis

Es la más común de las ITU, con una elevada tasa de recurrencias, ya sean recidivas o reinfecciones.

Las recidivas suelen estar causadas por la prescripción de antibióticos inadecuados, por pautas de tratamiento demasiado cortas, por la no finalización del tratamiento por parte de la paciente o por la presencia de alguna anomalía renal.

Los síntomas clásicos de la cistitis incluyen:

- Sensación permanente de ganas de orinar.
- Dolor o escozor al orinar.
- Orinar pequeñas cantidades, pero con mucha frecuencia.
- Dolor por encima del pubis.
- Presencia de sangre en orina (visible o no).
- Orina turbia.
- Febrícula.

Tabla 1. Recidiva y reinfección

Recidiva	Recurrencia de la infección debida al mismo microorganismo, en un periodo de tiempo inferior a las 6 semanas desde la infección original.
Reinfección	Recurrencia de la infección debida a un microorganismo diferente o, debida al mismo, pero en un periodo superior a las 6 semanas desde la primera infección.

Elaboración propia.

En el caso de las pacientes ancianas, es frecuente que haya pérdida de sensibilidad al orinar y no se perciban los síntomas clásicos, pero pueden aparecer síntomas inespecíficos, como confusión, mareos, problemas de memoria, delirios, alucinaciones, inquietud y comportamientos extraños.

El tratamiento de las cistitis es casi siempre empírico, siendo la fosfomicina trometamol, en una única dosis de 3 g, el de primera elección por su comodidad de administración, su alta actividad contra la *E. coli* y su baja tasa de resistencia.

Prevención y recomendaciones desde la farmacia

La labor del farmacéutico en la atención a las pacientes que acuden para recibir consejo, indicación o que llegan con la prescripción médica en busca de su tratamiento consiste en:

- Complementar, aconsejar e informar a los pacientes con receta médica tras el diagnóstico de ITU.
- Colaborar en el caso de prescripciones diferidas (48 horas).
- Evitar la automedicación con antibióticos.
- Indicar profilaxis en cistitis recurrentes.
- Derivar al médico en caso necesario (embarazo, diabetes, síntomas de pielonefritis, anomalías anatómicas, más de 7 días de evolución, niños, ancianos...).
- Acompañar la dispensación y la indicación con la información sobre el uso correcto del tratamiento.
- Educación sanitaria.

Respecto a las recomendaciones de prevención de cistitis recurrentes, las recomendaciones deben ir enfocadas al uso de complementos nutricionales que combinen diferentes activos con estudios clínicos que avalen su eficacia en la reducción del riesgo de recurrencias.

Es muy recomendado y utilizado el arándano rojo por la acción de las proantocianidinas o PAC, que se unen a las fimbrias de la *E. coli* y evitan su adhesión en la mucosa intestinal, evitando así la colonización y posterior infección.

También, cada vez son más utilizadas fórmulas que incluyen combinaciones de prebióticos y probióticos que ayudan a reequilibrar la composición de la microbiota y consiguen disminuir la inflamación del endotelio.

En la actualidad, existen en el mercado complementos innovadores que incluyen elevadas concentraciones de PAC junto con probióticos, prebióticos y D-manosa, con

Tabla 2. Consejos ante las ITU

Consejos higiénico-sanitarios
Ingerir al menos 1,5 l de agua, zumos o bebidas no alcohólicas ni gaseosas.
Orinar con frecuencia, no retener la orina más de 3 o 4 h (excepto durante el descanso nocturno).
Vaciar completamente la vejiga en cada micción.
Orinar antes e inmediatamente después del coito.
Mantener una higiene adecuada de la zona genital y perianal: de delante hacia atrás, con un jabón adecuado que respete el pH de la zona vaginal.
Utilizar cremas lubricantes en el coito.
No usar espermicidas ni diafragma.
Evitar el estreñimiento.
Evitar la ropa interior ajustada.
Usar ropa interior de algodón.
En pacientes con sonda vesical, no es recomendable apoyar la bolsa de recogida ni situarla elevada por encima del nivel de la vejiga.

Elaboración propia.

acción preventiva sobre la adhesión y la formación de *biofilms*, consiguiendo una acción integral que mejora los síntomas de la cistitis aguda y reduce el riesgo de recurrencias.

Los complementos a base de gayuba pueden ser una buena opción también, pues este arbusto tiene propiedades antisépticas de vías urinarias, es antibacteriano (contiene arbutina y derivados de la hidroquinona), antiinflamatorio y favorece la diuresis. Los estudios clínicos demuestran que puede llegar a reducir el uso de antibióticos entre un 52 y un 75% cuando se asocian a ibuprofeno.

SALUD VULVOVAGINAL

Generalidades

Llamamos salud vulvovaginal al estado óptimo de la zona vulvar y vaginal de la mujer en que las condiciones fisiológicas permiten la ausencia de patologías y síntomas y una vida sexual satisfactoria.

La vagina es el conducto que comunica el exterior de la zona genital con el útero. La vulva hace referencia a la parte externa de los genitales femeninos.

Cuando la salud vaginal está alterada, se incrementa la probabilidad de infecciones genitourinarias, pueden aparecer molestias o incomodidad al orinar o durante las relaciones sexuales e, incluso, pequeñas heridas o ulceraciones en la pared vaginal.

Importancia de la función barrera epitelial

En el mantenimiento de una adecuada salud de la zona vulvovaginal, resulta imprescindible que el epitelio y la mucosa estén íntegros, hidratados y en condiciones óptimas para cumplir la función de barrera defensiva.

La prevención y el cuidado íntimo diario con productos adecuados y específicamente formulados para la zona vulvogenital es imprescindible para evitar complicaciones e infecciones vaginales como la candidiasis o la vaginosis. También en la prevención de infecciones de

las vías urinarias, como la cistitis de la que acabamos de hablar.

El epitelio vulvovaginal cumple, entre otras funciones, la de ejercer de barrera que impida el paso de sustancias extrañas al interior. En esa función se ve apoyado por la mucosa y la microbiota autóctona.

El problema es que, en determinadas circunstancias, el epitelio se deshidrata, se desequilibra, pierde elasticidad y flexibilidad, etc.; es decir, pierde su estado óptimo y no puede ejercer correctamente su función defensiva. Y en esas circunstancias es más probable que determinadas sustancias o ciertos patógenos tengan la capacidad de irritar, infectar o causar incomodidad.

Consejos de higiene e hidratación

En algunos momentos de la vida de la mujer, se produce con mayor frecuencia sequedad de la zona vulvogenital. Es el caso del posparto, la lactancia, la menopausia, el uso de anticonceptivos hormonales, determinados momentos del ciclo menstrual... Y esa sequedad puede llevar a una pérdida de integridad del epitelio y, con ella, contribuir a la aparición de infecciones.

A la hora de la higiene, resulta imprescindible seguir ciertas pautas. No es recomendable el uso de perfumes, desodorantes, duchas vaginales y otros productos cosméticos que puedan causar irritación de la mucosa vaginal o producir cambios en el pH de la zona.

Precauciones en la higiene genital:

- Limpiar la zona íntima, siempre, en dirección de delante hacia atrás. Tanto en el baño/ducha diaria como después de orinar.
- Para el lavado resulta preferible usar la propia mano y evitar esponjas que pueden acumular microorganismos o causar irritaciones o rozaduras.
- La zona vaginal interna se limpia de manera natural, no necesita una higiene específica, es más, las duchas vaginales son contraproducentes, pues pueden arrastrar el moco o la microbiota y dejar el epitelio desprotegido.

Tabla 3. Definición de microbiota, probiótico y prebiótico

Microbiota	Comunidad microbiana que coloniza un entorno concreto y se relaciona entre sí manteniendo una armonía dinámica.
Probiótico	Microorganismos vivos que, cuando se administran en cantidades adecuadas, confieren un beneficio para la salud del hospedador.
Prebiótico	Un ingrediente fermentado selectivamente que da lugar a cambios específicos en la composición o actividad de la microbiota gastrointestinal, confiriendo así beneficios a la salud del huésped.

Elaboración propia.

Además de la higiene, es imprescindible la hidratación, tanto externa como interna. Especialmente en caso de atrofia vaginal o riesgo de que esta se produzca.

Es importante diferenciar entre el uso y los efectos de los lubricantes y los hidratantes vaginales. Son dos productos diferentes que muchas veces se confunden a la hora de su indicación y su uso.

La función de los productos lubricantes es facilitar las relaciones sexuales, reducir el rozamiento que se produce por la reducción o falta de lubricación natural durante el acto sexual. Es un producto para su uso puntual en las relaciones sexuales.

Sin embargo, la función de los hidratantes vaginales es recuperar el estado óptimo del epitelio vaginal, sería un producto de uso continuado o crónico, en función de la causa de la sequedad o atrofia vaginal. En estos productos es importantísimo distinguir entre los diferentes activos hidratantes y las concentraciones en las que estos se formulan en los productos existentes en el mercado.

La mayor capacidad de hidratación la tiene el ácido hialurónico, sobre todo si está formulado en forma de niosomas, consiguiendo así que llegue a la capa basal del epitelio donde debe realizar su función.

En el mercado existen productos con una concentración alta de ácido hialurónico, al 2 %, que además se acompaña de otros activos que evitan la acción de las hialuronidasas —las enzimas encargadas de degradar el ácido hialurónico—, de probióticos para equilibrar la microbiota y de aloe vera con capacidad hidratante y epitelizante. Este producto es uno de los recomendados por la SEGO

(Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) como primera línea de tratamiento en la sequedad y la atrofia vulvovaginal.

DISBIOSIS VAGINALES

Microbiota vaginal: eubiosis y disbiosis

Llamamos *microbiota vaginal* al conjunto de los microorganismos que habitan en la zona vaginal de forma natural y sin perjudicar al huésped.

La microbiota vaginal es la segunda zona de mayor concentración de microorganismos en el cuerpo de la mujer, por detrás del intestino grueso.

La composición de la microbiota vaginal sufre variaciones a lo largo del ciclo vital femenino en relación con el efecto de los estrógenos sobre la mucosa vaginal. Así, al nacimiento, con el efecto de los estrógenos de la madre predominan los microorganismos que fermentan la glucosa, como los lactobacilos. Una vez se pierde ese efecto estrogénico, disminuyen los microorganismos fermentadores de glucosa y se aumenta el pH de la zona vaginal. Con la llegada de la pubertad y la edad fértil, se recupera el pH ácido y el predominio de los lactobacilos que nuevamente se ven reducidos, aumentando el pH, con la menopausia y la pérdida del efecto de los estrógenos.

Llamamos *eubiosis* al estado de equilibrio que se produce en la microbiota autóctona de un determinado nicho en el que los microorganismos se encuentran en variedad y cantidad «normal», de modo que cumplen las funciones metabólicas, protectoras e inmunitarias propias de un huésped sano.

En contraposición, llamamos *disbiosis* a la pérdida del equilibrio en la microbiota comparada con el patrón teórico y que, en general, afecta más a la diversidad que a la propia cantidad de las diferentes cepas. Esta pérdida de la homeostasis produce la pérdida puntual o definitiva de alguno de los beneficios para la salud del huésped.

Cada vez más estudios relacionan los estados de disbiosis microbiana con la aparición de diferentes patologías. En el caso concreto de la disbiosis vaginal, esta se relaciona con patologías tan frecuentes como la vaginosis o la candidiasis.

Resulta muy interesante el empleo de prebióticos en la recuperación o la prevención de las disbiosis vaginales. Actualmente, existen geles vaginales en el mercado con acción prebiótica, hidratante y reparadora que contribuyen para un rápido reequilibrio de la microbiota y salud vaginal. Hay estudios que indican que el uso de estos productos producen una curación más rápida y evita las recidivas en un 79 % de los casos de molestias vulvovaginales.

Para mantener la eubiosis es importante que en situaciones en las que el lavado frecuente sea necesario (como en irritaciones) resulta muy importante la utilización de productos de higiene íntima suaves, hidratantes y que respeten el pH de la zona.

Vaginosis

Es una de las infecciones vaginales más frecuentes de la mujer en edad fértil.

Afecta hasta a un tercio de las mujeres en algún momento de su vida. De hecho, se estima que hasta el 30 % de las mujeres sexualmente activas sufrirá un episodio de vaginosis en su vida y el 50 % de las mujeres diagnosticadas presentan una segunda infección durante el primer año.

La causa es una disbiosis o alteración de la microbiota vaginal producida por el crecimiento excesivo de bacterias como la *Gardnerella vaginalis* o la *Bacteroides spp*, en disminución del crecimiento de *Lactobacillus*, los microorganismos que deben ser más abundantes de la microbiota vaginal normal durante el periodo fértil femenino.

Es muy importante la detección y el tratamiento de las vaginosis en mujeres embarazadas, ya que se asocia con un elevado riesgo de parto prematuro, además de sus complicaciones.

Síntomas

El 70 % de los casos de vaginosis son asintomáticos. Cuando aparecen síntomas, los más frecuentes son:

- Presencia de secreciones vaginales con fuerte olor a pescado.
- Aparición de secreciones poco viscosas de color grisáceo o blanquecino.

Tratamiento

El tratamiento se realiza con antibióticos por vía tópica vaginal o por vía oral.

- Vía vaginal: puede utilizarse clindamicina en crema al 2 %, cada 24 horas, durante 7 días o metronidazol en gel 0,75 %, cada 24 horas, durante 5 días o metronidazol 500 mg, un comprimido vaginal cada 24 horas, durante 5 días. Estos son los tratamientos recomendados en el embarazo.
- Vía oral: metronidazol en dosis única de 2 g o en dosis de 500 mg, cada 12 horas, durante 5 días o clindamicina en dosis de 300 mg, cada 12 horas, durante 7 días.

La recomendación actual de los expertos es que se trate también a las parejas sexuales de las pacientes con vaginosis.

Prevención

Para ayudar a prevenir la aparición de vaginosis, desde la farmacia recomendaremos:

- Reducir la irritación de la zona vaginal evitando el uso de jabones agresivos, productos de uso tópico con perfumes, etc. y utilizando en su lugar productos de higiene específica, sin detergentes y preferiblemente con acción hidratante y reparadora.
- Limitar el número de parejas sexuales.

- Utilizar preservativo.
- Mantener un estado de hidratación óptimo de la mucosa de la zona vulvo-vaginal. Si la mucosa está en buen estado podrá cumplir más adecuadamente su función protectora frente a las agresiones externas.
- Evitar las duchas vaginales que alteran el equilibrio de la microbiota produciendo disbiosis.
- Toma de probióticos que ayuden a mantener en equilibrio la microbiota vaginal.

En referencia a la toma de probióticos para la prevención de la vaginosis, en el mercado existen diferentes combinaciones de estos junto a otros ingredientes que contribuyen a mejorar la salud vaginal.

Un ejemplo son aquellos formatos que no solo incluyen cepas probióticas específicas frente a *Gadnerella vaginalis*, algo fundamental en la vaginosis, sino también prebióticos, como los conocidos fructooligosacáridos, que aseguran el crecimiento de la microbiota autóctona.

También pueden aparecer combinaciones con ácido cítrico, bicarbonato sódico y goma tara, una combinación de activos que dificulta el desarrollo de los patógenos, reduce el pH vaginal y dificulta la adhesión de los patógenos en el epitelio.

Candidiasis

La infección por cándida es la segunda causa más frecuente de vulvovaginitis tras la vaginosis, y la infección vaginal fúngica más frecuente en mujeres de edad fértil, con una incidencia que puede llegar a alcanzar a 3 de cada 4 mujeres en algún momento de su vida.

Tiene cierta tendencia a la recidiva, un 9 %, tras el primer episodio a los 25 años, y un 25 %, a los 50 años.

El agente causal es una levadura llamada *Candida albicans*, habitante natural de la piel y el intestino, pero que puede migrar hacia la vagina cuando se produce una disbiosis de la microbiota vaginal.

Los factores causales más frecuentes son:

- La toma previa de antibióticos.
- Sistema inmune deficiente o deteriorado.
- Presencia de altos niveles de estrógenos: embarazo, toma de anticonceptivos hormonales, etc.
- Presencia de diabetes mal controlada.

Síntomas

Pueden ser desde casi inexistentes hasta importantes:

- Prurito e irritación de vagina y vulva.
- Sensación de ardor o quemazón al orinar y durante las relaciones sexuales.
- Secreción vaginal espesa, blanca y sin olor.
- Dolores y molestias vaginales.
- Inflamación y tumefacción de la vulva.

Tratamiento

El tratamiento más habitual es el tópico, por vía vaginal. Consiste en la aplicación de pomadas u óvulos con antifúngicos, como el clotrimazol.

También puede prescribirse un tratamiento oral con fluconazol en dosis única de 150 mg o en dosis de 50 mg/24 horas, durante 7 días. Otra opción es la prescripción de itraconazol en dosis de 200 mg/12 horas, durante 3 días.

Siguiendo las indicaciones de los últimos estudios, se recomienda acompañar este tratamiento con una combinación específica de probióticos que ayuden a recuperar la microbiota normal de la zona, reduciendo más rápidamente la infección y disminuyendo el riesgo de recidiva, aspecto muy importante, ya que alrededor del 40-50 % de las mujeres tendrán más de un episodio de cándida.

Así como en las vaginosis, la utilización como adyuvante tras el tratamiento farmacológico de geles hidratantes vaginales que contienen prebióticos, ha demostrado mejorar la tasa de curación y prevenir las recidivas de candidiasis.

Prevención

Además de como coadyuvante en el tratamiento, el uso de probióticos de las cepas *Lactobacillus* puede resul-

tar un eficaz preventivo, especialmente cuando se toman antibióticos.

Actualmente existen formulaciones innovadoras que se pueden emplear tras el tratamiento antibiótico para la protección, prevención y el mantenimiento de una salud vaginal óptima.

Un ejemplo de estas son los comprimidos vaginales que combinan cepas probióticas con ingredientes de origen natural, como la goma tara, el bicarbonato sódico o el ácido cítrico, que impiden la adhesión de la

cándida a la mucosa vaginal a la vez que inhiben su propagación.

Desde la farmacia es adecuado recomendar además:

- Mantener una higiene íntima adecuada, evitando el uso de jabones irritantes, duchas vaginales, etc. y, como comentábamos en el caso de la disbiosis, utilizar productos específicos sin detergentes y con acción reparadora.
- Limpiar la zona siempre desde delante hacia atrás.
- Utilizar ropa interior de tejidos transpirables.

CASO PRÁCTICO MÓDULO 3

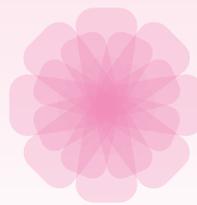
MUJER E INFECCIONES GENITOURINARIAS

Rosa es una paciente de 22 años que acude a la farmacia con una prescripción de fosfomicina trometramol 3 g y nos cuenta que en los últimos 6 meses ha tenido 3 cistitis.

Además de la dispensación activa de su prescripción, ¿qué consejos le daría a Rosa? ¿Le indicaría algún complemento nutricional? ¿Cuál? ¿Por qué?

BIBLIOGRAFÍA

1. Alsina M, Arencibia O, Centeno C, De la Cueva P, Fuertes I, Fusté P, et al. AEPCC-Guía: Infecciones del tracto genital inferior. Publicaciones AEPCC; 2016, 1-66 p.
2. Ortega del Moral A, Cardona Contreras J, De Prado Hidalgo M. Patología ginecológica en atención primaria. FMC. 2007;14(Protocolo 3):7-31.
3. Cachafeiro MJ. Infecciones del tracto urinario en la mujer. Aula de la Farmacia. Sanidad y Ediciones, S. L. 2018; 14(124), p. 48-51.
4. Cancelo MJ, Beltrán Vaquero D, Calaf Alsina J, et al. Protocolo de la SEGO de diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. Protocolo actualizado en 2012. Prog Obstet Ginecol. 2013; 56(5): 278-284.
5. Fu Z, Liska D, Talan D, Chung M. Cranberry Reduces the Risk of Urinary Tract Infection Recurrence in Otherwise Healthy Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Nutr. 2017; 147(12): 2282-8.
6. Gallardo C, Puig L. Vulvovaginitis. Tratamiento. Farm Prof. 2003; 17(2): 58-64.
7. Grabe M (Presidente), Bjerklund-Johansen TE, Botto H, et al. Guía clínica sobre las infecciones urológicas. European Association of Urology, 2010.
8. Jiménez MA, Saiz R, Ortes R. Infección urinaria, factores predisponentes. Tratado Geriatria Para Resid. 2017; 1(1): 429-33.
9. López-Álvarez X, García P, Romero J, Conde L. Vulvovaginitis | Farmacia Profesional [Internet]. Fistera. 2019 [citado 12 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-vulvovaginitis-13044472>.
10. Martín R, Soberón N, Vázquez F, Suárez JE. La microbiota vaginal: Composición, papel protector, patología asociada y perspectivas terapéuticas. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Ediciones Doyma, S. L. 2008; 26(3): 160-7.
11. Muiño X, Ramos M. Guía clínica de Vulvovaginitis [Internet]. Fistera. 2019 [citado 12 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/vulvovaginitis/>.
12. Muiño X, Ramos M. Guía clínica de candidiasis vaginal [Internet]. Fistera. 2019 [citado 12 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/vaginitis-por-candidas/>.
13. Paladine HL, Desai UA. Vaginitis: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2018 Mar 1; 97(5): 321-329.
14. Sobel JD. Vulvovaginitis in healthy women. Compr Ther. Jun-Jul 1999; 25(6-7): 335-46. doi: 10.1007/BF02944280.
15. Sobel JD. Recurrent vulvovaginal candidiasis. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Mosby Inc. 2016. Vol. 214, p. 15-21.
16. Sobel JD. Vulvovaginal candidosis. Lancet. 2007. Vol. 369, p. 1961-71.
17. Sociedad Española de Probióticos y Prebióticos. Probióticos, Prebióticos y salud: Evidencia científica. Álvarez G, Marcos A, Margolles A, editores. Madrid: Ergon; 2016. 403 p.
18. Solano A, Ramírez X. Actualización del manejo de infecciones de las vías urinarias no complicadas. Update on the management of uncomplicated urinary tract infections. Rev Medica Sinerg. 2020; 5(2): e356.
19. 1ATAFUTI : Alternative Treatments of Adult Female Urinary Tract Infection: a double blind, placebo controlled,
20. factorial randomised trial of Uva ursi and open pragmatic trial of ibuprofen / SAPC ASM 2017.
21. Warwick 46th annual scientific meeting 12 -14 July 2017 / Michaël Moore.



PALOMACARE®

Innovación en salud vaginal

Tratamiento hidratante y reparador de la mucosa vulvovaginal



Tratamiento



Higiene en gel y espuma



CISCARE®

Complemento alimenticio a base de extracto seco de Gayuba para el BIENESTAR URINARIO

Contiene 400mg de extracto seco de Gayuba, equivalente a 64mg - 96mg de arbutina.



NUEVO



**FORMACIÓN
PRESENCIAL
ONLINE
BLENDED**



**FORMACIÓN
FUERZA
DE VENTAS**



**DESARROLLO
PROFESIONAL**



**CONOCIMIENTO
CLÍNICO**



**POSTGRADO
UNIVERSITARIO**



Formación

MARCA LA DIFERENCIA

MODERNIZANDO la Oficina de Farmacia



PROGRAMA: 6 CLAVES DE GESTIÓN

LA CURVA DEL OLVIDO

Damos instrucciones, formación... pero nuestros colaboradores al cabo de un tiempo se “olvidan” de todo lo programado. Pequeños consejos para superar estas limitaciones y reenfozar la forma de trabajar.

¿HACEMOS UNA AUDITORÍA DIGITAL?

Muchas farmacias tienen web, My Google Business, redes sociales... ¿pero están bien trabajadas? Un tema muy práctico para descubrir y arreglar pequeñas distorsiones.

TODOS QUEREMOS REDES SOCIALES

Estar en las redes sociales se ha convertido en una necesidad por parte de las farmacias. ¿Cuáles nos convienen? ¿Cómo podemos trabajarlas?... Una pequeña guía de cómo trabajarlas con coherencia.

CREEMOS OPORTUNIDADES EN LA FARMACIA POST PANDEMIA

Hagamos un ejercicio de cómo ha cambiado nuestro mercado y qué oportunidades podemos identificar. Unas pequeñas pautas nos ayudarán a descubrirlas.

UNA REVISIÓN DE LA PROTECCIÓN DE DATOS

La protección de datos va muy unida a la comunicación en la farmacia. La gestión de datos es un tema sensible en el sector. Aspectos que debemos de tener en cuenta y verificar.

¿ES MOMENTO DE REFORMAR?

Aventurarse a hacer una reforma son palabras mayores. ¿Hay alternativas? Un tema que versará sobre estrategias ante una reforma, estudio de fases, alternativas, prioridades...

COORDINACIÓN Y AUTORÍA:

Albert Gasulla. Director en Gasulla Comunicació. Asesor en comunicación y marketing en la Oficina de Farmacia



Formación disponible en:
www.auladelafarmacia.com

TEMA 2

Cómo hacer una auditoría digital en la farmacia

Albert Gasulla

Director en Gasulla Comunicació. Asesor en comunicación y marketing en la Oficina de Farmacia

Redes sociales, página web, *e-commerce*, SEO, SEM... son conceptos con los que cada vez estamos más familiarizados. También podemos afirmar, sin duda alguna, que la pandemia ha avanzado la digitalización unos cinco años. Es decir, cada vez somos una sociedad más madura digitalmente. El uso de los *smartphones*, con sus múltiples prestaciones, se han convertido en una herramienta de búsqueda, compra, interacción social, ocio...

Además, ya estamos en una ampliación generacional del uso de la tecnología. Los más jóvenes ya nacieron con un ordenador bajo el brazo, pero había una bolsa de ciudadanos que se consideraban “analfabetos digitales”. ¿Cuántos abuelos se han convertido en el último año en expertos en videoconferencias? Los nietos y abuelos han podido mantener el contacto visual gracias al uso de tabletas, móviles... aproximando y facilitando el uso de los dispositivos. La gente mayor ha perdido el miedo y ya han incorporado la tecnología en su vida diaria.

¿Cómo afecta esta tendencia a nuestra farmacia? No podemos quedarnos al margen de las posibilidades que nos ofrece la tecnología y más aún si nos permite mejorar la visibilidad de nuestro negocio con el consiguiente aumento de tráfico. Ya saben que no se trata de decir “a partir de ahora, haremos una web, tienda online y redes sociales”, sin antes hacer un estudio de los compromisos humanos y económicos que representa cada apartado. Mantener viva una web significa una dedicación de tiempo, lo mismo para la actualización de las redes sociales. Y si hablamos de una tienda online, nosotros lo consideramos otro negocio, con sus peculiaridades, márgenes y obligaciones.

Por ello, ante el entorno digital les sugerimos, ante todo, calma. Seguidamente, estudiar un camino, analizarlo y trazarlo. No duden en contrastar ideas con profesionales del

sector, valorar la aportación y disponibilidad de su equipo, y ejecutarlo en plazos razonables.

En esta entrega le invitamos a hacer una auditoría de aquellas publicaciones que usted pueda tener y verificar su ejecución. Hay una serie de recursos gratuitos que nos ayudan a mejorar nuestra visibilidad en un entorno digital. Valorémoslos.

Google My Business

Es un servicio gratuito que nos ofrece Google y que es gran utilidad por su versatilidad y ayuda en posicionarnos en buscadores. Por ejemplo, imagínese que un cliente quiere buscarle en internet. Lo primero que hará es poner el nombre de la farmacia que busca. En este caso, hemos elegido una farmacia valenciana que se llama Seminari.

Al iniciar la búsqueda, aparece el recuadro de Google My Business con información básica:

- Dirección
- Horario
- Teléfono
- Espacio para consultas
- Reseñas
- Indicaciones de la web
- Indicaciones de cómo llegar
- Botón de llamada

A la vez, podemos incluir fotografías, videos y una relación de productos y servicios que nos diferencian. Este apartado es fundamental para ayudar al SEO –posicionamiento– local de la farmacia. Por ejemplo, si ponemos en el buscador una marca exclusiva que tengamos, al poner la población y la marca, saldremos en las primeras páginas del buscador. Es

https://farmaciaseminari.com ▾
Farmacia Ortopedia Seminari – En Farmàcia Seminari de ...
 En Farmàcia Seminari siempre hemos apostado por la salud. Nos gusta cuidar de nuestros clientes ofreciéndoles asesoramiento y orientación para ayudarles ...

https://es-es.facebook.com > ... > Farmacia ▾
Farmacia Ortopedia Seminari - Inicio | Facebook
 Farmacia Ortopedia Seminari. 42 Me gusta · 1 persona ha estado aquí. Farmacia.
 ★★★★★ Valoración: 3 · 2 votos · Intervalo de precios: €€

https://www.facebook.com > ... > Pharmacy / Drugstore ▾
Farmacia Ortopedia Seminari - Home | Facebook
 Farmacia Ortopedia Seminari. 42 likes · 1 was here. Pharmacy / Drugstore.
 ★★★★★ Valoración: 3 · 2 votos · Intervalo de precios: \$\$

https://www.farmacias.es > ... > Moncada > 46113 ▾
Farmacia Ortopedia Seminari en Moncada - Farmacias.es
 Farmacia Ortopedia Seminari en Moncada, Valencia/València. Horario, dirección, teléfono,



Ejemplo de recuadro de Google My Business de Farmacia Ortopedia Seminari

muy importante este concepto de las dos primeras páginas, puesto que son las que los usuarios suelen consultar.

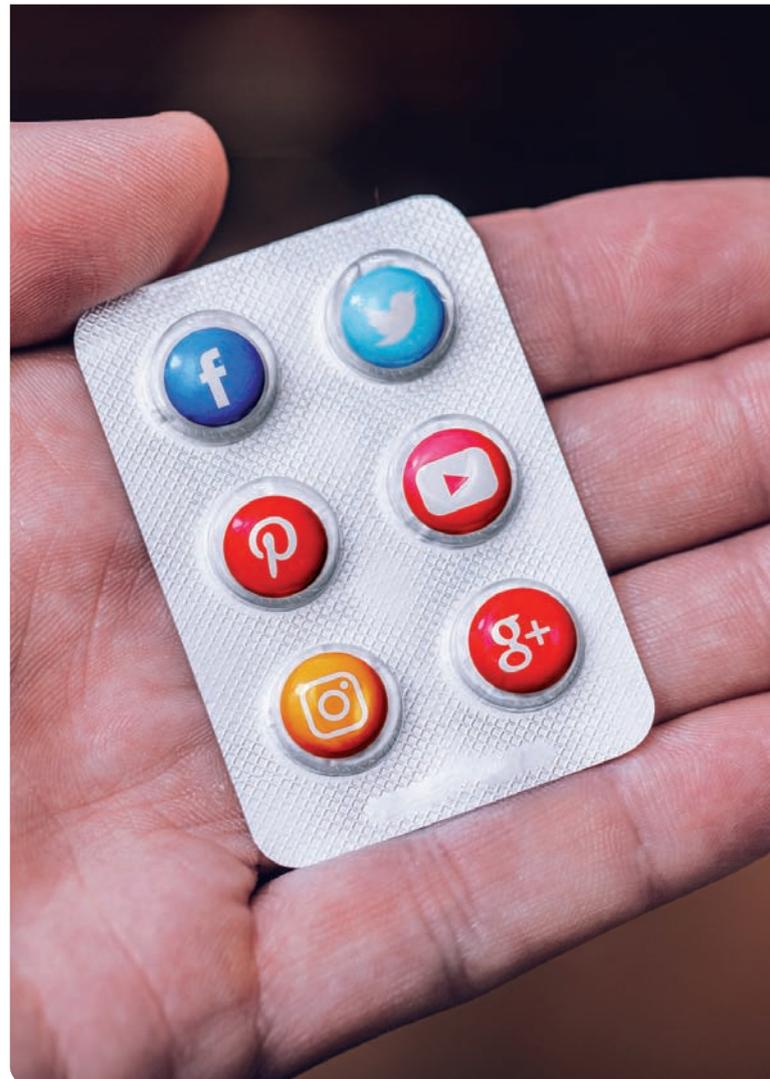
Guía para dar de alta Google My Business

- Cree una cuenta en Gmail.
- Acceda a Google My Business.
- Rellene los datos que le van solicitando.
- En el apartado “Ofrezco bienes y servicios en la ubicación de mis clientes” deberá marcar “Sí” y delimitar el área que marca su farmacia.
- Deberá verificar la cuenta creada. Lo más práctico es elegir la opción de llamada. Google le llamará y le indicará un código de verificación. Aquí es importante que, como habrá dado el número de la farmacia, todos los colaboradores estén alerta cuando suene el teléfono para apuntar el código.
- Una vez introducido el código en su perfil de empresa ya tendrá dada de alta su farmacia.

Qué información poner en Google My Business

Ya hemos indicado que hay una información básica que rellenar, pero luego tenemos un apartado para ampliar más la información que queremos transmitir.

- Piense en todos los servicios que ofrece: dermocosmética, nutrición y dietética, cuidado capilar...



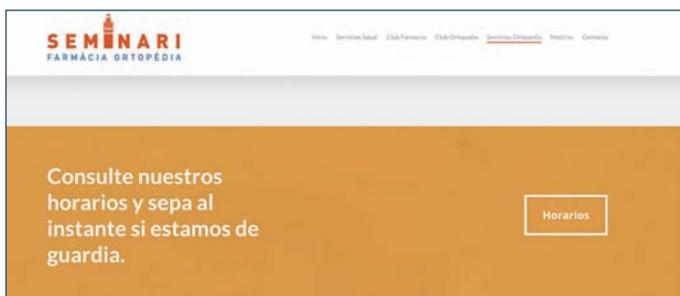
- Piense en sus marcas premium. ¡Son su diferencial!
- Actualice las novedades que busca la gente.
- Revise periódicamente la información.
- Ponga las promociones vigentes.
- No se olvide de los periodos vacacionales. Es muy frecuente que nos vayamos de vacaciones y no lo indiquemos.
- Añada las guardias. Es una información que los clientes suelen buscar.
- Hay apartados de consultas y opiniones. ¡Respóndalas todas! No tema a las quejas. Una buena gestión de una incidencia puede recuperar un cliente descontento.

Una información habitual en los buscadores es la referencia de las guardias. A veces, es complicado mantener el calendario de guardias al día. Una opción es poner un botón en la página web que vincule con Google My Business.

Las redes sociales

2009: fue el año en el que Facebook se convirtió en la red social más popular del mundo. Esta moda creció como la espuma y todo el mundo se apuntó a la novedad. Puesto que las redes sociales son evolutivas, al cabo de pocos años emergió Instagram –también propiedad de Facebook– y con un formato más audiovisual. Dicen los estudios que Facebook se ha convertido en una red social para personas de edades más maduras y que Instagram ha ido cautivando a personas un poco más jóvenes. Aunque la red de los jóvenes por excelencia es Tik Tok.

Para revisar sus redes sociales, aconsejamos centrarnos en Facebook e Instagram. Además, tienen la ventaja de que pueden compartirse contenidos por lo que se aligera el trabajo.



Botón horarios

Facebook

Revisemos el Facebook de su farmacia. Tenga en cuenta los siguientes parámetros:

- Use el logotipo como foto de perfil. Es muy positivo reforzar la imagen corporativa de su farmacia.
- Use una foto de portada enumerando la relación de servicios que considere importantes. ¿Recuerda que tenía esta selección en Google My Business? Puede usar la misma y así vamos creando sinergias.
- Incluya una relación de Servicios en el apartado correspondiente. Piense que los motores de los buscadores detectan los textos, no las imágenes que incluyen textos.
- Actualice el horario siempre que estén abiertos.
- Publiquen con periodicidad corta, un par de veces por semana. Los contenidos deben de ser variados y acordes con los objetivos comerciales de la farmacia. Por ejemplo, si hacemos ofertas para el día de la Madre, las pondremos también en las redes sociales.
- Haga concursos y promociones. Aquí es muy importante tener en cuenta que una gran mayoría de seguidores a veces no están en la órbita geográfica de la farmacia. Es habitual que el titular tenga colegas a lo largo de la geografía, con los que ha realizado cursos, viajes profesionales... pero tengamos claro que no es nuestro público objetivo. La geografía no es un factor limitante para aquellas farmacias que tengan web de venta, pero para la mayoría de las farmacias sí lo es.
- ¿Produce videos propios? Es un valor muy positivo. Hoy en día los móviles tienen gran calidad y permiten grabar formatos con recursos básicos, pero muy resultones. No se preocupe por los fallos. Es mejor que se vean improvisados que hacer una gran producción. ¡Esto último lo dejamos para las grandes producciones de Hollywood!
- Recursos gráficos y fotográficos que podemos utilizar. En las redes sociales es importante la imagen. Fotografías vistosas, iconografía, tipografías variadas... son recursos que son interesantes de trabajar. En el mercado existen estudios fotográficos portátiles que permiten hacer pequeños bodegones con los productos que vayamos a promocionar. Llevan incorporados pequeños focos led y con la cámara del móvil se puede organizar



Estudio fotográfico portátil

rápidamente una sesión para todo el mes. Nos llevará poco tiempo y podremos personalizar totalmente nuestras imágenes.

Otra alternativa es solicitar a los laboratorios las imágenes para poder usarlas tranquilamente.

Otro de los problemas con los que nos encontraremos es la edición de publicaciones personalizadas. Existen recursos gratuitos de edición que son muy interesantes por su sencillez y versatilidad. Canva y Designer son dos aplicaciones muy fáciles de usar y con resultados sorprendentes.

- ¿Somos capaces de generar contenido propio? Seguro que en su equipo hay colaboradores que pueden hacer aportaciones técnicas muy interesantes. Un buen consejo sobre el uso de productos solares, la prevención de la tensión arterial, las últimas tendencias nutricionales... Recordemos que la prevención es una de las misiones principales de la farmacia y, seguramente, la más diferencial. Por ello, hay que plasmarlo en la comunicación que generamos en la farmacia para ir creando imagen de marca. Puede ser un artículo escrito o una charla grabada en video. Puede parecer mucho trabajo, pero si planificamos una publicación mensual, repartiremos bastante el trabajo.
- ¿Cómo podemos planificar las publicaciones? Es conve-

niente no dejar nada al azar. Le sugerimos realizar una hoja en Excel donde incluya lo siguiente:

- Día de la semana
- Día de publicación
- Objetivo: campaña promocional, fidelización, servicio...
- Tipo de contenido: promoción, información sanitaria...
- Texto
- Imagen/video
- Fuente: responsable de la información
- Fecha de entrega
- No todas las publicaciones tienen que ser de información comercial. Puesto que va a planificar las publicaciones, le invitamos a hacer volar la imaginación. Piense en los días dedicados a... Cada día del año se destina a un colectivo o temática. Evidentemente, habrá fechas relacionadas con la salud –el Día de Celíaco–, pero habrá otras con otras connotaciones colaterales. Por ejemplo, el 26 de abril es el Día Internacional del Humor. ¿Y si hacemos una publicación sobre los beneficios de la risa en la salud?

Instagram

Revisemos el Instagram de su farmacia. Tenga en cuenta los siguientes parámetros:

- Puede seguir los parámetros similares usados en Facebook.
- El gran diferencial de Instagram es la preferencia por las imágenes, por lo que es un gran aliado para usar temas de belleza y cosmética.
- Aunque con Facebook se pueden hacer emisiones de video en directo, Instagram ha crecido entre sectores más jóvenes gracias a su Instagram Live, emisión de videos en directo que permite interactuar con sus seguidores.
- Le sugerimos que pruebe a hacer talleres de maquillaje, consejos de dietética... Puede hacerlo durante una hora de duración.
- Planifique estas sesiones y anúncielas, tanto en la farmacia como en las redes.
- Implique a sus colaboradores e invíteles a ser los protagonistas. Por experiencia, sabemos que esto refuerza al equipo y a la relación con los clientes. Nuestra farmacia no deja de ser una parte de la comunidad que nos rodea, por lo tanto, no renunciemos a ello.

Canal YouTube

En los últimos tiempos, un gran buscador es el canal YouTube. También lo podemos usar para guardar nuestros videos y ofrecerlos como bases de datos de contenidos.

Las emisiones en directo también son muy valoradas por nuestros seguidores.

Recordemos lo que decíamos al principio, si no hacemos venta online, es poco relevante tener seguidores en redes sociales de la otra punta del país. Lo importante es crear comunidad cercana.

Con ello las redes nos ayudan a crear imagen –expertos en prevención, en dermocosmética, en vida sana, en consolidarnos como primer eslabón sanitario...-. Tenemos que elegir nuestro camino y revisar si las redes cumplen estos requisitos.

Por ello, el objetivo de esta sesión es que analicen con ojos críticos su presencia en el mundo digital.

Telegram y WhatsApp

Las englobamos puesto que son dos aplicaciones que se usan preferentemente con teléfono móvil.

Hay muchas farmacias que usan WhatsApp como método de encargo. Es una forma que la gente realice sus pedidos de forma práctica. Antes que nada, verifique si su Colegio autoriza el uso de estas aplicaciones. Evidentemente, no se puede entregar un medicamento sin receta, pero, posiblemente, sí reservarlo por estas App y luego mostrar la receta a la recogida.

Telegram permite más funcionalidades. En un canal de Telegram se pueden mensajes en video, informando de promociones, campañas...

Al final, es ir testeando lo que puede ser más interesante y que tenga más acogida entre nuestros pacientes/clientes.

Finalmente, la web

El eterno dilema es: estoy en internet con una web o hago

una web de *e-commerce*. Evidentemente, desde marzo de 2020 se ha producido una creciente demanda de productos por internet. Una de nuestras preocupaciones es que la motivación de compra suele ser el precio y la disponibilidad. Por lo tanto, nuestra pregunta principal es, ¿estamos dispuestos a vender con un bajo margen y asumiendo los costes de la logística que requiere este tipo de ventas?

Está claro que, cada vez más, los laboratorios de dermocosmética quieren evitar las guerras de precio en internet, puesto que alteran cualquier estrategia comercial, pero es evidente que, si buscan un producto en internet, hay variedad de ofertas.

Además, los costes para lograr que mi farmacia salga con el producto X en la primera página, son elevadísimos. Para posicionar una tienda online, hay que invertir grandes cantidades en contenidos y pago por palabras buscadas. Por lo tanto, le invitamos a valorar tranquilamente la presencia del *e-commerce* y centrarse en la página web.

Qué información poner en la página web

Puede elegir en una página muy estática –con poco mantenimiento– o muy dinámica –requerirá “alimentarla”– con lo que implica más dedicación. La diferencia es que la primera tendrá un posicionamiento nulo y la segunda, no.

- Ponga los servicios que ofrece: dermocosmética, nutrición y dietética...
- Campañas promocionales
- Datos de contacto
- Botón de guardias vinculado a Google My Business
- Botón de pedidos por WhatsApp
- Botones de enlace a redes sociales
- Blog. Lo podrá compartir con las redes sociales
- Agenda para pedir cita online a los servicios
- Información de tarjeta cliente. Posibilidad de consulta online

Le invitamos a revisar estos puntos, pero recuerde que su punto principal de venta y consejo es la farmacia, por lo que no descuide de informar de su presencia digital a sus clientes reales y potenciales.



Fundación Josep Carreras
CONTRA LA LEUCEMIA

| 30 Aniversario

13.971 donantes de médula ósea compatibles localizados para pacientes españoles que necesitaban un trasplante y no disponían de un familiar compatible.

11 líneas de investigación en marcha en el Instituto de Investigación contra la Leucemia Josep Carreras, el primer centro de Europa dedicado exclusivamente a la leucemia.

313 pacientes alojados junto a sus familiares en los pisos de acogida para pacientes que reciben tratamiento lejos de su lugar de residencia.

19.595 consultas médicas y de información al paciente gestionadas para ofrecer apoyo.

105.205 socios y colaboradores que sostienen nuestro trabajo.

1 hombre, **Josep Carreras**
30 años de lucha **#imparablescontralaleucemia**

Gracias. Entra en www.imparables.org



CONGRESO ONLINE GESTIONA TU FARMACIA 2021

‘Menos hablar y más actuar’

La incertidumbre provocada por la COVID-19 humaniza a los equipos, impulsa nuevos servicios, acelera la presencia online y propicia la adaptación al cambio

Laura Clavijo

Periodista

La III edición del Congreso online Gestiona Tu Farmacia ha tenido lugar entre el 12 y el 16 de abril bajo el lema “Menos hablar y más actuar”. Durante cinco días, más de 50 expertos han compartido sus conocimientos sobre farmacia, gestión y marketing; con el objetivo de ofrecer las claves para construir una farmacia adaptada a los nuevos tiempos. Esta edición ha contado con más de 15.000 congresistas de España y Latinoamérica.

El objetivo principal de todo profesional farmacéutico es proteger la salud y el bienestar de las personas y de sus colaboradores, tanto internos como externos

Nos encontramos en un momento histórico para la farmacia, un momento en el que se están redefiniendo los roles y en el que quien no tome las riendas de su negocio se va a quedar anclado en el pasado. Hay que dejar de hablar de teorías, de lo que pudo ser y no fue y ponerse en marcha”. Son palabras de la farmacéutica y experta en gestión de oficina de farmacia, M^a Carmen Sáez, organizadora de la III edición de Gestiona Tu Farmacia. El encuentro ha proporcionado la formación necesaria para dar los primeros pasos para pasar a la acción y la inspiración de los que ya están construyendo ese futuro día a día.

Los cimientos de la farmacia son las personas

Si algo nos ha enseñado la pandemia provocada por la COVID-19 ha sido la importancia de las relaciones personales. El equipo humano como base de todo negocio ha sido el tema que ha centrado las ponencias de la primera jornada del congreso. Como ha afirmado M^a Carmen Sáez, “el objetivo principal de todo profesional farmacéutico es proteger la salud y el bienestar de las personas y de sus colaboradores, tanto internos como externos”.

La labor del farmacéutico suma en beneficio de la salud de las personas, aportando sus conocimientos del medicamento, dado que es el profesional más formado en sus características, uso y correcta administración, así como en los efectos secundarios que produce. Su principal valor es su capacidad de recomendación, haciéndose cargo de la salud en todas sus dimensiones.

En este contexto, las herramientas tecnológicas juegan un papel clave en la creación de espacios de salud integrales en la farmacia que cubran las necesidades del consumidor del siglo XXI y que permitan automatizar los procesos, dejando al farmacéutico más tiempo para pensar en lo importante y dedicar al paciente la atención que merece.

Eva Ruiz, licenciada en farmacia, apasionada de la gestión estratégica y el marketing aplicado a la botica y responsable de formación de Asefarma, ha proporcionado, en su ponencia “Creando equipo. 10 errores que no se deben nunca cometer”, la receta para tener un buen equipo. Los ingredientes son implantar un plan de organización interna eficaz, mejorar la eficacia del equipo por medio de una óptima organización de res-

ponsabilidades, fomentar la comunicación entre el equipo y la gerencia; tener una plantilla competitiva, motivada para que todos estén contentos y con ganas de trabajar. “Motivar con autoridad y delegar con responsabilidad”, “tomar decisiones, pero sonriendo” e “inspirar a los demás para remar en la misma dirección” son las tres recomendaciones de Eva Ruiz para lograr el éxito en la gestión de personas.

Una vez implantada la organización en la farmacia, hay que aprender a gestionar el tiempo de manera productiva y efectiva. Sobre este tema ha tratado la ponencia “Ladrones de tiempo para jefes estresados. Cómo controlar tu agenda”, de Jesús Bédmar, consultor de productividad, autor del blog Jesusedmar.es y creador de Escuela de Efectividad.

Bédmar ha explicado que el ladrón de tiempo número uno son las distracciones: “A veces no nos concentramos, nos interrumpen pensamientos, ideas, estrés, miedos; hacemos clic en un enlace que nos han enviado y nos despistamos; de repente, tenemos decenas de pestañas abiertas; o interrumpimos la tarea y cuando la retomamos han pasado varias horas”. El segundo ladrón de tiempo son las interrupciones, que pueden venir del exterior, como cuando nos llama el jefe, hablamos con un compañero o con la familia, o del interior, principalmente de los dispositivos electrónicos. Los obstáculos son el tercer ladrón de tiempo. “El torpe digital, la aplicación que va lenta o ese pedido que pagamos por internet y que no sabemos si hemos realizado correctamente son ejemplos de obstáculos que no solo nos roban tiempo, sino que acaban con nuestra energía”, según Bédmar.

“Estos ladrones hacen que no adaptemos la farmacia a los tiempos actuales, porque siempre está uno con lo urgente, apagando fuegos, gestionando las interrupciones, distracciones y obstáculos. Vivimos en el día de la marmota, cada jornada es prácticamente igual y te repites a ti



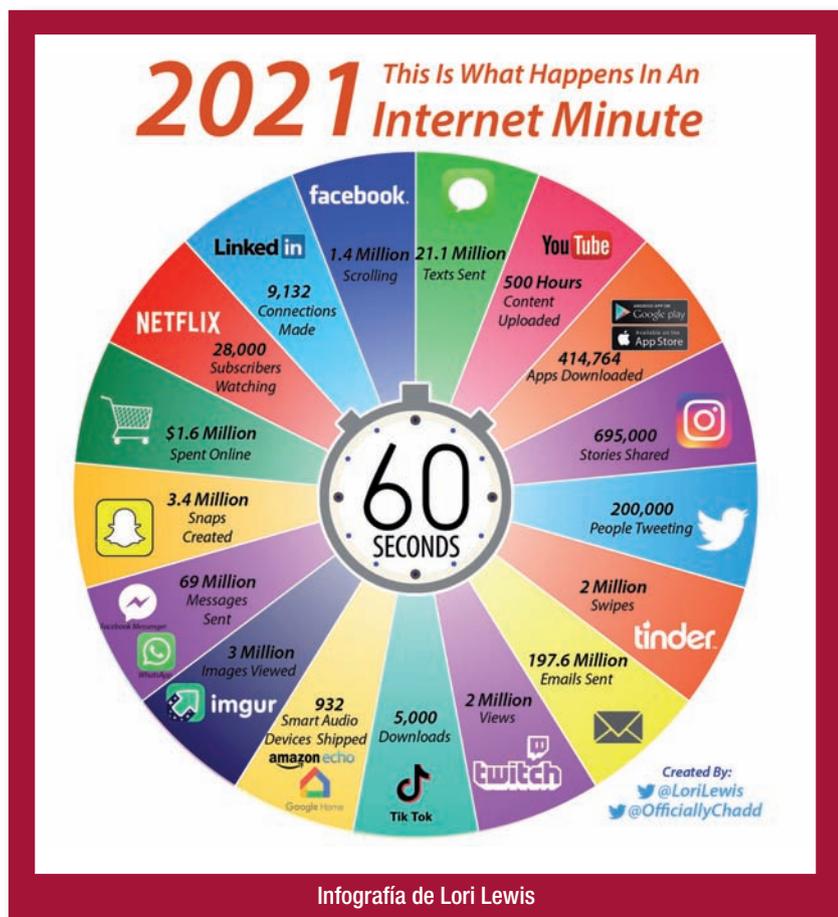
mismo que si no puedes asumir el día a día cómo vas a innovar”, ha concluido Bédmar.

En la sala de inspiración de la primera jornada del congreso ha destacado la presencia de Inma Riu, licenciada en farmacia, CEO de Saludability y de Farnaschool, además de farmacéutica adjunta en farmacia Torrens Cortés de Barcelona. Entre sus frases de inspiración destacamos la que, según Riu, marcan la diferencia entre los farmacéuticos normales y los de éxito: “Las ideas no son nada hasta que no se ejecutan y no es lo mismo querer hacer que hacer”.

Productos y servicios farmacéuticos

La mayoría de las empresas tienen un propósito, una visión del mundo y unos valores claros que las representan. Los productos y servicios que ofrecen no son más que herramientas para lograr ese propósito. “En el caso de la farmacia, la dispensación de un antigripal no debería ser el fin último de atender a un paciente que acude con un fuerte resfriado, ni vender un tratamiento completo de cuidado facial a quien pregunta cómo puede acabar con las arrugas. El fin último es proporcionar una solución a su problema de salud o a su necesidad de autocuidado. Ayudar, aconsejar y solucionar problemas. Ese es el día a

El fin último es proporcionar una solución a su problema de salud o a su necesidad de autocuidado. Ayudar, aconsejar y solucionar problemas



La pandemia ha puesto de manifiesto una necesidad que ya existía, la asistencia farmacéutica al paciente dependiente que no puede acceder a la farmacia

día del farmacéutico”. M^{ra} Carmen Sáez, organizadora del congreso, iniciaba con esta introducción la segunda jornada del encuentro, bajo el lema “Tu misión a través de productos y servicios”.

La pandemia provocada por la COVID-19 es un ejemplo de cómo los profesionales sanitarios de las farmacias ayudan a las personas, las aconsejan y solucionan sus problemas, a pesar de las dificultades. En el contexto de pandemia, especialmente durante los meses más duros, las farmacias han permanecido abiertas y los profesionales farmacéuticos han redoblado sus esfuerzos para informar y formar a los pacientes, han dispensado los productos que necesitaban y han prestado los servicios requeridos, como, por ejemplo, el de atención farmacéutica domiciliaria, entregando medicamentos a domicilio a pacientes frágiles con el objetivo de que permanecieran en sus casas.

“La pandemia ha puesto de manifiesto una necesidad que ya existía, la asistencia farmacéutica al paciente dependiente que no puede acceder a la farmacia”, ha recordado Marieta Montoya, farmacéutica por la Universidad Complutense de Madrid, en su ponencia “Cómo implantar un servicio de atención farmacéutica domiciliaria para pacientes dependientes”.

La farmacia puede jugar un papel muy importante en la implantación de servicios profesionales como el de atención domiciliaria, test de antígenos o vacunación. Durante el congreso se ha dado a conocer la iniciativa del COFM y la Comunidad de Madrid para permitir que las farmacias realizaran test de antígenos COVID-19 a pacientes. Arrancó el 4 de febrero con motivo de la alta incidencia del virus en la región con la finalidad de detectar asintomáticos y ayudar a frenar los contagios. También se ha dado a conocer que los 10.000 profesionales que trabajan en las 2.902 farmacias madrileñas han sido llamados a vacunarse en las instalaciones de Cofares, situadas en la planta baja del edificio del colegio, en coordinación y bajo el protocolo de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Por primera vez, tres profesiones sanitarias (médicos, enfermeros y farmacéuticos) han colaborado para inmunizar lo antes posible al colectivo en el contexto de pandemia.

Más allá de las paredes de la farmacia

La COVID-19 ha sido un acelerador de la transformación digital y el mundo online cobra cada vez mayor importancia en nuestras vidas. El canal online, más allá de las paredes de la farmacia, es una realidad y, por ello, ha centrado la tercera jornada del congreso Gestiona Tu Farmacia 2021.

Emilio Sánchez, ponente y formador especializado en temas de estrategia profesional, marketing digital, emprendimiento, *coaching*, liderazgo y desarrollo personal, ha invitado a los asistentes a reflexio-

nar sobre qué está pasando en internet cada minuto en su ponencia “Cómo crear una marca personal atractiva paso a paso”. Para ello, ha mostrado en pantalla la famosa infografía de Lori Lewis “This is What Happens In an Internet Minute”.

Cada 60 segundos se producen 1,6 millones de compras online, 28.000 personas están viendo series y películas en Netflix y son compartidas 695.000 *stories* en Instagram. “La gente está viendo múltiples pantallas y alternando plataformas sociales a la velocidad del rayo”, dice Lori Lewis. Y con tanto desplazarse, publicar, deslizar, tuitear, dar me gusta, compartir, descargar o capturar es fundamental comprender lo que la audiencia está haciendo mientras trabajamos para captar su atención. “Las marcas que prestan atención en el espacio social y van más allá de las expectativas encontrarán más oportunidades de crecimiento, lo que conducirá a un base de audiencia más leal y rentable”, concluye Lewis.

Los expertos que han participado en el encuentro han coincidido en que estar presente en el canal online requiere “tiempo”, “dinero”, “formación” y “energía”. Si queremos estar presentes en el entorno digital, es importante tener en cuenta que los objetivos y valores de la farmacia online deben ser los mismos que en el mundo offline. También debemos ser conscientes de quiénes somos y no tratar de competir con Amazon o Google, donde hay muchas farmacias online que llevan años posicionándose, con precios muy competitivos e invirtiendo miles de euros en publicidad.

M^a Carmen Sáez ha insistido en que antes de plantearse la presencia digital de nuestra farmacia hay que escoger las herramientas digitales adecuadas. “Usar todas no es el camino. Debemos pensar que son un medio de transporte y escoger unas u otras en función de nuestro destino”, ha concretado.

Miriam Capel, farmacéutica, consultora, experta en marketing y comunicación digital para farma-



cias y profesionales de la salud; y autora del podcast de “Marketing Saludable”, ha asegurado que siempre es conveniente estar en redes sociales, pero solo si lo hacemos de manera activa. “Estar en redes sociales nos permite fomentar la promoción de la salud y dar consejo farmacéutico; crear comunidad con miembros de otros lugares que nos compran por internet; o ser un referente de salud en nuestra zona”, ha puntualizado. La clave para lograr nuestros objetivos y ser referentes está en “humanizar”, mostrar que detrás de los profesionales hay “personas reales”, según Capel.

En el caso de la tienda online o el *e-commerce*, “son palabras mayores”, ha señalado Paloma Sastrón, farmacéutica especializada en marketing digital para farmacéuticos. La experta ha subrayado que para crear una tienda online no solo hay que tener en cuenta la parte técnica, sino que también requiere una fuerte inversión de tiempo, dinero, recursos humanos y ganas.

¿Quién se va a encargar del mantenimiento de la web?, ¿quién va a preparar los pedidos?, ¿quién se va a ocupar de la atención al cliente?, ¿quién va a supervisar la conexión entre la farmacia física y la tienda online para que comuniquen lo mismo?, ¿tienes un equipo preparado para tener una tienda online? Son algunas preguntas que la experta en marketing digital nos invita a hacernos antes de crear una tienda online o *e-commerce*.

Para crear una tienda online no solo hay que tener en cuenta la parte técnica, sino que también requiere una fuerte inversión de tiempo, dinero, recursos humanos y ganas



AULA de la FARMACIA ha estado presente con un stand en la zona de expositores virtuales donde los laboratorios han dado a conocer lo último en productos y servicios

Sastrón ha recordado los errores más comunes al crear un *e-commerce*. El principal es pensar que la única inversión que hay que hacer es la creación de la tienda online, pero hay otros como, por ejemplo, volcar todo el stock de la farmacia sin seleccionar previamente, no invertir en diseño, no utilizar redes sociales para su promoción o no realizar campañas de *e-mail marketing* para potenciar la comunicación entre los clientes y la web.

Un negocio rentable que genera calidad de vida

La pandemia ha alterado muchos aspectos de nuestra vida diaria, entre ellos la manera de consumir. “Las nuevas tendencias en compras, productos y servicios se han instalado en la vida cotidiana y muchas se están consolidando como un impacto inmediato en los hábitos de consumo”, según Mariano G. Moral, arquitecto de interior en diferentes disciplinas y *Area Manager* en Concep.

De acuerdo con Cristina Casas, especialista en marketing estratégico y operativo, son varias las tendencias que marcan el comportamiento del cliente. La primera es la aceleración digital. La segunda es una mayor concienciación por el cambio climático. La tercera es una mayor preo-

cupación por la salud y el deporte. La cuarta es la mejora de la alimentación y la quinta es un mayor interés por el *home decor*.

En este contexto, las farmacias se han visto obligadas a transformar sus áreas de venta para recibir a los pacientes en las mejores condiciones en el contexto de la COVID-19. Raúl Rodríguez, director de Mobil M España, ha compartido tres tendencias europeas que pueden marcar el diseño de las farmacias en el futuro y que aumentarán las ventas. La primera es la creación de espacios confidenciales para ofrecer los servicios. Por ejemplo, cabinas de análisis, ortopedia, dietética, oncología o dermocosmética.

La segunda tendencia es la conexión del usuario con la farmacia debido a la aceleración de la digitalización dentro de las farmacias. El paciente puede realizar sus pedidos por teléfono, a través de la web, el móvil, una app o WhatsApp y recogerlos en la farmacia o incluso en taquillas (*click & collect*).

Lo orgánico, natural y a granel es la tercera tendencia y experiencia del momento, debido a que cada vez más pacientes promueven patrones de consumo más naturales. Cada vez se utiliza más mobiliario de madera, en tonos vegetales. Una gran tendencia de 2021 son las compras a granel, por ejemplo, geles o champús. Los clientes prefieren tiendas locales y productos regionales con asesoramiento personalizado.

Además de las ponencias donde los expertos han movido a los asistentes a la acción y las entrevistas con referentes en el sector y personajes destacados, el congreso ha contado con salas virtuales donde las propias marcas han participado con un espacio físico para demostrar los beneficios de sus productos y servicios, así como dar a conocer su contribución a la gestión eficiente de la farmacia. AULA de la FARMACIA ha estado presente con un stand en la zona de expositores virtuales donde los laboratorios han dado a conocer lo último en productos y servicios.

M^a CARMEN SÁEZ

Farmacéutica y experta en gestión de oficina de farmacia

M^a Carmen Sáez, organizadora del congreso Gestiona Tu Farmacia 2021, es farmacéutica de vocación y experta en gestión desde la empresa Impulsa tu farmacia. Cree que el futuro pasa por cambiar nuestra mentalidad y tirar barreras que nos impiden vendernos bien. “Me enamora mi profesión y me gustan los grandes retos”.

¿En qué momento se encuentra la farmacia?

A nadie le sorprende oír a estas alturas que la farmacia comunitaria está en un punto de inflexión del que dependerá su futuro. Lo veníamos diciendo desde hace tiempo, pero, tras los primeros meses de confinamiento en los que se puso de manifiesto su relevancia como elemento imprescindible en el sistema sanitario, ya no hay lugar a dudas. Sin embargo, la farmacia comunitaria deber dar un paso al frente y reclamar el puesto que le corresponde con los hechos. Por eso elegí este lema para el Congreso: “Menos hablar y más actuar. Diseña tu farmacia y construye el futuro que deseas”.

¿Qué tipo de formación es necesaria para adaptarse a los nuevos tiempos?

El farmacéutico comunitario tiene una formación multidisciplinar científica y técnica que le habilita para desarrollar casi todo lo necesario a nivel clínico y asistencial en este nuevo escenario. El mayor hándicap, bajo mi punto de vista, lo tiene en tres puntos fundamentales: “Saberse vender”, gestión de negocio y competencias digitales. Formaciones encaminadas a mejorar sus habilidades en comunicación, marketing, liderazgo, gestión empresarial o digitalización son sobre las que debería profundizar.

¿Dónde podemos encontrar la inspiración?

Soy una farmacéutica enamorada de mi profesión y considero que aprender de otros compañeros

es básico. Compartir el camino en grupos de conocimiento, *mastermind* o el *networking* aligera la carga y abre la mente. Pero también es importantísimo mirar fuera de la caja e inspirarse en otros sectores que han pasado ya hace años por un cambio parecido al que está sufriendo la farmacia hoy en día. Otros sectores sanitarios, *retail* e incluso la industria automovilística o el deporte. ¿Por qué no? Somos personas y, al final, cualquier cambio, cualquier avance viene de una motivación interna, la acción y del trabajo constante. Solo hay que mirar alrededor con ojos de niño.

¿Cómo debe ser la relación de la farmacia con las marcas?

La farmacia, hasta ahora, ha vendido o dispensado productos y servicios. Pero ya no es suficiente. El consumidor puede encontrar en muchas farmacias, e incluso fuera de ellas, todas las marcas. Tiene un abanico enorme de posibilidades. Por eso, la farmacia, cada farmacia, “se tiene que vender a sí misma”. Su marca, su consejo, su filosofía, su manera de hacer y de sentir es única. Y eso es lo que tiene que elegir el consumidor. La relación con las marcas, desde mi experiencia, debería establecerse entre iguales. Con compromisos estables, transparentes y de ayuda mutua, pero sin dependencias tóxicas. Buscando la satisfacción del cliente en primer lugar y de los dos integrantes del acuerdo comercial por igual. Fuera de eso es jugar con las cartas marcadas y terminará en fracaso para todos.

La farmacia, hasta ahora, ha vendido o dispensado productos y servicios. Pero ya no es suficiente

La labor del farmacéutico comunitario va mucho más allá de lo que se enseña en la carrera

¿Qué tendencias dirías que dominan actualmente en el sector?

La incertidumbre y la adaptación al cambio son los grandes motores de la farmacia comunitaria en este momento. No sé si muchas veces intentando volver al estatus anterior o para encontrar un modelo mejor y más sostenible. Hay un poco de todo. En este momento, las tendencias son, en primer lugar, cambio del foco del producto a las personas. Con mayor protagonismo e implicación de los equipos en la toma de decisiones, desarrollo de servicios de valor añadido para los clientes y mejora de los canales de comunicación. En segundo lugar, apuesta por la especialización para optimizar recursos y mejorar los resultados. Después de unos años en los que la tendencia era la salud natural, actualmente la especialización más demandada es la dermofarmacia. Menor amplitud de surtido y más profundidad en las gamas marcan los inventarios de la farmacia actual. En

tercer lugar, incorporación de la estrategia digital en la estructura del negocio. Aun tímidamente, sí, pero en crecimiento acelerado. Mayor presencia en redes sociales, páginas web y un comercio electrónico incipiente.

¿Qué consejo darías a los estudiantes de Farmacia que están a punto de finalizar sus estudios?

Que conozcan la farmacia comunitaria real. La labor del farmacéutico comunitario va mucho más allá de lo que se enseña en la carrera. Dedicar un tiempo al terminar la carrera para trabajar en farmacia comunitaria, con la mente abierta para aprender, es una estupenda manera de tomar una decisión sobre su futuro con datos reales. Y mientras, formarse en competencias digitales de manera profesional, en gestión de negocio y en recursos humanos. Pueden desarrollar sus capacidades y su vocación en muchos ámbitos. Lo mejor está por venir.

ALBERTO GÓMEZ

Cofundador de farmaSOLIDARIA

Alberto Gómez, creador de farmaSOLIDARIA, una iniciativa para que las farmacias puedan ayudar a las personas de su barrio que más lo necesitan, ha participado en la sesión “¿Estás vinculado SOCIAL y EMOCIONALMENTE con tus vecinos? Descubre cómo crear Barrios Cardioprotegidos” del congreso Gestiona Tu Farmacia 2021.

¿Cuál es tu opinión sobre el congreso Gestiona Tu farmacia?

Es el primer año que participo. Me ha sorprendido muy positivamente lo fresco, actual y dinámico que es. Conjuga ponentes muy conocidos con caras nuevas que aportan “movimiento” para la farmacia.

¿En qué ha consistido la sesión en la que has participado?

En explicar, junto con Carlos de Benito, en qué consiste el proyecto “Reanima tu barrio”. Carlos de Benito es farmacéutico, codirector del Programa de Formación Continua de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias de la Universi-

dad Complutense de Madrid (Aula de Cardioprotección), formador en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, y presidente de la Asociación Española de Socorristas de Emergencias. Carlos lleva más de 20 años luchando para minimizar los efectos de la parada cardiorrespiratoria en la población, tanto a nivel nacional como internacional. Para mí ha sido un descubrimiento, como profesional, y, sobre todo, como persona.

Cuéntanos en qué consiste “Reanima tu Barrio”.

La parada cardíaca súbita es la primera causa de muerte en varones de entre 40 y 75 años. Una causa de muerte que es reversible y evitable. La intervención eficaz dentro de los cuatro primeros minutos es la clave. Si actuamos correctamente dentro de esos cuatro primeros minutos, podemos salvar vidas. Todos deberíamos estar preparados y bien formados. Se trata de ser útiles en caso de emergencias en las que la vida de alguien corre peligro, así como de gestionar de forma eficaz las urgencias y emergencias sanitarias extrahospitalarias que suceden en cada barrio, hasta la llegada de los servicios de emergencias médicas 112. El proyecto “Reanima tu Barrio” consiste en tres pasos: reconocimiento de la emergencia cardiorrespiratoria, activación efectiva de los servicios de emergencias médicas e inicio precoz de las maniobras de resucitación cardiopulmonar. Con él buscamos que la farmacia esté formada y disponga de los recursos adecuados para “cardioprotger” a la gente de su barrio, y de responder en caso de que un vecino sufra una parada cardiorrespiratoria. “Reanima tu Barrio” está indicado para todas las farmacias. De hecho, todas las farmacias deberían tomar conciencia de la oportunidad que tienen de hacer esta labor. Estoy convencido de que la farmacia debe representar la primera respuesta ante la emergencia sanitaria.



¿Qué aspectos de la cara social de la farmacia crees que la pandemia provocada por la COVID-19 ha hecho desarrollar en la farmacia?

Han sido muchos los farmacéuticos que se han volcado y se han “buscado la vida” para ayudar y dar servicio a sus vecinos. Creo que ha activado a muchos de ellos. Con mucho estrés y tensión, eso sí. Pero sin duda hay que moverse, hay mucha necesidad y la farmacia tiene un gran potencial para impulsar ayudas para las necesidades sociales de su entorno.

¿Cómo puede implicarse una farmacia con lo que sucede en su barrio?

La farmacia conlleva muchísima gestión y apenas deja tiempo para organizar nada más, pero hay muchos farmacéuticos que quieren echar una mano a sus vecinos. Por eso nació farmaSOLIDARIA, para facilitar que una farmacéutica o farmacéutico que quiera ayudar pueda hacerlo, y nosotros le facilitamos todo el proceso. farmaSOLIDARIA es el medio para que la farmacia ayude a más personas de su barrio que necesitan ayuda, y que se logra gracias a la implicación y la ayuda de los clientes, pacientes y vecinos. Invito a los lectores a conocer más de esta iniciativa en nuestra web farmasolidaria.com

Estoy convencido de que la farmacia debe representar la primera respuesta ante la emergencia sanitaria

Patologías y síndromes estivales. Qué no olvidar en el consejo farmacéutico (1)

Eduardo Senante

Farmacéutico comunitario. Titular de la **Farmacia Senante**
(<https://farmaciasenante.com>)

El verano es una época propicia para cambiar (dentro de lo posible) nuestros hábitos: sol, mejor clima para estar al aire libre, más posibilidad de hacer planes diferentes... las vacaciones, los viajes de verano (en familia, en pareja, con amigos... o solos), la desorganización en los hábitos alimentarios, los excesos festivos... Es una época de disfrute y placer, pero también de búsqueda de nuevas sensaciones y retos. Y como todo cambio en la vida... puede tener sus consecuencias a nivel de salud.

La oficina de farmacia es, en muchos casos, el primer punto de contacto de la persona con el sistema sanitario para intentar solucionar o mitigar en lo posible las consecuencias negativas para nuestro organismo de dichos cambios o situaciones.

Vamos a hacer un repaso de los principales motivos de atención farmacéutica en la farmacia comunitaria en esta época del año:

Diarrea

¿Qué es?

Un aumento en la frecuencia y cantidad de heces debido a infecciones, alimentos en mal estado, enfermedades inflamatorias intestinales, algunos medicamentos, situaciones de estrés, etc.

Recomendaciones

En lo referente a las medidas higiénico-dietéticas, desde la oficina de farmacia haremos hincapié en la rehidratación y la prevención de la deshidratación (recomendaremos siempre tomar un suero de rehidratación oral). Debemos insistir en el hecho de que la costumbre extendida de tomar una bebida destinada a deportistas, en estos casos, no solo no va a mejorar la diarrea, sino que puede incluso empeorarla, debido a que el exceso de azúcar en estas bebidas produce lo que se denomina "diarrea





osmótica”, puesto que el exceso de glucosa en el intestino arrastra aún más agua el organismo y, con ello, aumenta el riesgo de deshidratación. En cambio, los sueros de rehidratación de farmacia tienen la cantidad exacta de agua, sodio, potasio y azúcar que el organismo necesita para recuperarse del cuadro diarreico.

Aconsejaremos acompañar dicha toma de suero de rehidratación con una dieta astringente, con una base de hidratos (arroz, puré de patatas y zanahorias, pan blanco tostado), pescado blanco o carne de ave cocidos o a la plancha, huevo pasado por agua, duro o en tortilla; y manzana asada, además de infusiones claras de té o manzanilla.

Debemos aconsejar al paciente que evite en lo posible las grasas, la fibra, el alcohol, el café y los dulces; frutas y verduras crudas; y bebidas refrescantes o muy frías. La leche y los derivados lácteos también deben evitarse, tolerándose el yogur natural y los quesos frescos.

Recomendaremos al paciente no tomar alimentos sólidos en las primeras horas. Superada esta primera fase, la dieta deberá ser sólida en pequeñas cantidades y siempre es interesante recomendar una suplementación C con probióticos (probióticos combinados con prebióticos sería la mejor opción para recomendar).

Como recomendaciones generales para el paciente y para todos los convivientes insistiremos en la necesidad de lavarse las manos con frecuencia (especialmente, tras ir al baño y antes de cocinar y comer).

Otra consulta que solemos recibir en la oficina de farmacia es qué recomendaciones seguir para evitar estas diarreas del viajero cuando vamos a viajar a otros países:

- Recomendaremos beber agua y bebidas embotelladas.
- Aconsejaremos no tomar bebidas con hielo, helados, alimentos poco cocinados y marisco.
- Recordaremos la necesidad de pelar la fruta antes de comerla.
- Beber siempre suero de rehidratación oral de farmacia de forma frecuente y a pequeños sorbos.
- Y siempre deben asegurarse de estar correctamente hidratados (alcanzando tres litros de líquido diarios).

Estreñimiento

¿Qué es?

La irregularidad en el tránsito intestinal es un incómodo síntoma que puede presentarse durante las vacaciones. Ello suele provocar pesadez de vientre, falta de apetito, dolor de cabeza y cambios de humor acompañados de irritabilidad.

La causa más común de este síntoma es el cambio de alimentación. La traducción nutricional es una disminución radical del consumo diario de fibra. Normalmente, pasamos de los 25-30 gramos de fibra que se deberían consumir cada día hasta cifras de entre los 5 y 14 gramos. Sobre todo, solemos disminuir la ingesta de la fibra de los vegetales como verduras, frutas y legumbres, que se encargan de prevenir que las heces sean duras y secas, mantengan su fluidez y faciliten su tránsito a través del tubo digestivo.

Por otra parte, aunque en verano se bebe más porque se suda más, normalmente tiramos de bebidas que contienen cafeína en su composición como colas, refrescos energéticos o café, así como las bebidas con alcohol, que no hidratan el organismo, al contrario, tienen un gran poder deshidratante.

Todo ello, junto con una disminución de la práctica regular de ejercicio físico debido al calor y junto con el hecho de que mucha gente se retraiga de defecar cuando se encuentra fuera de casa, hacen que el estreñimiento en verano sea uno de los motivos de consulta más frecuentes en la oficina de farmacia.

Recomendaciones desde la oficina de farmacia

- Recomendaremos ingerir 20-30 gramos de fibra al día (fruta, verdura, cereales integrales, legumbres, frutos secos...). Si ello no es posible o va a resultar complicado para el paciente, en la oficina de farmacia disponemos de numerosos complementos ricos en fibra.
- Aconsejaremos reducir el consumo de dulces, queso, carnes rojas y alcohol.
- Es importante también recordar que hay que intentar respetar los mismos horarios de comida y beber entre litro y medio y dos litros de agua al día, zumos de frutas o caldos de verduras.
- Recordar siempre al paciente que es fundamental educar al intestino intentando ir al baño todos los días a la misma





hora, durante el tiempo suficiente y adoptando una buena postura (idealmente en posición de cuclillas).

- Desde la oficina de farmacia podremos recomendar, además del ya mencionado uso de algún suplemento de fibra, el uso suplementos probióticos (si es asociado con prebióticos aún mejor), así como de ciertos preparados laxantes (bisacodilo, lactitol monohidrato, hidróxido de magnesio... así como opciones fitoterápicas como frángula, sen, cáscara sagrada, etc.) si fuera el caso necesario.

Quemadura solar

¿Qué es?

Es el enrojecimiento de la piel que ocurre después de la sobreexposición al sol o a otra luz ultravioleta. Los síntomas pueden incluir piel sensible y caliente al tacto, ampollas, reacciones graves (fiebre, escalofríos, náuseas o erupción cutánea) e, incluso, pelarse la piel en áreas quemadas.

Recomendaciones a realizar desde la oficina de farmacia para prevenir quemaduras solares

- Recomendaremos usar siempre fotoprotección alta (PFS 50+) aplicándola 30 minutos antes de la exposición solar, incluso en días nublados, y siempre recordando la necesidad de reaplicación cada dos o tres horas y siempre después de cada año o excesiva sudoración.
- Debemos insistir en que el paciente evite tomar el sol entre las 12 y las 4 de la tarde. Y más aún en zonas de gran altitud o del ecuador.
- Recomendar usar siempre ropa ligera de colores claros, gorra o sombrero, gafas con protección UV, etc.
- Es fundamental ayudar siempre desde la oficina de farmacia a elegir el factor de protección adecuado según el fototipo de piel (aunque a priori recomendaremos usar siempre FPS 50+) y la textura que más se adapte a sus necesidades. Insistiremos en que el protector solar debe ser aplicado generosamente en toda la zona expuesta al sol prestando especial atención a la cara, cuello, escote, orejas y empeine de los pies.

Recomendaciones para el tratamiento de las quemaduras solares

En el caso de que el paciente que acuda a la farmacia haya sufrido ya una quemadura solar, le recomendaremos tomar baños o

duchas frías con frecuencia para ayudar a aliviar el dolor. Tan pronto como salgan de la bañera o la ducha, deben secarse con palmaditas suaves, pero dejando un poco de agua en la piel. A continuación, recomendaremos aplicar una crema humectante tipo after sun con agentes calmantes y regenerantes como rosa mosqueta, pantenol, centella asiática, etc. para ayudar a calmar la piel quemada por el sol. Recomendaremos no tratar las quemaduras solares con productos con “-caína” (como benzocaína), ya que pueden irritar la piel o provocar una reacción alérgica.

También debemos aconsejar en estas situaciones beber más agua. Una quemadura solar atrae líquido a la superficie de la piel y lo aleja del resto del cuerpo. Beber más agua cuando se está quemado por el sol ayuda a prevenir la deshidratación.

Si se forman ampollas en la piel, el paciente deberá dejar que se curen. La piel con ampollas significa que tenemos una quemadura solar de segundo grado. No deben reventar las ampollas, ya que se forman para ayudar a que su piel sane y protegerlo de infecciones.

Problemas de circulación

¿En qué consisten?

Otro de los problemas habituales del verano son las varices. El calor provoca una vasodilatación en las venas que puede impactar sobre el retorno venoso y dar lugar a uno de los grandes enemigos estéticos del verano: las varices. Pero debemos tener siempre en cuenta que las varices pueden ser signo de un problema de salud mayor y conviene vigilarlas y cuidarlas... y, en caso necesario, acudir siempre a un médico.

Recomendaciones generales a realizar desde la oficina de farmacia

- Recomendaremos a la persona hacer ejercicio moderado, perder peso, no usar ropa ajustada, levantar las piernas y evitar períodos prolongados de pie o sentado, que le van a ayudar a aliviar el dolor y evitar que las venas varicosas empeoren.
- Recomendaremos refrescar las piernas (en la oficina de farmacia disponemos de distintos geles de piernas refrescantes que le ayudarán a conseguirlo).

- Aconsejaremos al paciente masajear las piernas si es posible con una crema venotónica (castaño de indias, árnica, hamamelis...) en el sentido del retorno venoso.
- En ciertos casos complementaremos esta actuación con el uso de venotónicos vía oral (diosmina, oxerutina, etc.).

Picaduras de insectos

¿En qué consisten?

En verano nos solemos encontrar con estos indeseables e incómodos inquilinos: mosquitos y otros insectos. A pesar de ello, forman parte de los ecosistemas terrestres y son una fuente principal de alimento para una amplia diversidad de animales.

Debemos prestar especial atención cuando viajamos a países donde exista alerta sanitaria por la transmisión de ciertas enfermedades (paludismo, fiebre amarilla...) por mosquitos u otros insectos.

Recomendaciones generales desde la oficina de farmacia para evitar picaduras de insectos

Normalmente, recomendaremos repelentes basados en IR3535 o DEET para reducir el riesgo de picaduras de estos insectos, aunque también existen otros muchos repelentes de insectos eficaces y disponibles en el mercado farmacéutico como icaridin, ftalatos, piretrinas y otros componentes de origen vegetal como extracto de Eucalyptus citriodora, citronela, aceite de soja, etc.

Recomendaciones post-picaduras desde la oficina de farmacia

- Si el paciente que acude a la farmacia ha sido mordido o picado por un insecto y tiene una sintomatología que consideremos que necesita de atención médica, derivaremos a la misma.
- En el caso de picaduras de abeja o avispas, recomendaremos quitar el aguijón. Las abejas y las avispas chaqueta amarilla son los únicos insectos que dejan un aguijón en la piel. Hay que raspar el área con una uña o una tarjeta de crédito para quitarla.
- No pellizcar el aguijón con los dedos ni con pinzas, ya que pueden inyectar más veneno.

Una quemadura solar atrae líquido a la superficie de la piel y lo aleja del resto del cuerpo. Beber más agua cuando se está quemado por el sol ayuda a prevenir la deshidratación

- En el caso de cualquier mordedura o picadura, recomendaremos siempre lavar la zona con agua y jabón suave.
- A la hora de tratar la picadura, lo primero de todo, hay que quitar cualquier joya apretada del área de la mordedura o picadura, puesto que podría ser difícil sacarla una vez que el área se hinche.
- Recomendaremos aplicar hielo de manera controlada durante 10 minutos y después retirarlo durante 10 minutos.
- Una pomada a base de antihistamínico puede ayudarnos siendo aplicada directamente en el lugar de la picadura. Las lociones de calamina también son otra opción muy recomendada para la actuación desde la oficina de farmacia en el tratamiento de una picadura.

Bibliografía

Diarrea

1. MedlinePlus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; c2009. Diarrea; 2020 Jun. 11 [citado 2020 Oct 28]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/diarrhea.html>
2. Faus Dáder, MJ, Gómez Martínez JC, Martínez F et al. Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores. Granada: Editorial Técnica Avicam; 2018.

Estreñimiento

3. MedlinePlus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; c2009. Estreñimiento; 2020 Sep. 14 [citado 2020 Oct 29]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/constipation.html>
4. Faus Dáder, MJ, Gómez Martínez JC, Martínez Martínez F et al. Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores. Granada: Editorial Técnica Avicam; 2018.

dico en Síntomas Menores. Granada: Editorial Técnica Avicam; 2018.

Quemaduras solares

5. MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina [Internet]. Medlineplus.gov. 2021 [citado 1 febrero 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003227.htm>
6. Asociación Americana de Dermatología - <https://www.aad.org/public/everyday-care/injured-skin/burns/treat-sunburn>

Problemas de circulación

7. Mayo Clinic - <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/varicose-veins/diagnosis-treatment/drc-20350649>

Picaduras de insectos

8. WebMD - <https://www.webmd.com/first-aid/insect-bites-and-and-stings-children>



**Programa
Formativo**
Medicamentos de
uso animal

1er Curso Online

Medicamentos de uso animal en la Farmacia Comunitaria

Del 20 sep al 20 dic 2021

Plazo de inscripción:
hasta el 13 de septiembre 2021

PROGRAMA⁽¹⁾

1. Medicamentos veterinarios vs. medicamentos humanos.
2. Farmacovigilancia de medicamentos veterinarios.
3. Formas farmacéuticas en veterinaria y particularidades en la administración de medicamentos.
4. Servicios profesionales farmacéuticos asistenciales.
5. Proyecto ESVAC. (European Surveillance Veterinary Antimicrobial Consumption).
6. Repercusión en la salud pública de la sanidad animal.

Acreditación pendiente de solicitud*

Cuota de inscripción: Colegiado: 30€ | No colegiado: 100€

¡Inscríbete!
Portalfarma.com

⁽¹⁾Pendiente solicitud de acreditación para farmacéuticos a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

Novedades en tipologías de vacunas

Sandra García Jiménez

Farmacéutica comunitaria. Experta en atención farmacéutica

Las **vacunas** son preparaciones antigénicas capaces de producir anticuerpos frente a un agente infeccioso, o una toxina producida por dicho agente, de tal forma que inducen una respuesta inmunitaria, pero no provocan la enfermedad infecciosa. La vacunación, por tanto, consiste en la inducción y producción de una respuesta inmunitaria específica protectora mediante la administración de una vacuna..

Las vacunas están constituidas principalmente por el antígeno o parte activa y un adyuvante. La parte activa es el agente infeccioso completo atenuado, material genético (DNA, ARNm) que da instrucciones a nuestras células para que se produzca una proteína viral, fragmentos del agente infeccioso, polisacáridos o proteínas de superficie y, en el caso de vacunas frente a toxinas, el agente activo será la toxina inactivada, que recibe el nombre de toxoide. El adyuvante es la fracción de la vacuna que actúa como modulador de la respuesta inmune que genera la parte activa, también puede estimular a células presentadoras de antígeno y producir citoquinas. Los adyuvantes más habituales son sales de aluminio, polímeros y emulsiones oleosas.

Las vacunas tienen que cumplir con una serie de características: ser altamente inmunogénicas, fáciles de administrar, no producir la enfermedad que pretenden prevenir, no tener efectos adversos o que estos sean lo más leves posibles, producir una protección duradera con el menor número posible de dosis, tener una potencia medible y ser más eficientes que el tratamiento, si existe, de la enfermedad que pretenden prevenir.

La inmunogenicidad hace referencia a la propiedad de las vacunas para inducir una respuesta inmunitaria detectable, es decir, alcanzar el nivel de anticuerpos suficientes para estar protegidos frente a la enfermedad para la cual nos hemos vacunado. La reactogenicidad se refiere a la

La respuesta frente a las vacunas se valora midiendo la aparición y concentración de anticuerpos específicos en el suero



seguridad de las vacunas y se mide en función de las reacciones adversas locales o sistémicas que la vacuna puede producir tras su administración.

La respuesta frente a las vacunas se valora midiendo la aparición y concentración de anticuerpos específicos en el suero. En el caso de algunas vacunas virales, como las de sarampión, rubeola y hepatitis B, la presencia de anticuerpos circulantes se correlaciona con la protección clínica. Aunque este

indicador ha servido como signo de inmunidad, la seroconversión sólo mide la parte humoral (linfocitos B, anticuerpos) de la respuesta inmunitaria. Se produce un fracaso secundario de la vacuna cuando un paciente con inmunidad previa adecuada pierde los anticuerpos identificables a lo largo del tiempo. Se ha empleado la valoración

de la persistencia de anticuerpos para determinar la duración de la inmunidad producida por la vacuna. Sin embargo, la ausencia de anticuerpos identificables puede no indicar falta de protección en el individuo.



¿Cuáles son los principales beneficios de las vacunas?

Las vacunas salvan vidas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, gracias a los programas de vacunación, se salvan entre dos y tres millones de vidas cada año. (1)

Las vacunas han permitido reducir la morbilidad asociada y aumentar la calidad de vida. Esto es especialmente importante en pacientes crónicos que son más susceptibles de desarrollar complicaciones derivadas. Son estos pacientes a los que nosotros, desde la oficina de farmacia, tenemos más fácil acceso. (2)

Las vacunas ofrecen protección no solo al que se vacuna, sino también al resto de la comunidad. Lo que se denomina inmunidad de grupo.

De forma indirecta, el uso de las vacunas reduce las resistencias antimicrobianas, ya que, al vacunarnos, evitamos la posible infección derivada de la complicación del agente causante, y su consiguiente tratamiento antibiótico. (3)

Nos ayudan a prevenir enfermedades relacionadas y algunos tipos de cáncer como, por ejemplo, la vacuna frente a la gripe confiere protección frente a otitis, la del sarampión frente a la disentería o la neumonía y, como es bien conocido, la vacuna del VPH (virus del papiloma humano) protege frente a distintos tipos de cáncer. (2)

La vacunación aumenta la esperanza de vida. Son seguras y sus riesgos serán menores a los beneficios aportados.

La vacunación es importante a lo largo de toda la vida, no acaba en la infancia. Un ejemplo claro lo tendríamos con la vacunación anual de la gripe estacional, en aquellos grupos de riesgo, o en la del herpes zoster, en mayores de 50 años. Inclusive, la vacunación en personas mayores de 65 años con vacunas antineumocócicas, que prevengan de complicaciones futuras.

Tipos de vacunas. Criterios de clasificación (tabla 1)

1. Tipo de Antígeno: bacterianas, víricas.

2. Composición:

- **Vacunas monovalentes.** Contienen un solo componente antigénico.
- **Vacunas polivalentes.** Contienen distintos tipos antigénicos de una misma especie, sin inmunidad cruzada entre ellos.
- **Vacunas combinadas.** Contienen una asociación de varios elementos antigénicos de distintas especies o microorganismos.

3. Metodo de obtención:

- **3.1. Completas:** contienen el agente infeccioso completo.
 - **3.1.a) Atenuadas.** Obtenidas a partir de microorganismos que han perdido su virulencia, pero que conservan su capacidad antigénica ya que son microorganismos vivos. La protección conferida es de larga duración. Inducen inmunidad celular y humoral. No requieren adyuvantes. Suelen ser más reactógenas.
 - **3.1.b) Inactivadas.** Obtenidas a partir de microorganismos muertos mediante procedimientos físicos o químicos. La protección conferida es de corta duración. Producen inmunidad celular. Sí requieren adyuvantes. Suelen ser menos reactógenas.
- **3.2. Incompletas:** contienen una parte del agente infeccioso.
- **3.2 Subunidades:** cuando contienen fracciones víricas o



bacterianas de distinta naturaleza (proteínas, polisacáridos) de diferentes partes del germen como, por ejemplo, la cápsida, la envoltura o la membrana.

- **3.2.1 Víricas:** contienen fragmentos específicos del virus en cuestión (gripe).
- **3.2.2 Bacterianas:** componentes de bacterias, generalmente, polisacáridos capsulares purificados, bien de forma aislada (neumococo) o conjugados con una proteína transportadora que aumenta su inmunogenicidad (vacunas conjugadas frente a neumococo, *Haemophilus influenzae* tipo b, meningococo C, meningococo ACWY).
La conjugación consiste en unir un polisacárido capsular bacteriano con una proteína. Esto permite mejorar la respuesta inmunológica al polisacárido de forma aislada (T-independiente, sin memoria inmunológica), pasando a generar una respuesta mucho más completa, timo-dependiente, con participación de los linfocitos T y B (de memoria).
- **3.2.3 Toxoides:** utilizan una toxina (producto nocivo) fabri-

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, gracias a los programas de vacunación, se salvan entre dos y tres millones de vidas cada año

cada a partir del germen que causa una enfermedad, de manera que la respuesta inmune va dirigida hacia dicha toxina en lugar de a todo el germen. Dichas toxinas se han modificado mediante calor y compuestos químicos para eliminar su toxicidad, conservando la capacidad inmunizante.

Nuevos tipos de vacunas (tabla 1)

Recombinantes

Se elaboran a partir de la clonación de genes que codifican proteínas antigénicas específicas en una célula huésped. En cuanto a la inmunogenicidad y reactogenicidad, se comportan como las vacunas inactivadas. La única limitación de estas vacunas es que posiblemente se necesiten vacunas de refuerzo para tener protección continua contra las enfermedades.

De ácidos nucleicos: DNA y RNAm

Vacunas constituidas por plásmidos o liposomas que contienen un trozo de ácido nucleico del coronavirus (ADN o RNAm) con la información genética para fabricar una proteína específica (generalmente, la proteína S). Las células humanas son las que producen copias de la proteína.

En las vacunas de ADN, la diferencia es que, en este caso, el transporte hasta las células no se realiza mediante nanopartículas lipídicas de RNAm, sino a través de una versión modificada de **un virus (vector) inofensivo para el ser humano.**

En la actualidad y gracias a los avances experimentados en las ciencias de la salud, podemos considerar a las vacunas como medicamentos biológicos eficaces y seguros. La mayoría de las vacunas pueden presentar algún tipo de reacción adversa, si bien es cierto que rara vez se consideran de carácter

grave. Existen en la actualidad diferentes procedimientos para detectar y evaluar las reacciones adversas a vacunas, que van desde los sistemas de vigilancia pasiva a los estudios epidemiológicos de casos y controles o de cohortes. Siempre se debe valorar la relación riesgo/beneficio en su administración.

Tabla 1 | Clasificación de las vacunas

VÍRICAS	Vivas atenuadas	Inactivas (muertas)
Virus enteros	Varicela Fiebre amarilla Polio oral Rubéola Parotiditis Sarampión Rotavirus Oral	Rabia Gripe Hepatitis A Polio IM Encefalitis japonesa
Subunidades		Gripe Hepatitis B
BACTERIANAS	Vivas atenuadas	Inactivas (muertas)
Células enteras	BCG (de Calmette-Guerin) Cólera oral Tifoidea oral	Cólera parenteral Tos ferina
Subunidades toxoides		Difteria Tétanos
Polisacáridos simples		Meningococo A, C y W Neumococo 23-valente
Conjugados		Hib Neumococo heptavalente
Acelulares		Tos ferina acelular

Es importante puntualizar que la relación temporal entre la administración de la vacuna y el evento adverso no implica una asociación causal (causa-efecto). Entre los eventos adversos que se pueden producir:

- **Reacciones locales:** como dolor, induración y enrojecimiento en la zona de administración de la vacuna. Suelen aparecer a las 48 horas tras la inyección y su naturaleza suele ser autolimitada. Son más frecuentes en vacunas inactivas, sobre todo, si tienen coadyuvantes.
- **Reacciones sistémicas:** como fiebre, malestar, dolor muscular o articular, dolor de cabeza, anorexia, convulsiones, etc. Son reacciones adversas de carácter muy variado, que suelen aparecer tras la administración de la vacuna. Su naturaleza suele ser leve. Son raras con las vacunas inactivadas y más frecuentes en vacunas vivas atenuadas.
- **Reacciones alérgicas:** pueden cursar con urticaria, rinitis, broncoespasmo o anafilaxia. Son causadas por el antígeno de la vacuna o cualquier otro componente de esta (conservante, estabilizante, antibiótico, etc.). Aunque son infrecuentes (<1/500.000 dosis), pueden ser fatales. Su riesgo se disminuye con una adecuada anamnesis de la persona a la que se le administrará la vacuna.

La teratogenia es una posibilidad siempre a tener en cuenta. Como norma general se recomienda no administrar vacunas en el primer trimestre del embarazo y, salvo excepciones, evitar la administración de vacunas atenuadas durante la gestación.

Un **calendario de vacunación** es una secuencia cronológica de las vacunas que se administran sistemáticamente a toda la población en un área geográfica determinada o en un país (tabla 2). En España, cada comunidad autónoma tiene su propio calendario de vacunación y decide qué vacunas son financiadas. Los calendarios de vacunación de las diferentes comunidades autónomas se sustentan en el propuesto por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aunque presentan diferencias entre sí, ya sea con relación a las bandas de edades en que se administran determinadas dosis, y, sobre todo, en la aplicación de algunas vacunas no incluidas en este calendario de vacunación, aunque desde la nueva actualización realizada en 2017 las diferencias son mínimas. En el caso de algunas vacunaciones administradas en la infancia, no presentan inmunidad duradera para toda la vida, por lo que se requieren dosis de refuerzo posteriores. En la edad adulta se recomienda una vacuna de recuerdo frente a difteria, tétanos y tos ferina cada 10 años. La vacuna frente a la gripe se re-

comienda a personas de 65 o más edad, enfermos crónicos y de riesgo; y personal esencial. En el caso de la vacuna frente al neumococo, en algunas comunidades autónomas se ha adoptado haciéndola coincidir con la vacunación antigripal (cuando corresponda) con el objetivo de asegurar una mejor cobertura en ambas. Desde la farmacia se debe proporcionar información relativa referente a estos calendarios, tanto en la edad infantil como en el adulto, además de comprobar el estado de vacunación de los pacientes y recordar la necesidad de acudir al centro sanitario para cumplimentar dichos calendarios, de forma que mejore su cobertura vacunal. Igualmente, el farmacéutico podría participar en el control y seguimiento de estos calendarios, pudiéndose contemplarse el envío de recordatorios sobre nuevas vacunas a recibir o dosis de refuerzo.

El farmacéutico comunitario es uno de los primeros profesionales sanitarios con los que se pone en contacto una persona, lo que ofrece una oportunidad extraordinaria para educar, informar y ampliar el acceso a servicios relacionados con la inmunización. El farmacéutico, además de participar principalmente en actividades relacionadas con la provisión, almacenamiento y dispensación segura de las vacunas ofreciendo información sobre este tipo de producto, debe educar a la población defendiendo la inmunización como medida de salud pública (2). En este sentido, mientras que para la población infantil sí que se entiende bien el riesgo que suponen las enfermedades infecciosas, de ahí las altas coberturas vacunales, para la población adulta la percepción riesgo es más limitada. Las causas son variadas, ya sea por desinformación, por la falta de información fiable y exacta, por falta de comprensión de la importancia de la vacunación, por miedo a los efectos adversos, por la creencia de que las vacunas no funcionan o que producen la enfermedad que pretenden evitar, por el miedo a las agujas, etc. De ahí la importancia de que el farmacéutico participe activamente en el proceso de vacunación, al ser uno de los profesionales sanitarios que genera mayor confianza. En este sentido, se ha constatado que la confianza entre el paciente y un profesional sanitario es uno de los factores que más peso tienen a la hora de influir en la administración de una vacuna.

Entre otras de las actividades a desarrollar, debe realizar un seguimiento farmacoterapéutico con la finalidad de detectar cualquier reacción adversa que pueda estar asociada con la administración de la vacuna (2). El farmacéutico, como personal sanitario implicado en la farmacovigilancia, notificará cualquier

sospecha de reacción adversa al Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano.

Cuando se vaya a dispensar una vacuna (figura 1) es fundamental identificar al usuario, debido a que existen especialidades con dosis y pautas diferentes en función de la edad. Está contraindicada la dispensación en caso de reacción anafiláctica anterior, hipersensibilidad a algún componente vacunal, enfermedad aguda grave con o sin fiebre y afectación del estado general; alteraciones inmunitarias (inmunodeficiencias, tratamiento inmunosupresor, radioterapia), embarazo, edad, administración conjunta de inmunoglobulina, sangre u otro producto con anticuerpos interferentes. En caso de embarazo, están contraindicadas las vacunas atenuadas.

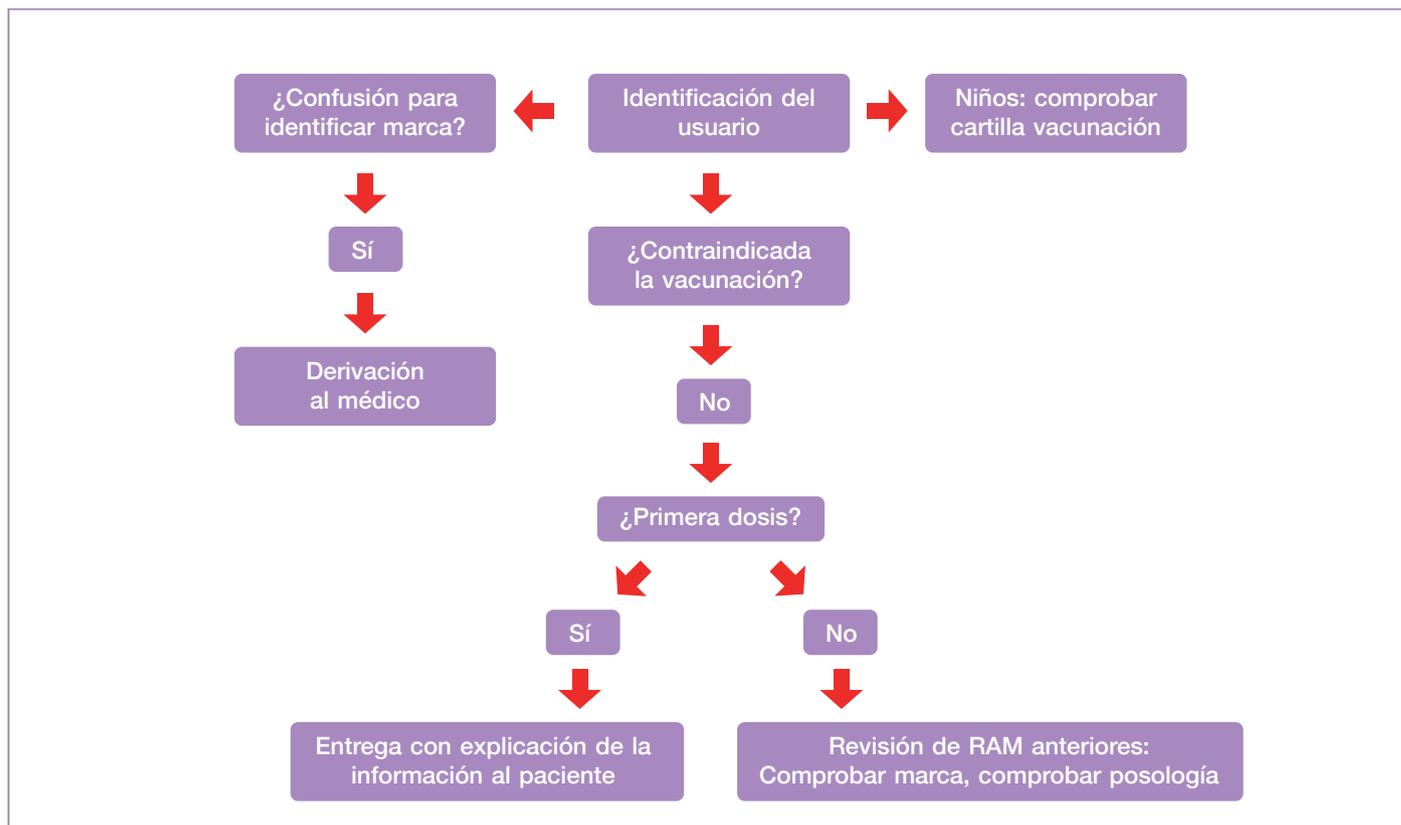
Se recomienda administrar una dosis de la vacuna de la tosferina entre la semana 28 y 32 del embarazo, independientemente de cuando se haya recibido la última dosis. Preguntaremos si es la primera vez que va a administrarse

esa vacuna a ese paciente. En caso afirmativo, debemos entregar al paciente información sobre precauciones y advertencias, posibles reacciones adversas, conservación, pauta posológica. Si ya se ha vacunado con esa vacuna, comprobar que es la misma especialidad que se dispensó anteriormente y la pauta posológica; confirmar si tuvo alguna reacción grave en dosis anteriores (si son graves, derivar al médico) y, si fueron leves, ofrecer recomendaciones para mejorar la sintomatología, verificar el estado de salud del paciente descartando situaciones de no administración de la vacuna y comprobar que la pauta posológica es correcta.

(1) Vacuna antihepatitis B (HB): tres dosis a los dos, cuatro y once meses (vacuna hexavalente). Se administrará vacuna dentro de las 24 h que siguen al nacimiento en hijos de madre portadora de AgHBs o con serología desconocida. Se continuará con vacuna combinada según calendario. En hijos de madre AgHBs positiva, además, se administrará Ig HB. A los niños y adolescentes no vacunados se les administrarán tres dosis de vacuna monocomponente según la pauta cero, uno y seis meses. AgHBs: antígeno de superficie virus de la hepatitis B. Ig HB: inmunoglobulina anti-hepatitis B.

(2) Vacuna frente a la difteria, el tétanos y la tosferina (DTPa/Tdpa). Cinco dosis: dos, cuatro y once meses, seis y entre 12-14 años. Los niños vacunados con pauta 3+1 recibirán sólo dTpa. Se administrará la vacuna combinada DTPa/VPI

■ **Figura 1.** Diagrama de Flujo: protocolo de dispensación y recomendación de vacunas.



Colegio de Farmacéuticos de Sevilla. Abril, 2016.

a los niños vacunados con pauta 2+1 cuando alcancen la edad de seis años (Año 2022). (d) Vacunar o completar vacunación en caso de no tener administradas cinco dosis durante la infancia y adolescencia. **Carga estándar:** (DTPa-VPI). **Baja carga antigénica de difteria y tosferina:** (Tdpa-VPI).

(3) Vacuna antipoliomielítica inactivada (VPI). Cuatro dosis: dos, cuatro y refuerzo a los once meses (hexavalente) y seis años (DTPa-VPI o Tdpa-VPI: tetravalente acelular). La hexavalente combina seis distintos antígenos y seis vacunas en una (HB, DTpa, VPI y Hib). Tetravalente acelular (combina Tdpa con VPI).

(4) Vacuna conjugada frente al *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib). Tres dosis: dos, cuatro meses y refuerzo a los once meses con hexavalentes. La vacuna recomendada es VNC13.

(5) Vacuna conjugada frente al neumococo (VNC). Tres dosis: dos, cuatro y once meses.

(6) Vacuna frente al rotavirus (RV). Dos o tres dosis: a los dos y tres-cuatro meses con la vacuna monovalente; o a los dos,

tres y cuatro meses o dos, cuatro y cinco-seis meses con la pentavalente. La pauta ha de iniciarse entre las seis y las doce semanas de vida (es muy importante para minimizar riesgos) y debe completarse antes de las 24 semanas en la monovalente y de las 32 en la pentavalente. El intervalo mínimo entre dosis es de cuatro semanas. Ambas vacunas se pueden coadministrar con cualquier otra.

(7) Vacuna frente al meningococo B (MenB). Tres dosis: a los dos meses de edad, con dos dosis separadas por dos meses y un refuerzo a partir de los 12 meses, siempre que hayan pasado, al menos, seis meses de la última dosis de primoinmunización. Se puede coadministrar con las otras vacunas del calendario, aunque podría producir más fiebre; por lo que también se podría aplicar con una separación de una o dos semanas con las otras vacunas inactivadas inyectables, hasta los 12 meses, para minimizar su posible reactogenicidad. También se recomienda a cualquier edad en grupos de riesgo.

(8) Vacuna conjugada frente al meningococo C (MenC) y vacuna frente a los meningococos ACWY (MenACWY). Una

Tabla 2 | Calendario de vacunación infantil en España

Vacunas	Edad en meses						Edad en años				
	2	4	6	11	12	15	4	6	12	14	15-18
Hepatitis B (1)	HB	HB		HB							
Difteria-Tétanos y pertussis (2)	DTPa	DTPa		DTPa				DTPa	Td(pa)		Td
Poliomielitis (3)	VPI	VPI		VPI				VPI			
Haemophilus influenzae b (4)	Hib	Hib		Hib							
Neumococo conjugado 13v (5)	VNC	VNC		VNC							
Rotavirus (6)	RV	RV	(RV)								
Meningococo B (7)	MenB	MenB			MenB						
Meningococo C/ACWY (8)		MenC			Men ACWY				Men ACYW		
Sarampión-Parotiditis-Rubeola (9)					TV		TV				
Varicela (10)						VZ	VZ				
Virus del papiloma humano (11)									VPH		
Gripe (12)											

Fuente: <https://www.vacunasaeop.org/profesionales/calendario-de-vacunaciones-de-la-aep-2021>

dosis de vacuna conjugada MenC-TT a los cuatro meses de edad. A los 12 meses y a los 12-14 años se recomienda una dosis de la vacuna MenACWY, aconsejándose un rescate progresivo hasta los 18 años de edad. En CC. AA. donde no está incluida a los 12 meses la vacuna en calendario sistemático, si los padres deciden no administrar MenACWY, deberá aplicarse la MenC-TT financiada por su comunidad.

(9) Vacuna frente al sarampión, la rubeola y la parotiditis (TV). Dos dosis de vacuna sarampión, rubeola y parotiditis (triple vírica). La primera a los 12 meses y la segunda a los tres-cuatro años de edad. La segunda dosis se podría aplicar en forma de vacuna tetravírica (SRPV) junto con varicela.

(10) Vacuna frente a la varicela (VZ). Dos dosis: la primera a los 15 meses (también es aceptable a los 12 meses de edad) y la segunda a los tres-cuatro años. La segunda dosis se podría aplicar en forma de vacuna tetravírica (SRPV).

(11) Vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH). Vacunación sistemática universal frente al VPH, tanto de chicas como de chicos, a los 12 años, para prevenir los cánceres

relacionados con este virus. Dos dosis (cero y seis meses) entre nueve y 14 años (bivalente y nonavalente).

(12) Gripe. Vacunas trivalentes y tetravalentes inactivadas procedentes de cultivos en huevos de gallina embrionados (menos de seis meses). Vacuna tetravalente de cultivos celulares a partir de los dos años. Se recomienda su uso en niños a partir de seis meses y adolescentes pertenecientes a grupos de riesgo.

Fuentes

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Semana Mundial de la Inmunización: 24-30 de abril de 2017. [Internet]. Abril 2017 [citado 9 nov 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/campaigns/immunization-week/2017/es/>.
2. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). Punto Farmacológico 124: Inmunización y farmacia comunitaria. [Internet]. Abril 2018. Disponible en: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/comunicacionesprofesionales/informes-tecnico-profesionales/Documents/Informe-Inmunización-Farmacia>.
3. Asociación Española de Pediatría (AEP). Mitos y falsas ideas. Comité Asesor de Vacunas (CAV). [Internet]. Mayo 2020 [citado 9 nov 2020]. Disponible en: <https://vacunasaeop.org/familias/mitos-y-falsas-ideas>.
4. Fernando Plaza, Alicia Mainou, Carlos Mainou. Vacunación infantil. Revisión. Farmacia profesional. Elsevier. Vol.22.núm 9. Páginas 42-45 (octubre 2008)



Every single
day is about
***Changing
tomorrow.***

Estamos comprometidos en dar respuesta a las necesidades no satisfechas de los pacientes, a través de nuestra experiencia en oncología, urología y trasplante.

Mediante técnicas de investigación innovadoras avanzamos en otras áreas terapéuticas, incluyendo neurociencia, oftalmología, nefrología, salud de la mujer, inmunología y enfermedades musculares.

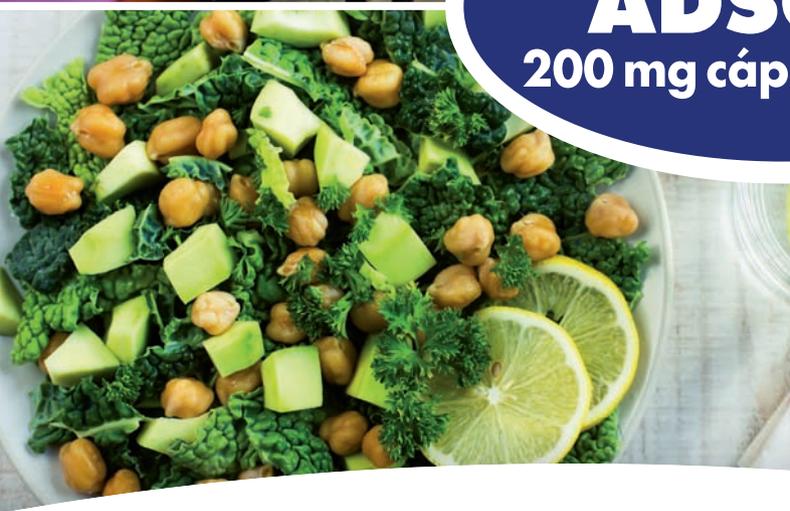
Nuestra responsabilidad es transformar la innovación científica en valor para nuestros pacientes.

Más información sobre nosotros en:
www.astellas.com/eu
www.astellas.com/es

 **astellas**
Changing tomorrow



**ULTRA
ADSORB**
200 mg cápsulas duras



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

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



ANTIDIARREICO / ANTIFLATULENTO

Lea las instrucciones de este medicamento y consulte al farmacéutico.



LAINCO, S.A.

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