

# *Fármacos*

*Boletín electrónico latinoamericano para fomentar  
el uso adecuado de medicamentos*

<http://boletinfarmacos.org>

Volumen 3, número 1, enero 2000

**Fármacos** es un boletín electrónico de la Red de Investigadores y Promotores del Uso Apropiado del Medicamento en América Latina (RUAMAL) que se publica el 15 de febrero y 15 de septiembre en la página del Web [www.boletinfarmacos.org](http://www.boletinfarmacos.org)

**Co-Editores:**

Núria Homedes, EE.UU.  
Antonio Ugalde, EE.UU.

**Editores Asociados:**

Enrique Fefer, OPS, Washington D.C.  
Hector Guiscafré, México  
Oscar Lanza, Bolivia  
Roberto López-Linares, Perú  
Patricia Paredes, EE.UU.  
Perla Mordujovich, Argentina

**Productor Técnico:**

Benjamin Nájera

**Sección Revista de Revistas a cargo de:**

Núria Homedes  
Perla Mordujovich  
Patricia Paredes  
Antonio Ugalde

**Sección Bibliográfica a cargo de:**

Antonio Ugalde

**Fármacos** solicita artículos que presenten resultados de investigaciones, noticias y comunicaciones sobre diferentes aspectos del uso adecuado de medicamentos; prácticas cuestionadas de promoción de medicamentos; políticas de medicamentos; y prácticas recomendables. También publica noticias sobre reuniones, congresos, talleres que se vayan a celebrar o se hayan celebrado sobre el uso adecuado de medicamentos. **Fármacos** incluye una sección bibliográfica de libros.

Los materiales que se envíen para publicarse en el número de febrero deben ser recibidos en correo electrónico como *attachments*, a ser posible en formato RTF antes del 10 de enero, para el número de septiembre antes del 10 de agosto.

Por favor, escriban los nombres de los medicamentos genéricos con minúscula y los nombres comerciales con mayúscula.

Para incluir información en el Boletín envíe sus contribuciones preferentemente por vía electrónica a Núria Homedes ([nhomedes@utep.edu](mailto:nhomedes@utep.edu)) en Word 97 o en formato rtf. Se prefiere también puede enviarnos su contribución archivada en diskette a la siguiente dirección:

Núria Homedes  
1100 North Stanton Suite 110  
El Paso, Texas 79902.  
Teléfono: (915) 747-8508  
Fax: (915) 747-8512  
Dirección electrónica: [nhomedes@utep.edu](mailto:nhomedes@utep.edu)

# Fármacos

Índice, Volumen 3, Número 1, 15 de enero del 2000

<b>VENTANA ABIERTA</b>	
La publicidad, la promoción de los medicamentos y la ética médica	1
<b>COMUNICACIONES</b>	
El médico debe prescribir con calidad	4
La globalización y automedicación responsable	5
Automedicación responsable en México	5
Abusiva y engañosa denominación de las bebidas dizque “energéticas”	6
Thimerosal en las vacunas: una declaración conjunta entre la academia de pediatría y el servicio de salud pública de EE.UU.	7
<b>NOTICIAS</b>	
Segundo curso latinoamericano de enseñanza racional	8
Solicitud de propuestas	8
Creada la red Panamericana de armonización de la reglamentación farmacéutica	9
Uso apropiado de inyecciones	10
Reunión internacional sobre el impacto de OMC/TRIPS en el acceso a medicamentos	10
Becas para asistir a congresos	11
Programa para control de inventario	11
En España el Prozac arrasa pese a que existen 7 genéricos	11
Un informe advierte sobre el rápido aumento de la resistencia a los antibióticos	13
Adición, efectos intensos y reacciones adversas, la cara oculta de plantas par conciliar el sueño	13
La cuarta parte de los medicamentos consumidos en Francia son ineficaces según un informe oficial	14
La intimidad alienta el uso de farmacias “on-line”	14
Farmaindustria pagará el próximo año a Sanidad la mitad de lo que se pedía	14
Vitamina A y desarrollo	15
Asma maltratada	15
Asma y leche materna	15
El consumo de medicamentos genéricos sólo supone el 1,7% del gasto público farmacéutico	15
Antidepresivos, ansiolíticos y preventivos del cáncer de mama	16
El 30% de las atenciones de urgencias se deben al mal uso de los medicamentos	17
<b>INVESTIGACIONES EN AMÉRICA LATINA</b>	
Estudio de hábitos de prescripción de medicamentos en servicios de salud del hospital de clínicas de la ciudad de La Paz, Bolivia	18
Perfil de consumo de medicamentos en la ciudad de Quito, Ecuador	20
<b>MEDICAMENTOS CUESTIONADOS</b>	
Fármacos para infecciones graves, Trovafloxacino y Alatrofalxino causan daños hepáticos	24
Riesgo de embolia en las píldoras de tercera generación	24

Serios efectos adversos de medicamentos por la obesidad	24
Flunitrazepan	25
Retiro de antipsicóticos en Pakistán	25
La FDA se manifiesta en contra de la utilización de plata como coloide para los medicamentos de venta libre	26
Canadá retira del mercado el pemoline (Raxar)	26
<b>PRÁCTICAS CUESTIONADAS DE USO Y PROMOCIÓN DE MEDICAMENTOS</b>	
Graves negligencias en el uso de antibióticos: la automedicación, la excesiva prescripción y el descontrol en la ganadería multiplican las resistencias bacterianas	27
Riesgos para la salud para los transexuales que se automedican	28
La secretina no resulta eficaz para tratar a niños autistas	29
La patente de Claritin costará miles de millones a los consumidores	29
<b>PRÁCTICAS RECOMENDABLES</b>	
Dos nuevos fármacos para la rehabilitación de alcohólicos	31
Tratamiento de la tuberculosis con combinación de 4 medicamentos a dosis fijas	31
El tratamiento de la otitis media aguda	32
<b>POLÍTICAS DE REGULACIÓN DE MEDICAMENTOS</b>	
Miembros de Public Citizen están trabajando para hacer los precios de los medicamentos asequibles	34
En EE.UU. un proyecto de ley negará información a los pacientes sobre los riesgos de los medicamentos	34
Un proyecto de ley en EE.UU. para conseguir la igualdad de los precios de los medicamentos podría ahorrar miles de millones a los consumidores	35
El estado español solo financia 3 píldoras anticonceptivas anticuadas y de poco uso	35
<b>REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE TÍTULOS RECIENTES</b>	
Herbal Therapy: Medicinal Plants and Natural Products: An IPA Compilation	37
Buenas Prácticas de Prescripción	37
The Use of Essential Drugs: Eighth Report of the WHO Expert Committee	37
Quality Control Methods for Medicinal Plant Materials	37
WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparation	37
WHO Monograph on Selected Medicinal Plants	37
Access to Experimental Drugs and Terminal Illnesses: Ethical Issues	37
Herbal Medicinals: A Clinicians' Guide	37
<b>REVISTA DE REVISTAS</b>	
<b>Resúmenes</b>	

<p><b><i>Propuesta de un formulario abierto para un programa de atención médica dirigida en México</i></b>  Comité Terapéutico y Farmacológico de México  Salud Pública México 1999;41:27-41</p>	38
<p><b><i>Susceptibilidad y resistencia a insecticidas de los vectores de la enfermedad de Chagas</i></b>  Zerba E.N  Medicina (Buenos Aires) 1999, 59(Supl.II):41-46</p>	38
<p><b><i>Efecto de la suplementación con hierro y su frecuencia en gestantes</i></b>  Pita Martín de Portela, ML Langini SH, Fleischman S, García M, López L, Guntin R, Ortega Soler CL  Medicina (Buenos Aires) 1999; 59: 430-436</p>	38
<p><b><i>Tratamiento de la infección por Trypanosoma cruzii, en fase indeterminada: Experiencia y Normatización actual en Argentina</i></b>  Sosa Estani S. y Segura EL  Medicina.(Buenos Aires) 1999; 59 (Supl. 11): 166-170</p>	39
<p><b><i>Características clínico-microbiológicas de la meningitis por Streptococcus pneumoniae resistente a la penicilina</i></b>  Cómez-Barreto D, Calderón-Jalmos E, Rodríguez RS, Espinosa de los Monteros LE, Juárez M  Salud Pública México 1999; 41:397-404</p>	39
<p><b><i>Estudio descriptivo del uso de fármacos en un hospital neuropsiquiátrico</i></b>  Cermignani CE, Escudero MG, Rodríguez J y Buschiazzo HO  Medicamentos y Salud 1998; 2(3) 111 -120</p>	40
<p><b><i>Corticoides inhalados y educación para el asma</i></b>  Gómez Tejada RA , Finkelstein CN y Gene RJ  Medicina (Buenos Aires) 1998, 58: 692-698</p>	40
<p><b><i>Introducción de la vacuna conjugada contra Hib en Chile y Uruguay</i></b>  Landaverde M, Di Fabio JL Ruocco G, Leal I y de Quadros C  Rev Panam Salud Pública 1999; 5(3) 200-206</p>	41
<p><b><i>Antimicóticos imidazólicos y embarazo</i></b>  Rodríguez-Pinilla E, Mejías C, Pavón MT y Martínez Frías ML  Prog Obstet Ginecol 1999; 42:359-364</p>	41
<p><b><i>Prescripción antibiótica en las infecciones respiratorias agudas del adulto: su variabilidad e idoneidad en diez hospitales españoles</i></b>  Inglada Galiana L, Eiros Bouza J M, Ochoa Sangrador C, Vallano Ferraz A, Armadans Gil L, Vidal Bugallo J B, Artero Mora A, Ruiz Cantero A, Cerdá Mota T, Lázaro Asensio A, Martínez López A y Guerra Romero L  Rev Clin Esp 1999; 199(2):59-65</p>	41
<p><b><i>Enfoque Racional de la Terapéutica. Algunas sugerencias al prescriptor</i></b>  Mordujovich de Buschiazzo P y Buschiazzo HO  Medicamentos y Salud 1998; 2:3,131-135</p>	42

<p><b><i>Vigilancia de la resistencia a los antibacterianos en Argentina. Programa WHONET, 1995-1996</i></b>  Alicia Rossi, Marta Tokumoto, Marcelo Galas, Rolando Soloaga, Alejandra Corso y Red Nacional de Laboratorios que participan en el Programa WHONET  Rev. Panam Salud Pública, 1999, 6(4): 234-241</p>	43
<p><b><i>Programa de detección de fallas de calidad en los medicamentos comercializados</i></b>  Sin autor  Rev. Panam Salud Pública, 1999, 6(3): 211-214</p>	43
<p><b><i>¿Es la primaquina útil y segura como medicamento antimalárico y verdaderamente merontocida exo-eritrocítico, hipnozoitocida y gametocitocida?</i></b>  López-Antuñano F.J  Salud Pública México 1999, 41(5):410-419</p>	43
<p><b><i>El cinc y su efecto sobre la duración de la diarrea persistente</i></b>  Penny ME, Peerson JM, Marin RM, Duran A, Lanata CF, Lonnerdal B, Black RE, Brown KH. (Randomized, community-based trial of the effect of zinc supplementation, with and without other micronutrients, on the duration of persistent childhood diarrhea in Lima, Perú.)  J Pediatr 1999; 135:208-217</p>	44
<p><b><i>Inyecciones peligrosas en el mundo en desarrollo y propagación de patógenos transmitidos por la sangre: revisión (Unsafe injections in the developing world and transmission of bloodborn pathogens: a review)</i></b>  L. Simonsen, A. Kane, J. Lloyd, M. Zaffran, and M. Kane  Bulletin of the World Health Organization 70, no. 10 (1999): 789-798</p>	44
<p><b><i>Transmisión del VHB, el VHC y VIH a través de inyecciones peligrosas: un modelo basado en estimados regionales (Transmission of hepatitis B, hepatitis C and human immunodeficiency viruses through unsafe injections in the developing world: model-based regional estimates)</i></b>  A. Kane, J. Lloyd, M. Zaffran, L. Simonsen, y M. Kane  Bulletin of the World Health Organization 77 no. 10 (1999): 801-807</p>	45
<p><b><i>El costo de inyecciones peligrosas (The cost of unsafe injections)</i></b>  M. A. Miller y E. Pisani  Bulletin of the World Health Organization 77, no. 10 (1999): 808-811</p>	45
<p><b><i>Jeringas esterilizables: ¿riesgo excesivo o alternativa rentable? (Sterilizable syringes: excessive risk or cost-effective option?)</i></b>  A. Battersby, R. Feilden, y C. Nelson  Bulletin of the World Health Organization 77, no. 10 (1999): 812-819</p>	46
<p><b><i>Inyecciones intramusculares innecesarias para niños en el Africa subsahariana. Una patología poco conocida: las complicaciones que siguen a las inyecciones intramusculares de quinina (Les injections intramusculaires chez l'enfant en Afrique subsaharienne, a propos d'une pathologie souvent méconnue: les complications liées aux injections intramusculaires de quinine)</i></b>  H. Barennes  Bulletin Soc Pathol Exot 92, no. 1 (1999): 33-37</p>	47

<p><b><i>Racionalidad en las recetas farmacéuticas en los centros rurales de salud in Burkina Faso (Rationality of drug prescriptions in rural health centers in Burkina Faso)</i></b>  G. Krause, M Borchert, J. Benzler, R. Heinmuller, I. Kaba, M. Savadogo, N. Siho y H.J. Diesfeld  Health Policy and Planning 14, no. 3 (1999): 291-298</p>	47
<p><b><i>Número de niños en escuelas públicas que reciben medicación para la condición de atención deficitaria por hiperactividad (The extent of drug therapy for attention deficit-hyperactivity among children in public schools)</i></b>  Gretchen B. LeFever, Keila V. Dawson, y Ardythe L. Morrow  American Journal of Public Health 89, no 9 (1999): 1359-1364</p>	47
<p><b>Globalización, precios de medicamentos y políticas sanitarias en Sudáfrica: enfrentándose a las presiones de las industrias farmacéuticas y los políticos de los EE.UU. (Globalization, pharmaceutical pricing and South African health policy: managing confrontation with U.S. firms and politicians)</b>  Patrick Bond  International Journal of Health Services 29, no. 4 (1999)  <a href="http://aidc.org.za/archives/pbond_pharmaceutical_pricing.html">http://aidc.org.za/archives/pbond_pharmaceutical_pricing.html</a></p>	48
<p><b><i>El impacto en la calidad y accesibilidad a los servicios de salud de las actividades económicas informales de los trabajadores del sector público de salud de Uganda (Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care)</i></b>  Barbara McPake, Delius Asiimwe, Francis Mwsigye, Mathias Ofumbi, Lisbeth Ortenblad, Pieter Streefland, y Asaph Turinde  Social Science and Medicine 49, no. 7 (1999): 849-865</p>	48
<p><b><i>Revisión de la evidencia científica de las implicaciones clínicas y económicas de la resistencia bacteriana a la vancomicina.</i></b>  Aymerich, M., A. García-Altés, y A. J. Jovell  AATM breus, Mayo de 1999</p>	49
<p><b>Índices</b></p>	
<p>Prescrire Internacional, Octubre 1999, Vol 8 (43)</p>	50
<p>Prescrire Internacional, Diciembre 1999, Vol 8 (44)</p>	50
<p>Revista Panamericana de Salud Pública: Información Farmacología 1999, 6 (1)</p>	50
<p>Revista Panamericana de Salud Pública: Información Farmacología 1999, 6 (4)</p>	51
<p>Mediamentos y Salud, 1998, Vol 2 (3)</p>	51
<p><b>INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES DE ARTÍCULOS</b></p>	53

# Ventana Abierta

## LA PUBLICIDAD, LA PROMOCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS Y LA ÉTICA MÉDICA

Arturo Lomelí

Hace algunos años la publicación "Multinational Monitor", del grupo de Ralph Nader, denunció que la comercialización irresponsable de medicamentos es causa en el mundo de 12 a 16 millones de casos anuales de daños iatrogénicos, de los cuales se estima que un millón termina en la muerte de los pacientes. Todo ello podría ser en gran medida evitado si la comercialización de los fármacos estuviera sujeta a estrictas normas éticas.

Es evidente que la industria ha explotado muy eficientemente la popular idea que dice que *"la salud no tiene precio"* y por ello no es de extrañar que las empresas farmacéuticas registren los más altos índices de rentabilidad de todo el mundo. Tienen márgenes de ganancias que van del 27% al 43%. El sector industrial que le sigue más de cerca es el de la electrónica con márgenes que van desde el 4.4% hasta el 21.5%. Una significativa porción de sus ganancias se deriva de sus ventas en los países en desarrollo. Sus enormes ganancias le facilitan que pueda destinar entre 20 y 40% de su presupuesto a sus gastos de publicidad y promoción.

Durante la última década la publicidad masiva de los medicamentos se ha extendido en forma espectacular. No hay medio de comunicación que no de cabida a diversas formas de publicidad y promoción de numerosas especialidades farmacéuticas. Particularmente en la poderosa y omnipresente TV proliferan hoy en día los anuncios de analgésicos y alivadores, antigripales, antidiarreicos, antitusivos, antibacterianos, fungicidas, adelgazantes, anticelulíticos, antihistamínicos, anorexígenos, antiácidos, antiasmáticos, antimicóticos, energéticos, antidepresivos, antihelmínticos, antiinflamatorios, broncodilatadores y anticongestivos, preparaciones dermatológicas y contra hemorroides, laxantes, oftalmológicos, relajantes musculares, vitaminas, minerales y complementos alimenticios. La tendencia mundial de la industria es ampliar cada día más el número de medicamentos de venta libre (OTC) con los cuales la industria se siente libre para publicitarlos y promocionarlos de manera indiscriminada y sin más límite que la "creatividad" de sus publicistas, en el caso de México sin importarles que violen lo dispuesto en el artículo 50 y 51 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Publicidad, ya que casi invariablemente sus mensajes publicitarios no son claros ni

concisos, no expresan las precauciones y contraindicaciones, los presentan como soluciones definitivas a determinados padecimientos, promueven muy activamente el consumo de los medicamentos y hasta llegan a omitir la advertencia: "Consulte a su médico".

En sus afanes de promoción las empresas farmacéuticas es frecuente que obsequien muestras médicas al público consumidor como si se tratara de caramelos, o que los incluyan en algunas revistas para la mujer o para el hogar. Incluso algunos han asociado su publicidad y promoción a regalos y obsequios de viajes o boletos para el fútbol.

### ***La publicidad disfrazada de "información" o "notas informativas"***

Con un entusiasmo digno de mejor causa desde hace más de una década las empresas farmacéuticas recurren a la inserción, en periódicos y revistas de gran circulación, de seudo "notas informativas", artículos "científicos" o de "divulgación", que en realidad no son más que publicidad de un medicamento. En un análisis hecho por la Asociación Mexicana para la Defensa del Consumidor (AMEDEC) durante sólo un mes en dos diarios de gran circulación nacional, detectamos 45 notas de este naturaleza, en ocasiones aparecen hasta 3 o 4 en el mismo diario el mismo día. Mediante estas inserciones se alienta la automedicación de multitud de fármacos, ya sean de venta libre o que requieran receta médica, que da lo mismo, dadas las prácticas de venta prevalecientes. Destacaron en dicho análisis medicamentos para el sarampión, tuberculosis, osteoartritis, vaginosis bacteriana, osteoporosis, hepatitis, calvicie, alergias, migrañas, ciática, aterosclerosis, diabetes, infarto al miocardio, diferentes clases de infecciones, herpes, SIDA, rinitis, tabaquismo, sinusitis, otitis, ansiedad, depresión, trombosis, hipertensión, afecciones oftálmicas, avitaminosis, etc. En realidad estas notas a través del tiempo incluyen una larguísima lista de padecimientos y especialidades farmacéuticas y hasta la primera plana se cuelan anuncios disfrazados que nos dicen, por ejemplo, que la vitamina E "alarga la vida" o que la C es "excelente para combatir las consecuencias de la contaminación ambiental". En una nota intitulada "El nuevo rostro de la depresión" se invita a los lectores a estudiar la "conveniencia" de un antidepresivo para niños y adultos. Incluso ya en el extremo se ha pretendido desacreditar la venta de



medicamentos genéricos y se afirma que "la amenaza de los genéricos hace perder la fe en la humanidad...". Se citan a "expertos", se redacta en estilo "científico", se recurre a "testimonios" de médicos y especialistas pagados, o a "consumidores agradecidos". En otras ocasiones se usa el gancho de la "actualidad", "lo último en terapéutica", para anunciarnos medicamentos que tienen ya varios años en el mercado. No hay día en el que no se publique una nota. Lamentablemente tales notas son casi siempre engañosas porque soslayan inconvenientes, peligros, reacciones adversas, contraindicaciones y por supuesto constituyen una flagrante violación en México a la Ley de Salud, a su Reglamento, al Código de Ética de la Publicidad y a la Ética periodística. Pero más aun, desde el punto de vista de la salud pública son un atentado, ya que ponen en grave riesgo la vida y la salud de los lectores incautos que así ven fuertemente motivado su interés por autodiagnosticarse y recetarse numerosos medicamentos que requieren receta médica.

### ***Peligrosa seducción a base de regalos***

En diciembre de 1990 un Comité del Senado norteamericano condenó las prácticas de los laboratorios farmacéuticos que estimulaban a los médicos con regalos para incrementar las ventas de sus productos. Entonces se puso en evidencia que los invitaban a cenar y a conversar sobre sus nuevos productos, por lo cual los recompensaban con sumas entre 100 y 200 dólares, o con viajes aéreos cuyo kilometraje dependía de la cantidad de prescripciones. Unos años más tarde, en 1992, el grupo de Ralph Nader "Public Citizen Health Research Group", presentó un documento al Departamento de Salud de los Estados Unidos, titulado "Promoción de medicamentos a través de regalos", en el que se detallan los obsequios que las empresas ofrecen a los médicos. En esta investigación se detectó que el 83% de los médicos estudiados recibió ofertas de regalos o pagos de las empresas. A 28% se les ofreció dinero, el valor promedio de los regalos o donativos que se ofrecieron a cada uno de los médicos fue de 727 dólares. Un 27% de los galenos recibieron regalos y actuaron indebidamente, según la Asociación Médica Americana. Al 51% de los médicos se les ofrecieron muestras médicas para su uso personal o el de su familia. Al 37% se les ofrecieron comidas y bebidas 8 veces al año. 6% de ellos recibieron boletos de avión y estancias en lugares de diversión. Al 94% que prescribieron más de 50 recetas a la semana, se les ofrecieron regalos y donaciones. Este estudio fue realizado por la Asociación Médica Americana y la Asociación de Fabricantes de Medicamentos y se llevó a cabo justo cuando se aprobó un Código de Ética Médica. Obvio, en países en desarrollo como el nuestro los médicos se conforman con sumas mas reducidas y desgraciadamente es frecuente que se les provea con medicamentos que ellos mismos llegan a

vender, reciben regalos, "premios" y dádivas relacionadas con la prescripción, financiamientos hasta del 100% de los gastos de cursos y publicaciones, pagos de viáticos y se practican "investigaciones" influidas por los propios laboratorios. Numerosos congresos, simposios y reuniones médicas son totalmente patrocinadas por un laboratorio en particular, por lo cual esa empresa se permite promover abiertamente sus marcas. Por todo ello no es de extrañar que muchos médicos poco a poco y a veces hasta sin darse cuenta, se encuentren convertidos en propagandistas y agentes de las empresas, cerrándose a todo espíritu crítico con respecto a la ampliación irracional de las indicaciones y a las severas reacciones secundarias que son minimizadas. Todas estas prácticas también son la causa de que algunos médicos en lugar de buscar actualizarse o informarse en publicaciones médicas independientes, tengan como costumbre enterarse sólo a través de folletos y publicidades dirigidas a ellos.

### ***Recordando a Orwell (1984) o la inicua explotación a través de la informática***

Desde principios de los 90s diez laboratorios se reunieron para poner en marcha el más sofisticado sistema de "educación" para médicos que se tenga noticia. Efectivamente, Lilly, Searle, Roche, Pfizer, Smith Kline, Beckman, Squibb, Bristol Myers, Rorer, Stuart (ICI), y Syntex fueron los organizadores del "Consultorio Médico Computarizado" (Physician Computer Network's System o PCN System), por el cual se busca manipular integralmente la prescripción de los médicos, encarrilándola por las vías que en conjunto trazan los laboratorios y que se les señala subliminalmente. Este "pool" ofrece a los médicos elevar su estatus instalando, gratuitamente, en su consultorio una terminal de computadora, con su impresora y la provisión de papel y consumibles, con todo el software, el entrenamiento y mantenimiento del equipo. A cambio los médicos deben entregar "inocentes" respuestas a 10 casos clínicos presentados mensualmente en la pantalla por el grupo de laboratorios. Adicionalmente los médicos deben recibir y contestar 32 mensajes promocionales de diferentes medicamentos cada mes. Estos mensajes tienen preguntas clínicas que el médico se ve inclinado a responder a favor de los laboratorios. Así el medico se ve motivado a recetar los medicamentos del pool. La otra intención es que el sistema se convierta en la única ventana de información médica de los profesionales de la salud y colocarse en manos de los laboratorios en materia de actualización farmacológica.

Más recientemente, septiembre del 99, en nuestro país se organizó un pomposo taller denominado "Automedicación responsable en América Latina en una sociedad global de la información", patrocinado por "Infopharma", que es un proyecto auspiciado por la industria farmacéutica vinculada

a los productos OTC (de libre acceso) y la Federación Internacional de Farmacias. El proyecto tiene como fin extender a América Latina el sistema TESEMED (Telematics applications in European community pharmacies for responsible self-medication) (Aplicaciones de la telemática en las farmacias de la Unión Europea para una automedicación responsable). La idea se ha trabajado con prototipos de kioscos informativos que están equipados con una terminal de computadora que puede ser consultada por el dependiente de farmacia o por los consumidores. Primero se elige el idioma deseado, a continuación aparecen las instrucciones de uso que primeramente dicen: *"El objetivo de Tesamed es ayudarlo para una automedicación responsable en el consumo de medicamentos de venta libre"* (OTC). La terminal muestra enseguida información respecto a una variedad de problemas de salud, como por ejemplo, indigestión, catarro común, insomnio, etc., elegido el tema a continuación puede encontrar información sintética acerca del padecimiento en cuestión, para que finalmente, aparezca un **grupo de medicamentos de marca** entre los cuales se puede elegir el "preferido" para que se le muestre al usuario "información", entiéndase publicidad, sobre la

marca elegida. Cabe advertir que en ningún caso se llegan a recomendar medicamentos genéricos, lo que para un buen entendedor significa que el mentado TESAMED no es sino una estrategia más para que las empresas transnacionales hagan crecer, dizque "responsablemente", su mercado. Es obvio que con el anzuelo de la llamada "automedicación responsable" y con la ayuda de los dependientes de farmacia, se busca hacer prevalecer la política de ampliación del número de medicamentos de venta libre, mismos que en algunos países llegan a representar hasta el 80% del mercado. Al parecer nos espera en el próximo siglo un mercado farmacéutico constituido casi exclusivamente por fármacos de venta libre dispensados por máquinas controladas por las transnacionales.

Es claro que las grandes empresas pretenden cerrar el círculo de la información farmacéutica, atrapando por un lado a los médicos y profesionales de la salud y por el otro a los vendedores de farmacia, cerrando el círculo hasta con los propios consumidores, quienes entre inocentes y maravillados recibirán agradecidos la información de la máquina, ya que ella les habrá ahorrado la consulta al médico.

# Comunicaciones

## EL MEDICO DEBE PRESCRIBIR CON CALIDAD.

*Carles Escolà, El País Barcelona ( 12-10-99)*

Mañana arranca en Las Palmas de Gran Canaria el cuarto Congreso de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP), que reunirá hasta el sábado a 300 profesionales. El encuentro permitirá analizar el grado de implantación de esta especialidad y verificar las expectativas que ha levantado su labor de asesorar a los médicos de familia para racionalizar el gasto farmacéutico de la Administración.

El presidente de la SEFAP, Eugeni Sedano, doctor en Farmacia por la Universidad de Barcelona y jefe de la División de Atención Farmacéutica del Servicio Catalán de la Salud, considera "clave" la aplicación de la reforma de la asistencia primaria, que permite a los médicos de cabecera prescribir, con la ayuda de un farmacéutico especialista, medicamentos ajustados en calidad y precio.

Hasta ahora los efectos más notables de esta joven profesión -no tiene ni 10 años de historia- se han notado más en Andalucía, comunidad que cuenta con cerca de un centenar de estos profesionales. "La herramienta más importante con la que cuenta un facultativo de atención primaria es el fármaco, y nosotros podemos ayudarle a ejercer una medicina de calidad", afirma Sedano.

*Pregunta.* ¿Qué medidas propone la SEFAP para reducir el actual gasto farmacéutico?

*Respuesta.* Nosotros apostamos por abrir el debate a todos los agentes involucrados, es decir, a la industria farmacéutica, a las autoridades sanitarias centrales que aprueban los medicamentos y sus precios, y también a los servicios de salud desde los que se prescribe, los médicos y los mayoristas. Tiene que haber una corresponsabilización de todos para que los servicios de atención primaria utilicen correctamente los medicamentos. Hasta las oficinas de farmacia tienen su papel, porque educan y orientan a los ciudadanos a la hora de consumir fármacos.

*P.* La rebaja del precio de los medicamentos decretada por el Gobierno no es entonces la única solución.

*R.* No. Los médicos deben prescribir siempre bajo un concepto de calidad y lo que hay que hacer es facilitarles

las herramientas para que actúen en esta dirección. Es muy importante que conozcan todos los estudios de coste y efectividad de los fármacos. La colaboración de los farmacéuticos de atención primaria es fundamental. La SEFAP apoya la reforma porque, entre otras cosas, incluye esta figura.

*P.* En Andalucía parece que ha sido un éxito.

*R.* Sí. Cataluña fue pionera en la creación del farmacéutico de atención primaria, pero sólo hay 30 profesionales debido al retraso en la aplicación de la reforma. En Andalucía ya trabaja cerca de un centenar.

*P.* ¿Los genéricos son realmente la otra gran solución para reducir el gasto?

*R.* Nosotros defendemos los genéricos, porque son fármacos idénticos a los marca, es decir, bioequivalentes, igualmente eficaces y un 25% más baratos. Pero también son muy importantes los medicamentos terapéuticos innovadores.

*P.* ¿Y por qué es tan vendido el Prozac, cuando hay siete genéricos que sólo suman el 15% de las ventas?

*R.* En España no existían genéricos hasta hace poco. Es un problema de hábito cultural del médico. Hay que cambiar su mentalidad y darle más información. Pero la situación está cambiando poco a poco y, por ejemplo, en Cataluña los genéricos ganan terreno mes a mes.

*P.* ¿Por qué se ha disparado la prescripción de psicofármacos?

*R.* Están apareciendo nuevos medicamentos menos peligrosos. Por ejemplo, los esquizofrénicos ahora pueden gozar de buena vida social gracias estos fármacos, pero son muy caros. Y algunas especialidades se prescriben más porque el médico de cabecera, que va adquiriendo más conocimientos sobre estas patologías, no deriva al paciente al especialista. Puede detectar depresiones leves y tratarlas con garantía de éxito.

*P.* ¿Qué parte de responsabilidad tienen los laboratorios que influyen sobre los médicos en el gasto farmacéutico?

*R.* Hacen una labor legítima y positiva de investigar para crear mejores productos e informar de ellos a los facultativos. Pero el volumen de dinero que dedica la

industria farmacéutica a promocionar sus productos es muy superior al que puede destinar la Administración en informar a los médicos.

## **GLOBALIZACIÓN Y AUTOMEDICACIÓN RESPONSABLE**

*HAI-México*

Ante la globalización de la economía, ningún país se puede ver exento de adecuarse a este enorme reto. En relación a la información sobre los medicamentos y su uso adecuado a la que el público tiene derecho, se han ido realizando diferentes foros para ver que tipo de información es la adecuada para que la población realice una automedicación responsable.

Automedicación se refiere al uso de medicamentos llamados de libre acceso. Autoprescripción se refiere al uso de medicamentos que requieren receta médica para su venta y sin embargo se compran y se usan sin este requisito.

En nuestro país es muy común la autoprescripción, y aun no hay medidas regulatorias que garanticen la aplicación de la ley en este sentido. También hay un alto grado de analfabetismo funcional lo que nos lleva a que la discusión del uso de medicamentos de libre acceso y la información que se dará sobre ellos y como se proporciona, requiere de mas análisis y conocimientos de diferentes puntos de vista de los involucrados en el problema.

1. Pensamos que el consumidor necesita información independiente cuando de medicamentos de libre venta, se refiere. Ello nos lleva a la necesidad de pedir que quien proporcione dicha información sea la Secretaria de Salud, quizás en una guía terapéutica mas que vademecum de medicamentos, disponible en los mostradores o kioscos que incluya la información clara, en lenguaje sencillo.
2. Quisiéramos que el formato partiera de las molestias o síntomas a atacar y en segundo término las opciones de tratamiento (y no al revés), incluyendo las medidas higiénicas no medicamentosas.
3. Las opciones de tratamiento medicamentoso deben darse en nombre genérico (como lo señala la modificación a la ley general de salud) señalando las diferentes marcas confiables, incluyendo sus precios.
4. Nuestra sugerencia de incluir los precios, creemos que dará al público mayores opciones y a la industria un mayor campo de competencia.

5. Creemos que cualquier información que se decida dar al público es necesario probarla antes en estudios bien diseñados y realizados por quienes cuentan con recursos para ello.

6. Seguiremos insistiendo en que es necesario implementar las medidas que garanticen que la venta de medicamentos, en sus diferentes modalidades, se respete. Esto corresponde a la Secretaria de Salud.

7. Independientemente que el tema este centrado en el consumidor, hay que dar importancia a la persona que debe estar detrás del mostrador, porque en el momento actual, es a quien la gente acude y en quien la gente confía. Es un tema que está ligado, a la automedicación responsable. Queremos profesionales en la dispensación medicamentos en las farmacias.

## **AUTOMEDICACIÓN RESPONSABLE EN MÉXICO**

*Héctor Bolaños, AFAMELA*

A efecto de apoyar el desarrollo de la automedicación responsable en México a través del proyecto INFOPHARMA, AFAMELA considera necesario que:

1. Se pongan en práctica las disposiciones legales que establecen que los medicamentos de receta deben venderse al amparo de la misma.
2. Todas las instancias involucradas en el proyecto y en la elaboración y discusión de los contenidos de los módulos para el personal de farmacias y de los kioscos para consumidores, tengan una clara comprensión del alcance de la automedicación responsable y de las acciones y/o indicaciones de los medicamentos de libre acceso. Para tal efecto, AFAMELA pone a disposición de los miembros del consorcio, diversos documentos y materiales elaborados por la World Self Medication Industry, asociaciones similares a AFAMELA en otros países y por esta misma Asociación.
3. En la elaboración y discusión de los citados contenidos se tenga en cuenta los aspectos que significativamente interesan a los consumidores y al personal de las farmacias para hacer un uso o recomendación adecuada de los medicamentos de libre acceso. Asimismo, deberá tenerse presente la necesidad de manejar dichos contenidos en un lenguaje accesible al consumidor y al personal de farmacias.
4. Sin menoscabo del valor que puede tener una adecuada orientación o recomendación por parte del personal de

farmacias, el consumidor debe ser considerado como el eje central del proyecto, reconociendo que si bien debe de contar con todos los apoyos que sean necesarios, es capaz de hacer un manejo responsable de los medicamentos de libre acceso. Este hecho, ha quedado demostrado en diversos estudios, incluido el efectuado como parte del proyecto INFOPHARMA.

5. De acuerdo a lo expresado en el inciso anterior, la información a incluir en los kioscos y la manera como se va a expresar, deberá estar de acuerdo a la evaluación que proporcionen los mismos consumidores.

6. Ante la trascendencia que puede llegar a tener la instalación de módulos en farmacias, todos los planes de capacitación para el personal de estos establecimientos, tanto gubernamentales como privados, deberán ir de acuerdo a la filosofía y esquemas que orientan la implementación de los módulos.

7. Se evite cualquier discusión sobre la inexistencia de profesionales en farmacias o la tendencia a una mayor concentración de la distribución o la venta de medicamentos en autoservicios, farmacias de cadena, etc. Además de que estos aspectos caen fuera del ámbito del proyecto, pueden desviar la discusión respecto del tema o la esencia del proyecto, como es el apoyar el uso y/o recomendación adecuada de los medicamentos de libre acceso en las circunstancias actuales.

8. Llegado el momento en que se plantee la instalación de los módulos y kioscos, se invite o motive a todas las farmacias comunitarias formalmente establecidas en el país, a participar en esta fase.

AFAMELA reitera su intención de colaborar en el desarrollo y culminación del proyecto INFOPHARMA, toda vez que el objetivo de éste, coincide con la misión que se ha fijado esta Asociación de promover el desarrollo de la automedicación responsable, a través de brindar información sobre el uso adecuado de los medicamentos de libre acceso a consumidores y empleados y encargados de farmacias.

## **ABUSIVA Y ENGAÑOSA DENOMINACIÓN DE LAS BEBIDAS DIZQUE "ENERGÉTICAS"**

*Arturo Lomeli*

Primero aparecieron hace cerca de 15 años las "bebidas para deportistas", isotónicas, les llamaron algunos, "rehidratantes y vigorizantes", se dijeron otras más, aunque finalmente la Oficina de Medicinas y Alimentos (FDA) de los EE.UU. sólo les ha autorizado a que se diga de ellas que son simplemente "quita sed". No obstante con la

insistente publicidad y la promoción y financiamiento de diversos eventos deportivos, han llegado a convencer hasta algunos despistados maestros de educación física, que llegan a recomendar a sus pupilos ingerir tales bebidas como una opción más recomendable que el agua fresca y pura. Hay consenso en todas las organizaciones de consumidores del mundo que se han ocupado del tema, en señalar que dichas bebidas son innecesarias para cualquier practicante de un deporte amateur y que para los profesionales o las personas que realizan un deporte con una actividad intensa, lo importante es mantener una dieta adecuada y beber suficiente agua para la rehidratación. Las "bebidas para deportistas" en el mejor de los casos podrían ser una comodidad, un complemento, aunque lo mejor sería preparar una bebida casera mediante una sencilla fórmula: Un litro de agua, el jugo de un limón o de una naranja o ambos, 5 cucharaditas de azúcar o 3 de miel, o el doble cuando las temperaturas son muy frías y una pizca de sal de mesa y en caso de extremo calor se puede añadir otra pizca de sal o de bicarbonato, pero si el ejercicio es muy extenuante y prolongado lo mejor es incluir un caldo natural de verduras, no de sobre.

A las bebidas especiales recientemente se han añadido lo que llamaríamos la segunda generación, las denominadas bebidas "energéticas" o de "energía líquida", que no se conforman con apelar a los deportistas sino que pretenden ampliar su mercado al plétórico mundo de los desganados, apáticos, asténicos, cansados, débiles, extenuados, decaídos o abúlicos, o sea una inmensa mayoría silenciosa presionada por la vida impersonal de las grandes ciudades, que requiere de estimulantes y que con frecuencia como primer paso antes de caer en drogas como el alcohol o las drogas prohibidas, busca vanamente "energetizarse" con tales menjurjes. Todo está tan fríamente calculado que la última versión tiene la marca comercial de una peligrosa droga: "éxtasis", misma que incluye en su envase leyendas como: "*Bebida que reanima tus sentidos... éxtasis... estado de admiración o alegría intensa que hace desaparecer cualquier otro sentimiento... estado del alma que se siente transportada fuera del mundo sensible: los éxtasis de Santa Teresa*". Obvio con esta marca y tales leyendas se busca motivar a nuestros jóvenes a la búsqueda de sentimientos de euforia y los sensibiliza para el consumo de drogas prohibidas. Más aún, la bebida contiene cafeína, que es una conocida droga estimulante y vitaminas del complejo B que para algunos pueden ser reanimantes, pero que pueden ser causa de arritmias, alergias y dermatitis. La venta de bebidas "energéticas" es internacional, y se encuentra tan extendida que en Internet se ofrecen 7 bebidas de esta naturaleza, algunas con nombre tan sugerentes como "Cannabis" y otras que también incluyen como ilustración justamente unas hojas de marihuana. Ahora ya no se trata sólo de "bebidas para deportistas" que

no son sino refrescos glorificados, sino de una seria amenaza contra la juventud, que así es motivada engañosamente a consumir bebidas para alucinar y entraparse en la búsqueda de estimulantes. Cabe preguntarnos ¿Hasta dónde se quiere llegar? ¿Dónde quedan las luchas contra la drogadicción? ¿Cuáles fueron los criterios de las autoridades sanitarias para autorizar dicha bebida?

### **THIMEROSAL EN LAS VACUNAS: UNA DECLARACIÓN CONJUNTA ENTRE LA ACADEMIA DE PEDIATRÍA Y EL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA DE LOS ESTADOS UNIDOS.**

La Ley de Modernización de la FDA de 1997 exigía a la FDA que verificase el riesgo asociado a los alimentos y medicamentos que contienen mercurio. La FDA solicitó, en diciembre de 1998 y abril de 1999, a los laboratorios productores de vacunas información sobre el contenido de Thimerosal en sus productos, incluyendo las que lo utilizan como conservativo. El Thimerosal está siendo utilizado como un aditivo a vacunas y biológicos desde 1930 para prevenir la contaminación bacteriana, especialmente en recipientes multiuso. Muchas de las vacunas pediátricas en Estados Unidos contienen Thimerosal.

Hay un margen de seguridad suficientemente amplio en los límites aceptables de exposición al mercurio. Es más, no se ha reportado ningún caso de niños que hayan presentado problemas por seguir el esquema de vacunación. No hay ninguna necesidad de estudiar el nivel de exposición al mercurio de los niños que hayan recibido Thimerosal.

Para aclarar si algunos niños podrían verse expuestos a niveles acumulativos de mercurio durante los primeros seis meses hay que sopesar los riesgos y beneficios de dos escenarios diferentes. Por una parte hay riesgos graves de enfermedad y muerte por no vacunar a los niños, por otra parte hay un riesgo desconocido y probablemente mucho más pequeño de riesgo de desarrollo del sistema nervioso por exposición a Thimerosal. El riesgo de no vacunar a niños es mucho mayor que el de exponerlos, durante los primeros seis meses de vida, a vacunas con Thimerosal.

A pesar de todo, y por si pudieran tener efectos indeseables, la Academia de Pediatría y el Servicio de Salud Pública están trabajando conjuntamente para reemplazar las vacunas que contengan Thimerosal, esto sin que se afecten los niveles de cobertura inmunizacional.

Las acciones clave que se están tomando son:

1. Una solicitud formal a los productores de vacunas de que se comprometan con un plan para eliminar o reducir de la forma más rápida posible el contenido de mercurio en sus vacunas.
2. Convocatoria a una reunión pública para analizar la documentación existente.
3. Una revisión expedita por la FDA de los productos que la industria desarrolle para eliminar o reducir el mercurio de las vacunas.
4. Proveer de información a los clínicos y profesionales de la salud pública para que se puedan comunicar fácilmente con los padres y con grupos de consumidores.
5. Monitorear y supervisar las prácticas de vacunación presentes y futuras.
6. Realizar estudios para comprender los riesgos y beneficios de las pruebas de seguridad.

Tanto la Academia de Pediatría como el Servicio de Salud Pública recomienda que se vacune a los niños.

*(Información obtenida de E-druggers, 9 de julio de 1999, Traducida y editada por Núria Homedes)*

# Noticias

## **2do. CURSO LATINOAMERICANO DE ENSEÑANZA DE FARMACOTERAPÉUTICA RACIONAL**

**Organizan** Cátedra de Farmacología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata (UNLP) en colaboración con el Departamento de Medicamentos Esenciales y Políticas Farmacéuticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Ginebra, Suiza y la Oficina Panamericana de la Salud en Washington y en Buenos Aires.

**Objetivos** Capacitar a los participantes en una metodología de enseñanza de farmacología basada en la resolución de problemas de salud y a través de la adquisición de conocimientos, habilidades y cambios de actitudes para su aplicación en las respectivas instituciones educativas.

**Metodología** El curso tiene una orientación eminentemente práctica. Introduce un enfoque racional, lógico, paso a paso para resolver los problemas de salud de los pacientes: identificación del problema, determinación de objetivos terapéuticos, selección de la terapéutica apropiada, monitoreo de la respuesta del paciente y énfasis en la comunicación médico/paciente.

Este curso se basa en la metodología elaborada por docentes del Departamento de Farmacología Clínica de la Facultad de Ciencias Médicas de Groningen (Holanda), cuyos elementos esenciales han sido descriptos en la publicación "La Guía de la Buena Prescripción", producida por la Organización Mundial de la Salud/Oficina Panamericana de la Salud a fines de 1994 y traducida al castellano en 1999.

Este curso ha sido amplia y exitosamente introducido en países de Europa, Africa y Asia, y durante el año 1999 se realizó por primera vez en América Latina y en idioma castellano. El curso se llevó a cabo con gran éxito en la Cátedra de Farmacología, de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, La Plata, Argentina.

Se ofrecerán además módulos optativos de temas relacionados con el uso racional de los medicamentos en la Seguridad Social y a nivel hospitalario

**Docentes facilitadores** Profesores de Farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata: Dres. Perla Mordujovich-Buschiazzo, Hector O. Buschiazzo, Juan Fraguela, Emilio C. Cermignani y Horacio Tournier.

Profesora de Farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste Dra. Mabel Valsecia.

Profesora de Farmacología del Instituto Catalán de Farmacología. Universidad Autónoma de Barcelona, España. Dra. Dolors Capella.

Todos los facilitadores son miembros del Grupo Argentino para el Uso Racional del Medicamento (GAPURMED) y del Grupo de investigación sobre el uso de medicamentos-Latinoamericano (DURG-LA)

Docente invitado de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, Ginebra, Suiza / Washington, EE.UU/ Buenos Aires, Argentina.

Directora del Curso: Dra. Perla Mordujovich-Buschiazzo

### **Información**

Cátedra de Farmacología.  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de La Plata  
Calle 60 y 120 La Plata 1900 Argentina  
Tel/Fax: 54 221 4216932  
e-mail: pmordujo@netverk.com.ar

## **SOLICITUD DE PROPUESTAS**

La Iniciativa Conjunta para Mejorar el Uso de Medicamentos en América Latina incluye el Proyecto de Investigación Aplicada sobre la Salud Infantil (Applied Research on Child Health, ARCH), la Red Internacional para el Uso Racional de los Medicamentos (International Network for Rational Use of Drugs, INRUD), el Proyecto Manejo Racional de Productos Farmacéuticos (Rational Pharmaceutical Management Project, RPM), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Departamento de Medicamentos Esenciales y otros Medicamentos de la Organización Mundial de la Salud (WHO/EDM).

La Iniciativa Conjunta para América Latina tiene interés en apoyar una agenda de investigación sobre estrategias para mejorar el uso de medicamentos en países latinoamericanos, con énfasis prioritario sobre el uso juicioso de antimicrobianos. Este interés se basa en la importancia del uso racional de los antimicrobianos como una estrategia para hacer mas lento el desarrollo de resistencia antimicrobiana. La agenda de investigación se

basa en las recomendaciones emanadas de la Conferencia Internacional sobre el Mejoramiento del Uso de Medicamentos, celebrada en Chiang Mai, Tailandia, en Abril de 1997. Los participantes en esta conferencia evaluaron la experiencia que existía sobre cómo mejorar el uso de medicamentos en países en desarrollo e identificaron prioridades claves e importantes para investigación en este campo.

En 1997, como seguimiento a las recomendaciones de esta reunión, ARCH, INRUD, RPM, y WHO/EDM solicitaron propuestas preliminares para el estudio de intervenciones que se enmarcaban dentro de las áreas de investigación prioritarias, tales como la mejora de la prescripción de medicamentos en hospitales y centros de atención primaria y una mejor práctica en farmacias y otros sitios de expendio de medicamentos.

Después de evaluar las 88 cartas de intención y/o propuestas preliminares que recibieron, este consorcio de organizaciones invitó a 20 equipos de investigadores a participar en talleres regionales para completar la elaboración de sus propuestas. Estos investigadores trabajaron en el desarrollo de sus propuestas en talleres de 8 y 10 días de duración en Indonesia (marzo de 1998) y en Uganda (septiembre de 1998), respectivamente. Después de una ronda de evaluaciones por revisores técnicos externos, algunos investigadores recibieron fondos para iniciar sus investigaciones, mientras que otros están modificando sus protocolos según los comentarios y sugerencias de los revisores externos. La Iniciativa Conjunta se propone llevar a cabo un proceso similar para la Región Latinoamericana con apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Agencia Danesa para el Desarrollo Internacional (Danida), y la Organización Mundial de la Salud.

En la Región Latinoamericana estamos dispuestos a apoyar investigaciones sobre la efectividad de intervenciones o políticas para mejorar el uso de antimicrobianos, en particular aquellas dirigidas a los prestadores de servicios de salud. Estamos solicitando cartas de intención y propuestas preliminares por parte de instituciones en la Región y de investigadores que quieran llevar a cabo estudios en este campo. La fecha límite para recibir dichas cartas de intención o de propuestas preliminares es el 13 de diciembre de 1999.

Después de evaluar las cartas de intención o las propuestas preliminares, invitaremos a los equipos de investigadores con las ideas o propuestas más interesantes a preparar y enviar una propuesta más elaborada. Tal como se hizo en Africa y Asia, invitaremos a algunos equipos de investigación para participar en un taller sobre elaboración

de propuestas para completar su protocolo de investigación. Si Ud. tiene la intención de enviar una carta de intención, o su institución lo quiere hacer, pero por algún motivo no podrá cumplir con la fecha límite para su entrega, deberá comunicarse con nosotros lo antes posible para informarnos sobre cuando podríamos recibir su solicitud. Así mismo, por favor no dude en comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta.

David Lee, MD  
Coordinador, INRUD y  
Coordinador, Componente de Resistencia Antimicrobiana,  
Proyecto RPM  
Management Sciences for Health  
1515 Wilson Blvd Suite 710  
Arlington, VA 22209  
Aregalia@msh.org

## **CREADA LA RED PANAMERICANA DE HARMONIZACIÓN DE LA REGLAMENTACIÓN FARMACÉUTICA**

*Washington, DC (OPS), 4 de noviembre de 1999*

Con participación de agencias internacionales, del sector privado, de entidades gubernamentales, del ámbito académico y de organismos no gubernamentales se clausura hoy con importantes conclusiones y recomendaciones la II Conferencia Panamericana de armonización de la reglamentación farmacéutica en la Organización Panamericana de la Salud.

Entre las conclusiones generales se aprobó el establecimiento de la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, así como la conformación de un comité directivo y la realización de Conferencias Panamericanas bianuales, como foro abierto de las diferentes partes interesadas.

El primer Comité Ejecutivo quedó conformado por 5 representantes y 5 alternos de las diferentes subregiones, un representante de la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas (ALIFAR) y uno de la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA) y la participación de la OPS como secretariado.

En la clausura, el Director Adjunto de la OPS, Dr. David Brandling-Bennett, dijo que desde la fundación de la Organización en 1902 ha existido el espíritu del panamericanismo "y aunque el mundo y la región han cambiado, ese espíritu permanece vivo". Agregó que el sector privado y todas las partes se han integrado. Dijo que "se necesita asegurar la progresión, armonización, la inclusividad y que no se trata de dar prioridades a nadie. "Todos los que quieren pueden participar y el objetivo es la



harmonización y la capacidad nacional es responsabilidad de los gobiernos. Hay que compartir los recursos, mantener precios aceptables, y redoblar la capacidad de trabajo para servir a los pueblos de las Américas. La industria farmacéutica tiene un papel importante en la salud pública y trabajaremos para la obtención de mayores recursos".

El Dr. Enrique Fefer, Coordinador del Programa de Medicamentos Esenciales y Tecnología de la OPS, dijo que "esta Segunda Conferencia confirma el compromiso que tiene la Organización con los países de promover esta harmonización como una respuesta a los procesos de globalización y de integración económica." Puntualizó que "nos preocupa que se respeten los criterios sanitarios en este aumento de comercio entre países. Es importante facilitar el comercio de productos farmacéuticos, aumentar su disponibilidad, pero igualmente mantener estándares de calidad reconocidos internacionalmente. Hemos retomado temas puntuales que han surgido en las Américas como elementos claves para el desarrollo de un mercado armonizado."

"Hablamos de bioequivalencia y biodisponibilidad tema complejo pero fundamental para el desarrollo de un mercado de medicamentos genéricos. El desarrollo de este mercado es de gran importancia para el sector salud porque permitirá una mayor transparencia, una mayor competencia, una mayor disponibilidad y un costo más aceptable. Por consiguiente, aunque este es un tema altamente técnico tiene extraordinaria importancia para el sector salud", dijo.

Otro de los tópicos abordados fue el de las buenas prácticas clínicas. "En algunos de nuestros países es obvio que está aumentando el número de investigaciones clínicas con medicamentos. Es importante que estas investigaciones se efectúen no sólo bajo condiciones éticas aceptables sino también que las condiciones científicas y técnicas garanticen la integridad de la información "Es fundamental que las autoridades se preparen para fiscalizar lo que está ocurriendo en los países y que los investigadores tengan un nivel adecuado. Es prioritario que investigadores y reguladores conozcan las buenas prácticas clínicas: es decir, cuales son los procedimientos de acuerdo a criterios establecidos internacionalmente", afirmó.

Las buenas prácticas de manufacturas fue otro aspecto primordial, ya que es un concepto fundamental para que se garantice que la producción de medicamentos cumpla con criterios de calidad. Estas prácticas requieren implementarse a nivel de cada fábrica, de cada industria y asegura que durante todo el proceso se sigan procedimientos que avalan la calidad del producto terminado. Han habido avances, pero se formula un llamado para que se aceleren las buenas prácticas de

manufactura, dijo el Dr. Fefer.

También abordamos lo concerniente a la falsificación de productos en el mercado. Se reconoce que los países requieren legislación que les permita actuar con fuerza en este campo, aunque se advierten algunos avances.

Otro punto álgido es el de los criterios de clasificación, donde se nota que hay una dispersión muy grande de lo que es un medicamento de venta libre en un país versus otro. No necesariamente se tiene una mejor situación en Estados Unidos con respecto a países de América Latina. Se reconoció la importancia de establecer criterios mínimos para identificar que productos deben estar disponibles sin receta y cuales deben ser aquellos que requieren prescripción médica.

La OPS es la organización internacional en salud pública en función más antigua del mundo y es la Oficina Regional de las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

Eugenio Gutiérrez,  
tel (202) 974-3728, fax (202) 974-3143,  
OPS, Oficina de Información Pública,  
E-mail: [gutierre@paho.org](mailto:gutierre@paho.org),

## USO APROPIADO DE INYECCIONES

EL grupo mundial de inyecciones seguras (The Safe Injection Global Network – SIGN) ha creado un grupo de discusión a través del Internet. La dirección electrónica donde se pueden enviar contribuciones es [sign@acithn.uq.edu.au](mailto:sign@acithn.uq.edu.au)

Si quiere suscribirse al grupo de discusión puede enviar un mensaje a [A.Bass@mailbox.uq.edu.au](mailto:A.Bass@mailbox.uq.edu.au)

*(Información publicada en E-druggers, traducida y editada por Nùria Homedes)*

## REUNIÓN INTERNACIONAL SOBRE EL IMPACTO DE OMC/TRIPS EN EL ACCESO A MEDICAMENTOS

Entre el 26 y el 30 de julio de 1999 hubo una reunión en Karachi sobre el impacto de OMC/TRIPS en el acceso a medicamentos. Durante la reunión se constató lo siguiente:

1. Una gran parte de la población no tiene acceso a medicamentos esenciales.
2. La ejecución de ciertas provisiones de la Organización Mundial del Comercio (OMC) y especialmente TRIPS, pueden tener consecuencias adversas en la salud

- pública y en el acceso a medicamentos esenciales.
3. La expansión de la medicina tradicional puede comprometer la salud de la población.

Como resultado de la reunión se decidió crear un grupo de trabajo compuesto por representantes de la industria, de los grupos profesionales, expertos en medicina con hierbas, economistas del Ministerio de Salud, representantes del Ministerio de Industria y Comercio, del Ministerio de Alimentación y Agricultura, y abogados, tanto de la industria como defensores de los intereses públicos. El objetivo de este grupo es desarrollar una estrategia y finalizar las recomendaciones que emanaron de la reunión.

*(Información publicada en E-druggers, traducida y editada por Nùria Homedes)*

## BECAS PARA ASISTIR A CONGRESOS

InfoDev anunció su programa de becas (ICSF) para financiar la participación de países en vías de desarrollo en conferencias. La solicitud debe hacerla el organizador de la conferencia, y los fondos se pueden utilizar para cubrir los gastos de viaje y las dietas. Los organizadores deben presentar su solicitud 3 meses antes de organizar la conferencia. Las formas de solicitud se pueden obtener de <http://www.worldbank.org/infodev/projects/icsfappl.htm>

Para mayor información:

Leela McCullogh

Director of Information

Satellife

30 California Street, Watertown, MA 02472

USA

Phone: 617.926.9400

Fax: 617.926.1212

Correo electrónico: [leela@usa.healthnet.org](mailto:leela@usa.healthnet.org)

## PROGRAMA PARA CONTROL DE INVENTARIO

“mSupply” anuncia que ya esta disponible el programa de *software* para el control de inventarios. Este programa es gratis para organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro, y siempre y cuando se utilice únicamente en un lugar de la organización.

Para mayor información puede consultar <http://www.msupply.org.nz>, o escribir a [info@msupply.org.nz](mailto:info@msupply.org.nz)

## EN ESPAÑA EL PROZAC ARRASA PESE A QUE EXISTEN SIETE GENÉRICOS

*Lucía Argos, El País Madrid (21-09-99)*

Los médicos no recetan los equivalentes del antidepresivo. La venta de antidepresivos se triplica en diez años. Controvertida relación de los psiquiatras con la industria.

En octubre de 1998 venció la patente del Prozac, el fármaco antidepresivo de moda en la última década. Durante este año han salido al mercado siete medicamentos genéricos con el mismo principio activo que el Prozac. Estos genéricos son un 25% más baratos y, sin embargo, no se venden. Los médicos no los están recetando. Las ventas de estos genéricos apenas suponen un 15% de los 8.000 millones de pesetas que ingresa la compañía Lilly por el Prozac, según datos del Javier Ellena, consejero delegado de la compañía. La Seguridad Social pagó en 1998 un total de 7.500 millones de pesetas por prescripciones de Prozac. Una parte de esta factura podría ahorrarse si se prescribiesen los genéricos, que tienen idénticas propiedades del fármaco de marca.

Habría que remontarse a los años sesenta con el tranquilizante Valium para encontrar un fenómeno sociológico similar al ocurrido 30 años después con el antidepresivo Prozac. Desde 1988, más de 31 millones de personas lo han consumido en el mundo. En España actualmente se venden más de cuatro millones de envases. Otros tres millones más corresponden a licencias del producto a otros laboratorios. En total, siete millones de cajas de un principio activo, la fluoxetina, que en su día revolucionó el tratamiento de la depresión por su eficacia, fácil administración y tolerancia, pero que ahora se utiliza para tratar simples estados de tristeza o malestar.

Sus ventas han sido espectaculares. En 1996 fue el medicamento más vendido en EE.UU. a la par que otro fármaco para el sistema digestivo, alcanzando la cifra de 2.200 millones de dólares (2,7 billones de pesetas). En España batió su marca en 1997, con unas ventas cercanas a los 8.000 millones de pesetas.

Pero la píldora que todo lo cura ya no está sola. Al menos hay ya en el mercado seis productos más cuyo mecanismo de acción consiste en mantener los niveles del neurotransmisor serotonina en el organismo. Este año, Prozac será superado en ventas por otro antidepresivo, el Seroxat, sin que los psiquiatras se pongan de acuerdo sobre las ventajas que aporta al anterior.

Para unos no existen diferencias sustanciales entre ambos, mientras que para otros el Seroxat es más específico, tiene menos interacciones con otros fármacos y provoca menos

molestias. El precio de este último supera en 700 pesetas al primero, que cuesta cerca de 5.000 en envase de 28 comprimidos. Los tratamientos medios suelen durar cuatro meses. El perfil del consumidor es el de una mujer entre los 40 y los 55 años.

El fenómeno ocurrido con esta píldora y que probablemente hereden sus competidores es que ha sido adoptada por muchos consumidores, y no precisamente con diagnóstico de depresión. La moda Prozac rebasó pronto el ámbito clínico para convertirla en la píldora de la felicidad. Mucha literatura a favor y en contra; películas donde los protagonistas la tomaban como si se tratara de un reconstituyente; famosos que resurgían de sus cenizas con la píldora milagro. Ni un minuto de malestar. Ésta es la consigna de finales de siglo. Así, no es de extrañar que algunas personas lleguen a pedir un Prozac antes de pronunciar una conferencia; al día siguiente de la muerte de un familiar -aún antes de dar cuartel a la tristeza-, o por un estado fisiológico normal de decaimiento ante cualquier cambio vital.

Hubo un momento en Estados Unidos en que cada pastilla costaba 10 dólares en el mercado negro (unas mil pesetas entonces). "Hoy toman Prozac hasta los perros", bromea el psiquiatra Enrique García Bernardos. "Este fármaco, muy eficaz como antidepresivo y casi sin efectos secundarios, se ha sobreutilizado fuera de los canales iniciales. Las ventas son escandalosas. Hoy la gente no piensa, toma Prozac", concluye.

Ni esta publicidad gratuita ni las críticas -furibundas por parte de algunos grupos sociales- son del agrado de los laboratorios fabricantes. "Cuanto más ruido haya, más peligro para esta casa", asegura el consejero delegado. La banalización del fármaco le preocupa. "Todo el mundo debe saber que tarda entre 14 y 16 días en alcanzar niveles terapéuticos en sangre, por lo que no tiene sentido tomarlo como una píldora de la felicidad", recalca Elena.

El consumo de antidepresivos se ha triplicado en España en diez años y el de ansiolíticos por cuatro. ¿Están tan deprimidos y ansiosos los españoles para justificar este incremento? Todos los especialistas consultados coinciden en que el consumo es superior a las necesidades y que se hace un uso complaciente del talonario de recetas.

Es cierto que ahora los trastornos mentales se diagnostican más y mejor, y que las nuevas generaciones de fármacos son mejor tolerados por el organismo, por lo que estaría justificado un cierto incremento del consumo. Sin embargo, algunos especialistas muestran su preocupación por la banalización en el uso de estos fármacos, que muchas veces se toman como meros placebos.

En 1998 se consumieron en España casi 60 millones de envases de tranquilizantes, por un importe total de 89.472 millones de pesetas, de los cuales, doce millones de envases eran antidepresivos, cuyo valor alcanzó ese año casi la mitad de la factura de este grupo de fármacos, concretamente 47.744 millones de pesetas.

Según datos del boletín Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, la fluoxetina, principio activo del Prozac y otras marcas, figuraba en el quinto lugar entre los principios activos (monofármacos) de mayor consumo en 1997 ordenados por importe económico. Concretamente, entre prescripción pública y privada se vendieron tres millones de envases, por un valor de 14.717 millones de pesetas.

La revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría publicaba el año pasado en su número 68 un artículo del psiquiatra Mariano Hernández Monsalve en el que advertía de que, en los últimos años, coincidiendo con la comercialización de numerosos nuevos psicofármacos, "las relaciones de los psiquiatras con la industria son tan fuertes como controvertidas". El autor denunciaba que, habiendo dimitido completamente la administración sanitaria en su función de facilitar a los médicos formación continuada suficiente, los psiquiatras están sometidos a una fuerte presión de la industria farmacéutica, que se ha convertido "en la principal promotora de la investigación farmacológica y la principal fuente de información".

Tras las nuevas oportunidades de intervención terapéutica que suponen los nuevos fármacos, "se adivinan", según Hernández Monsalve, "otros intereses" que "finalmente afectarán seriamente la actividad profesional del psiquiatra". "La imagen del delegado visitador [de los laboratorios] es ya familiar en la mayoría de los equipos. Es frecuente que el psiquiatra dedique más de una hora semanal a atender a los delegados de los laboratorios".

"La mayor parte de los psiquiatras", continúa, "reconoce que en el último año más de la mitad de los libros adquiridos proceden de obsequios de los delegados, y que merced a su patronazgo han podido acudir a muy diversos cursos, seminarios, jornadas y congresos", así como "visitar recientemente diversas ciudades europeas o de otras latitudes", "haber modernizado sus dispositivos informáticos o mejorado su dominio del inglés".

Hernández Monsalve añade que "buena parte de las jornadas y congresos no podrían celebrarse de no contar con el apoyo financiero de la industria farmacéutica". La falta de formación rigurosa e independiente, unido a la intensa actividad promocional de los laboratorios, hace que los psiquiatras tengan, según Hernández, "serios apuros para prescribir con criterios rigurosos".

## **UN INFORME ADVIERTE SOBRE EL RÁPIDO AUMENTO DE LA RESISTENCIA A LOS ANTIBIÓTICOS**

*EFE, Iowa City (21-09-99)*

La resistencia de las bacterias al tratamiento con antibióticos está aumentando de forma alarmante, especialmente en las infecciones del tracto respiratorio, según ha puesto de manifiesto un estudio coordinado por la Universidad de Iowa, en Estados Unidos, que ha recopilado información de varias partes del mundo. Según el informe, incluido en el programa SENTRY de vigilancia antimicrobiana, el aumento de las resistencias debe obligar a adoptar medidas urgentes, especialmente ante la inminente llegada de la epidemia de gripe.

Los autores del informe recuerdan que los antibióticos no son efectivos contra las infecciones provocadas por virus, como el catarro común y la gripe, por lo que tratar masivamente a los pacientes aquejados de estas patologías con antibióticos contribuye a aumentar las resistencias de las bacterias, contra las cuales están indicados.

Ronald Jones, del departamento de patología de la citada universidad, indicó que el organismo más preocupante, por el alto porcentaje de resistencia que ya presenta, es el *Streptococcus pneumoniae*, que causa la mitad de todas las infecciones respiratorias. Jones hace notar que la situación es alarmante: "Cuando una sola bacteria, la *Streptococcus pneumoniae*, pasa de un índice de resistencia al tratamiento con antibióticos del 4% al 40% en sólo una generación, es hora de afrontar la situación con medidas drásticas".

Otras bacterias que afectan al tracto respiratorio, como *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* y *Stafilococcus aureus*, presentan también altos porcentajes de resistencia a los antibióticos, que en algunas zonas alcanzan el 33%.

El autor del informe indicó que antes de recetar antibióticos es necesario asegurarse del tipo de bacteria contra la cual se está prescribiendo el fármaco, la única forma de optimizar los tratamientos. Por otra parte, recomendó el uso de vacunas y tratamientos preventivos para las patologías como la gripe, para tratar de reducir su extensión y el uso indebido de antibióticos.

Los antibióticos que presentan mayor índice de resistencia son las penicilinas y cefalosporinas. Entre los fármacos que se presentan como alternativas alentadoras figuran las fluoroquinolonas, una nueva generación de antibióticos en proceso de desarrollo clínico.

## **ADICCIÓN, EFECTOS INTENSOS Y REACCIONES ADVERSAS, LA CARA OCULTA DE PLANTAS PARA CONCILIAR EL SUEÑO.**

*La Razón (Madrid), 27 de junio de 1999.*

Los productos naturales, al igual que los que presentan una composición química, deben ingerirse siempre con precaución. Normalmente, sus virtudes terapéuticas van acompañadas de una "cara oculta" que viene representada por los efectos adversos o secundarios, lo que hace necesaria la intervención del personal facultativo en numerosas ocasiones. Este es el caso de la flor de azahar, una planta de hojas duras y brillantes de poderosos efectos somníferos que no debe ingerirse si se padecen determinadas enfermedades. En este sentido, los expertos recomiendan al "insomne" que quiera consumirla son asiduidad que acuda previamente a la consulta de su médico de cabecera, y le exponga la naturaleza de su estado clínico.

La dependencia es otra de las caras terapéuticas de las plantas impulsoras del sueño. El ejemplo más claro es la valeriana, un "producto natural" (con efectos sedantes y espasmolíticos que reduce la tensión nerviosa y la ansiedad) que no debe consumirse de forma continuada durante períodos superiores a los ocho días o diez días porque "engancha."

Por otro lado, tampoco es conveniente abusar de dichas plantas si se va a conducir. Sus efectos sedantes pueden convertir el remedio en algo peor que la enfermedad, y causar situaciones para las que luego no existe remedio.

## **LA CUARTA PARTE DE LOS MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EN FRANCIA SON INEFICACES, SEGÚN UN INFORME OFICIAL**

*José Luis Barbería, El País (Madrid), 7 de agosto de 1999*

La cuarta parte de los medicamentos que consumen los franceses son completamente inútiles o muy poco eficaces, según acaba de descubrir la Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria, después de analizar un total de 1.200 fármacos recomendados específicamente para las enfermedades cardiovasculares, de metabolismo, reumatismo y psiquiatría. Resulta que algunos de esos fármacos, entre los que abundan los placebos, figuran entre los grupos de medicamentos más recetados o más caros de la farmacopea francesa. Las autoridades sanitarias han dado un plazo de cinco semanas a las empresas fabricantes de esos 270

medicamentos de dudosa eficacia para que aporten pruebas convincentes del interés médico de sus productos. Si sus explicaciones no convencen a los científicos oficiales, la Seguridad Social francesa anulará o reducirá drásticamente la tasa de reembolso asignada a esos fármacos.

Los expertos de la agencia sanitaria se han puesto manos a la obra de analizar los medicamentos por indicación expresa el gobierno francés, que lleva meses advirtiendo de la alarmante progresión de los gastos de la Seguridad Social.

Aunque la ministra de Empleo y Solidaridad proclama que su propósito no es tanto hacer economías como mejorar el servicio farmacéutico a los ciudadanos, parece evidente que el gobierno cuenta con ahorrarse miles de millones al año.

En el informe de este primer estudio, que debe ser continuado con el análisis de los antibióticos y los medicamentos contra la gastroenteritis y la neumonía, los expertos se escandalizan por el hecho de que los poderes públicos estén sufragando productos de tan dudosa eficacia, denuncia que da pie, a su vez, a interrogarse sobre la opacidad y tortuosidad de las relaciones entre la industria farmacéutica y la Administración.

## **LA INTIMIDAD ALIENTA EL USO DE FARMACIAS 'ON LINE'**

*El País (Madrid) 5 de agosto de 1999.*

Los defensores de las farmacias electrónicas ven en su uso una ventaja con respecto a las tradicionales: evitan el encuentro cara a cara con el vendedor a aquellos clientes que se sienten cohibidos al solicitar productos para el control de la natalidad o para la incontinencia, por ejemplo. Que a las farmacias en línea les va bien, al menos en Estados Unidos, lo demuestra que el gigante del comercio electrónico Amazon ha comprado este año el 44% de drugsore.com una de las tiendas en línea mejor surtidas de medicamentos.

## **FARMAINDUSTRIA PAGARA EL AÑO PRÓXIMO A SANIDAD LA MITAD DE LO QUE SE LE PEDÍA**

*Lucía Argos, Madrid*

Farmaindustria logró uno de sus objetivos en el pacto de ahorro en farmacia que hoy firma con el ministro de Sanidad, José Manuel Romay. Este año los laboratorios devolverán 29.145 millones de sus beneficios, pero el que viene sólo 16.000, la mitad de lo que se les pedía, al tener en cuenta que ganarán menos como consecuencia de otros puntos del pacto. Con las medidas previstas, incluida la

exclusión de unas 400 medicinas, Sanidad prevé ahorrar este año 75.000 millones. El PSOE entiende que el pagano será el usuario, ya que los medicamentos excluidos tendrán precios libres.

La negociación de este pacto, alcanzado a duras penas el pasado 30 de diciembre, ha sido tan crispada que hoy ambas partes presentarán sus resultados por separado. Durará sólo dos años, como también pretendía la industria; y servirá, al menos durante este periodo, para contribuir con 65.000 millones a la financiación adicional de la sanidad pactada con las comunidades autónomas para los próximos cuatro años.

El acuerdo no contempla el impacto del polémico medicamentazo. Pero la lista de fármacos está en marcha y supondrá, según fuentes de la negociación, un ahorro de 32.000 millones de pesetas, a costa de excluir de la financiación pública entre 415 y 425 productos (cada uno de ellos con varias presentaciones). Estas medicinas pasarán a tener precios libres, como ya se recoge en la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos, y además se podrán seguir recetando en la sanidad pública con una receta especial. Eso sí, advirtiendo al usuario de que tendrá que pagar su precio íntegro.

Además, este año habrá una rebaja de precios, como anunció el propio ministerio. Con ello se busca ahorrar otros 10.000 millones. La rebaja será solo de algunas medicinas y se negociarán una por una con sus fabricantes. En resumen, si todas estas medidas tuvieran efecto desde el uno de enero (lo cual ya es imposible), el ahorro a finales de año subiría hasta 71.145 millones de pesetas. A ellos hay que sumar otros 4.000 que se espera ahorrar gracias a los medicamentos genéricos-un 25% más baratos-. En los trámites para su puesta en práctica -entre ellos el decreto de rebaja de precios- se perderá algún tiempo de ganancia.

El fleco más importante que quedó en diciembre era cómo diseñar el pacto para 1999. Y aquí Farmaindustria ha conseguido rebajar su aportación hasta los 16.000 millones, al serle reconocido que perderán el dinero por otra parte: a costa de la mayor venta de los genéricos más baratos.

El PSOE, que no consiguió que el ministro Romay compareciera en el Congreso para explicar el pacto antes de firmarlo, tacha estas negociaciones de «oscurantistas». Su portavoz sanitaria, Ángeles Amador, sostiene que en el acuerdo se trampean las cifras: «se suma dos veces», dice, porque Farmaindustria ya está aportando dinero en virtud de otro acuerdo anterior firmado en 1996. Este año, en concreto, han sido 17.000 millones de pesetas los aportados. Con ello, Amador, calcula que realmente la aportación adicional de la industria en el nuevo pacto son 12.000 millones y no 29.000.

Fuentes ministeriales replican que en este nuevo pacto sólo se puede restar, en todo caso, la mitad de lo que debería pagar la industria en 1998 -unos 8.500 millones-, ya que el acuerdo anterior vencía el próximo 30 de junio. Desde el ministerio se defiende que los cálculos de ahorro para este año dan un margen suficiente como para cumplir el compromiso de los 65.000 millones.

Pero el PSOE va más allá en sus preocupaciones. «No vamos a hacer lo que hizo el PP con nosotros cuando planteamos la primera exclusión de medicamentos, pero tampoco queremos que nos usen de tapadera», afirma Amador. «No estaremos de acuerdo con la financiación selectiva si se va a hacer a base de transferir el coste al bolsillo privado».

La portavoz socialista se refiere al impacto que puede tener el que los fármacos excluidos se sigan recetando, aunque el paciente pague su precio íntegro. Amador cree que si se excluyen grupos terapéuticos completos (todos los fármacos disponibles para un tipo de trastorno), serán muchos los que paguen la medicina a la que están acostumbrados.

## **VITAMINA A Y DESARROLLO.**

*El País, (5-11-99)*

Los déficit de vitamina A siguen causando graves problemas en los países subdesarrollados (ceguera infantil, diarreas, bajas defensas o muerte). "Los más afectados por la carencia de este micronutriente son los niños y las mujeres en edad fértil. Una suplementación dos o tres veces al año de vitamina A podría evitar la muerte de uno a dos millones de niños al año", dijo Alfred Sommer, profesor de la Universidad John Hopkins de Baltimore (Estados Unidos), en una reunión del Instituto Carlos III de Madrid. Un estudio sobre 50.000 mujeres en Nepal, publicado recientemente en *The British Medical Journal*, ha revelado que pequeñas dosis semanales de este micronutriente administradas durante la edad fértil reducen a la mitad la mortalidad por maternidad. En los países desarrollados, según Summer, no hay problemas de carencias vitamínicas, salvo en algunos grupos de niños inmigrantes.

## **ASMA MAL TRATADA**

*El País, (5-11-99)*

Siete de cada 10 personas que sufren asma no reciben el tratamiento adecuado y muchos de ellos ni siquiera están diagnosticados, según ha manifestado María José Espinosa de los Monteros en nombre de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica. El asma afecta a un 5% de

la población en los países industrializados, pero en España hay zonas en las que la incidencia alcanza hasta el 10% y va en aumento. "Las últimas evidencias internacionales confirman que el tratamiento correcto y eficaz del asma se basa en la administración de antiinflamatorios y que el uso de sustancias broncodilatadoras de corta duración debe limitarse a los momentos de crisis. Cuando el empleo de broncodilatadores de acción corta tiene una frecuencia superior a dos veces semanales, debe iniciarse un tratamiento a base de esteroides inhalados.

## **ASMA Y LECHE MATERNA**

*El País, (5-11-99)*

Un estudio realizado en Australia aporta un nuevo argumento para que los hospitales recomienden la leche materna en la alimentación de los bebés. Los niños que son alimentados con leche materna, al menos hasta los cuatro meses de vida, están más protegidos contra el asma y contra la predisposición a sufrir reacciones alérgicas que los niños que toman leches maternizadas. La investigación, realizada por el Instituto for Child Health Research sobre un total de 2.187 niños, aparece publicada en la revista *British Medical Journal*.

## **EN ESPAÑA EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS SOLO SUPONE EL 1,7% DEL GASTO PÚBLICO FARMACÉUTICO**

*Gabriela Cañas, El País (Madrid) Enero de 2000*

Los medicamentos genéricos se abren camino en España poco a poco. Es un fenómeno tan nuevo que probablemente muchos ciudadanos desconocen que en las farmacias hay ya medio centenar de fármacos que pueden comprar a un precio muy inferior a los de marca y que entre ellos está desde el Prozac, conocido como la píldora de la felicidad, hasta los más habituales antibióticos. Para el Sistema Nacional de Salud, su uso masivo supondrá un notable ahorro, aunque de momento sólo representa el 1,7% del gasto en farmacia. Una orden ministerial de próxima aprobación fomentará su consumo.

En Alemania, el 20% del gasto farmacéutico público es de genéricos; en Dinamarca, del 27%. Son elevados porcentajes frente a los cuales el 1,7% español puede parecer ridículo. Desde una óptica distinta, es un gran avance. Frente a la tradición de una década de los países citados, en España sólo hay genérico desde 1997, año en el que se registraron ocho principios activos (medicinas). En 1998 se incorporaron 17 más y, según un estudio realizado

por tres especialistas del Insalud, este mercado supuso sólo el 0,18% del gasto público total en fármacos. El Ministerio de Sanidad calcula que este año ese mercado habrá supuesto el 1,7% del gasto del Sistema Nacional de Salud, lo que significa que se ha multiplicado por 10.

A fecha 30 de noviembre de 1999, Sanidad tenía autorizados 55 principios activos de genéricos que se venden en unas 350 presentaciones diferentes. El fomento de este mercado es una medida que apoyan todos los grupos políticos, porque puede reducir sensiblemente la gruesa factura farmacéutica de la sanidad pública, que el año pasado fue de un billón de pesetas.

En los tres últimos años, el Ministerio de Sanidad ha ido introduciendo cambios legales para abrir las puertas a este mercado. Primero se permitió el registro de genéricos, que son medicamentos que ya han perdido su patente y que, por tanto, pueden venderse más baratos, pues en el precio de los nuevos medicamentos se repercute la inversión de los laboratorios en investigación. Retos y leyes nuevas van a permitir que los farmacéuticos despachen medicinas bioequivalentes a las que prescribe el médico, pues ahora el facultativo no escribe en sus recetas el nombre de la medicina, sino el de la marca comercial, y nadie, salvo excepciones, puede cambiarlo.

### ***Una medida limitada***

De momento, ni los farmacéuticos ni los médicos tienen obligaciones o incentivos que les inclinen a despachar y recetar estas medicinas, que vienen a costar hasta un 30% menos que las ofrecidas por las marcas comerciales.

Para empezar, habría que lograr que se generalizase una "nueva cultura", indica José Félix Olaya, subdirector general de Medicamentos de Uso Humano del Ministerio de Sanidad. Para ello, el consumidor debe saber que un genérico no es peor que la medicina equivalente más cara, una idea que explica que el Prozac arrase hoy en España pese a que diez laboratorios lo ofrecen en genérico mucho más barato.

Pero el impulso definitivo deberá venir de la mano de una orden ministerial que, según el ministro de Sanidad, José Manuel Romay, será aprobada en el primer trimestre de este año. Desarrollará el decreto llamado de Precios de Referencia y, a grandes rasgos, va a consistir en que la sanidad pública sólo sufrague los fármacos más baratos, ya que el farmacéutico despachará el genérico cuando la marca prescrita por el médico supere el precio de referencia fijado para ese medicamento. Si el paciente prefiere una marca cara, tendrá que poner la diferencia.

Aunque la reforma supondrá un evidente ahorro al sistema público, el principal partido de la oposición, el PSOE, no

entiende por qué es tan limitada. Por un lado, el sistema sólo va a funcionar para medicinas que tengan un genérico, lo que hoy estrecha enormemente las posibilidades de aplicación; y, además, las limitaciones se agravan por el hecho de que se han impuesto normas muy estrictas para considerar que un medicamento es equivalente a otro y, por tanto, intercambiable en la farmacia. Un envase más barato deberá llevar idéntica composición, pero también presentación, dosis y vía de administración iguales.

El estudio antes mencionado del Insalud, firmado por los especialistas en gestión farmacéutica Belén Crespo, Alicia Benedí y Vicente Gómez, concluye que, en cualquier caso, el uso de genéricos es beneficioso por sus ventajas económicas y por la racionalización que introduce en la prescripción por denominaciones oficiales de principios activos, "con lo que ello supone de conexión del médico con su genuina formación farmacológica". Y, por si alguien cree que los nuevos (y carísimos) medicamentos tienen la ventaja de ser mejores, otro dato del mismo estudio: "Desde 1996 se han registrado 84 nuevos principios activos, 55 de los cuales no suponen mejora terapéutica".

## **ANTIDEPRESIVOS, ANSIOLÍTICOS Y PREVENTIVOS DEL CÁNCER DE MAMA**

*G. C., El País (Madrid) Enero de 2000*

En octubre del año pasado la prensa contó con gran despliegue que Estados Unidos aprobaba el uso de un fármaco para prevenir el cáncer de mama en mujeres de alto riesgo. Pues bien, este medicamento, cuyo principio activo es el tamoxifeno, se vende en España bajo cuatro marcas comerciales, y además hay una quinta que es un genérico que rompe los precios de los otros cuatro, con una reducción de hasta el 28%, lo que supone ahorrarse casi 500 pesetas en un solo envase.

Uno de los antibióticos más conocidos, el Clamoxyl, tiene ya varias réplicas genéricas en el mercado con el nombre de Amoxicilina. En un pequeño envase de 12 cápsulas, el paciente puede ahorrarse alrededor de 150 pesetas. Entre los antiinflamatorios hay ya nueve laboratorios que comercializan el diclofenaco, principio activo popularizado por la marca Voltaren.

Ocurre lo mismo con el famosísimo Prozac, bautizado como píldora de la felicidad por sus efectos antidepresivos. Su principio activo es la fluoxetina, que diez laboratorios ofrecen ya como genérico y, por tanto, más barato.

A pesar de que la oferta española es aún muy estrecha en comparación con la de otros países europeos, se puede



adquirir como genérico incluso el antiviral para el tratamiento del SIDA elaborado a base de zidovudina, más conocido por el nombre comercial de Retrovir.

### Las siglas EFG

Obviamente, los genéricos son fármacos antiguos (deben pasar 10 años desde su registro para perder la patente), pero tienen la ventaja de estar suficientemente probados. Algunos como el antimicótico Clotrimazol estaban en desuso, pero se utilizan ahora para tratar infecciones oportunistas en enfermos de SIDA.

Reconocer un genérico es sencillo. Todos deben llamarse igual que el principio activo que contienen junto al nombre del laboratorio que lo produce, además de las siglas EFG (especialidad farmacéutica genérica).

Para los consumidores, el único modo de beneficiarse de este mercado de genéricos es la información. Son ellos los que tienen que reclamarlos en la farmacia, porque, de momento, los médicos no tienen un incentivo especial para recetar genéricos que supongan un ahorro al paciente y al sistema de salud en caso de una receta subvencionada. Además, si se compra sin receta, al farmacéutico le beneficia vender la medicina más cara, ya que se queda con un porcentaje.

### EL 30% DE LAS ATENCIONES EN URGENCIAS SE DEBE AL MAL USO DE LOS MEDICAMENTOS

*Intxausti, El País (Madrid), 30 de Octubre de 1999*

Un 30% de las personas que acuden a los servicios de urgencias de los hospitales lo hacen por cuestiones relacionadas con una mala utilización de los medicamentos o por los efectos secundarios que éstos provocan, según un estudio presentado en el I Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, que reúne a más de 1.000 profesionales en San Sebastián y que ayer fue inaugurado por el ministro de Sanidad y Consumo, José Manuel Romay Beccaría. Un reciente estudio realizado en Salamanca indica que el 4% del total de ingresos hospitalarios en esta ciudad son debidos a este tipo de situaciones.

El problema "es muy grave y más importante que los ocasionados por los infartos de miocardio, la diabetes o el asma", subrayó el profesor de la Universidad de Florida Charles D. Hepler, quien abogó por la prevención. También desde un punto de vista económico. "Cuesta una enorme cantidad de dinero" e "incomodidad en el paciente", señaló Robert J. Cipolle, profesor de la Universidad de Minesota. Además, añadió que en Estados Unidos, por cada dólar invertido en atención farmacéutica se produce un ahorro de dos en gasto sanitario.

La profesora Linda M. Strand abogó por una mayor colaboración entre farmacéuticos y médicos para subsanar estas deficiencias y destacó que en España los primeros son "el grupo más progresista del mundo en cuanto a la difusión de la atención farmacéutica".

Los tres especialistas americanos apuestan por un cambio en la labor del farmacéutico. Estos deben garantizar el seguimiento del consumo de medicamentos y recomendar su mejor utilización al paciente, ya que ello derivaría en un ahorro en el gasto farmacéutico. En Guipúzcoa existe una experiencia piloto en ese sentido por la cual 12 farmacias siguen la evolución de un grupo limitado de pacientes, en colaboración con el médico. Una ficha personal en la cual anota todas las sustancias que consume cada uno de estos clientes le sirve para vigilar el estado de salud de éste.

Precisamente para evitar el abuso de los medicamentos y fomentar el consumo de genéricos -fármacos sin marca y, por lo tanto, más baratos-, ocho asociaciones de consumidores desarrollarán en noviembre una campaña conjunta en toda España, informa Amaya Iríbar. La campaña, presentada ayer en Madrid, está avalada por el Gobierno y tiene como objetivo informar a la población, a través de trípticos y conferencias, de cómo deben consumir y conservar los fármacos; advertirle sobre el peligro de la automedicación y fomentar el uso de genéricos.



# Investigaciones en América Latina

## ESTUDIO DE HÁBITOS DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS DE LA CIUDAD DE LA PAZ, BOLIVIA

Oscar Lanza V., José Zambrana, Rodrigo Urquieta Arias, Javier Valencia T. y Carlos Montes

### Resumen

Tomando en cuenta indicadores propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se llevó a efecto en el primer semestre de 1998 el presente estudio en 12 servicios del Hospital de Clínicas-Universitario de la ciudad de La Paz (Bolivia), recolectándose 1308 recetas que prescribían un total de 1956 medicamentos. Los prescriptores de estas recetas fueron profesionales médicos, trabajadores y estudiantes internos en el mencionado hospital.

Se estudió el número, promedio, y proporción de prescripciones conteniendo antibióticos, analgésicos, soluciones parenterales, formas inyectables, proporción de fármacos considerados sin efecto terapéutico demostrable, prescripción de fármacos de dispensación controlada, proporción de antidiarreicos, prescripción bajo nombre genérico o comercial, grado de cumplimiento de requisitos legales de prescripción, claridad de las instrucciones y otros datos inherentes a medicamentos prescritos por receta.

Los resultados demuestran que un alto porcentaje de las recetas no cumplen los requisitos legales vigentes. El 70,6% de las recetas prescritas no llevan identificación del profesional o el número de la matrícula o de registro profesional.

### Introducción

Uno de los grandes problemas de nuestro medio es el uso inapropiado de los medicamentos, por parte tanto de los consumidores como de los que los prescriben y dispensa, entre los que se incluyen médicos, trabajadores de salud, y estudiantes de medicina.

Hasta el momento no se dispone en Bolivia de una información sistematizada y objetiva que permita definir las causas de los malos hábitos de prescripción y dispensación de los medicamentos y que nos ayude a mejorar las prácticas del uso de los medicamentos. Debido a eso se realizó el presente estudio cuyos resultados pueden

servir como referencia para el país.

### Metodología

El presente estudio está basado en recetas médicas prescritas tanto a pacientes internados como a pacientes de consulta externa. El contenido de las recetas fueron transcritas a un formulario prediseñado. El cuestionario constaba de 20 preguntas de elección múltiple, como de llenado numeral. Se seleccionaron 1308 recetas médicas en base a una muestra aleatoria simple en los servicios de salud del Hospital de Clínicas de La Paz durante el primer semestre de 1998 en doce servicios de salud, tanto de pacientes internos (50,5%) como de consulta externa (49,5%).

Se procedió a chequear cada receta y su respectiva formulación para realizar las correcciones necesarias. La identificación y clasificación de los medicamentos prescritos en las recetas estudiadas se basó en el Formulario Terapéutico Nacional de Bolivia y en la Guía Profesional de Medicamentos (Manual de Consulta para Médicos y Odontólogos y Farmacéuticos de Colombia).

### Resultados

El Cuadro 1 presenta las características de los que prescribieron las recetas. El 70,6% de las recetas no llevan nombre o registro profesional del que las prescribió. Además, el 80% no identifica el servicio de salud. El 97,8 de las recetas cumplen con el requisito legal de tener firma y fecha de expedición, y un 89,0% de las recetas son legibles.

El Cuadro 2 indica las instrucciones incluidas en las recetas. Como puede observarse prácticamente no se da información sobre vía de administración y duración del tratamiento. Si se tiene en cuenta los bajos niveles de educación de los usuarios y con frecuencia la falta de familiaridad con muchos medicamentos, se puede concluir que la carencia de información puede incrementar el uso inadecuado de los mismos.

Cuadro 1. Características de las personas que prescriben

Recetas sin identificación de la persona que prescribe	(%) 66,3
Estudiantes de medicina	20,7
Médicos	13,0
Total	100,0

Cuadro 2. Instrucciones incluidas en la recetas

Tienen instrucciones sobre dosificación	(%) 100,0
Tienen instrucciones sobre vía de administración	1,1
Tienen información sobre duración tratamiento	9,4

El Cuadro 3 presenta algunas características de las recetas prescritas. En las 1308 recetas se recetaban un total de 1956 medicamentos, es decir un promedio de 1,5 medicinas por receta.

### Conclusiones

Si bien las recetas estudiadas están prescritas por los servicios públicos de salud presentan algunas deficiencias serias: un porcentaje elevado no incluye la identificación del grado profesional del prescriptor médico, ni lleva número de matrícula o nombre del profesional que la prescribe ni el nombre del servicio de salud en el cual el paciente fue atendido. Es decir que un alto porcentaje de las recetas no cumplen con los requisitos legales. Tampoco se identifica la procedencia y quien es el responsable de la prescripción, y por lo tanto no se puede identificar responsabilidades.

Cuadro 3. Algunas características de las recetas y medicinas prescritas en %

Recetas que prescriben antibióticos	13,1
Recetas que prescriben soluciones parenterales	17,0
Recetas que prescriben medicamentos genéricos	56,4
Recetas que prescriben inyectables	36,6
Recetas que prescriben antidiarreicos	3,8
Recetas que prescriben analgésicos	28,1
Los medicamentos recetados esenciales (lista OMS)	62,5
Los medicamentos recetados tienen efecto terapéutico demostrado	95,3

Según se ha indicado con excepción de la dosificación las instrucciones para consumir los medicamentos son extremadamente limitadas, lo que puede producir errores lamentables. Del lado positivo, el promedio de medicamentos por receta es 1,5 lo que sugiere un uso racional de los medicamentos, es también positivo que un número relativamente alto se conforma a la lista de medicamentos esenciales. El porcentaje de soluciones parenterales es un buen indicador de uso adecuado, pero no lo son los porcentajes de inyectables ni el de medicamentos sin efecto terapéutico demostrado.

### Agradecimiento

A los alumnos del cuarto curso del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz (Bolivia), Cátedra de Economía de la Salud. Dr. Oscar Lanza 1998, que participaron y colaboraron activamente en hacer posible este estudio.

## PERFIL DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN LA CIUDAD DE QUITO, ECUADOR

Marcelo Lalama

### Resumen:

Este es un estudio de tipo transversal, observacional, de 455 personas escogidas en forma aleatoria, que recibieron fármacos durante los últimos seis meses. El objetivo fue determinar las características del consumo de medicamentos en la ciudad de Quito. El 36% de los encuestados se automedicaron, en particular el grupo de ingresos económicos deficientes (46,58 %). La automedicación se observó especialmente en el grupo terapéutico de los analgésicos (46,4%), antibióticos (22,8%) y antiinflamatorios (9,1%). Del total de la muestra, solo 43% tuvieron información calificada sobre su tratamiento. De los que se automedicaron, 49% se informó por medios publicitarios tipo popular como afiches, boticarios, familiares o amigos; otros medios de información fueron: televisión (42%), prensa (5%), revistas (3%) y radio (1%). La dosis diaria recibida fue incompleta en el 30% de los entrevistados y 68% recibió su tratamiento por el tiempo adecuado. Podemos concluir que la automedicación es un fenómeno importante en la ciudad de Quito, que la información sobre medicamentos no es apropiada, de igual manera que la posología y duración del tratamiento.

### Introducción

El objetivo de este estudio fue determinar las características del consumo de medicamentos en la ciudad del Quito, en lo referente a la automedicación, formas de administración y fuentes de información sobre medicamentos.

En base a la información disponible<sup>1-3</sup>, postulamos que en la ciudad de Quito, los medicamentos se consumen siguiendo parámetros establecidos por información que mantiene una desviación negativa en lo referente al origen del tratamiento, la posología y el tiempo de administración.

Este tipo de investigación, realizada por estudiantes de Farmacología, sirve para entrenarlos en el diagnóstico de

los problemas terapéuticos prevalentes, concientizarlos sobre ellos y sentar las bases para la implementación del sistema ABP (Aprendizaje a Base de Problemas).

### Materiales y métodos

Este es un estudio de tipo transversal. Durante un período de 10 días continuos, en la ciudad de Quito fueron entrevistadas 455 personas mayores de 18 años, que

recibieron medicamentos durante los últimos 6 meses. La encuesta fue de tipo individual, realizada por estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad Central, bajo supervisión docente. La muestra fue aleatoria, de acuerdo a la distribución urbana de la ciudad y a la condición económica de los consumidores. Las variables investigadas fueron el origen del tratamiento, tipo de tratamiento, categoría socio-económica del consumidor, posología, tiempo de tratamiento y tipo de información que generó el consumo. Para el proceso estadístico se empleó el programa EPI-INFO 6.0.

### Resultados

El origen del tratamiento puede observarse en la Figura 1. Por prescripción médica el consumo de medicamentos fue 64%, siendo el 36% restante por automedicación. Esta última cifra se divide en: decisión propia (18%), por recomendación del boticario (11%) y por consejos familiares (7%).

La relación entre el ingreso mensual (considerado en términos de salario mínimo vital) y el origen del tratamiento se presenta en la Figura 2. La automedicación fue mayor en el grupo de ingresos económicos deficientes (46,58%) que entre las personas de ingreso económico bueno (33,76%) o muy bueno (19,66 %); en consecuencia quienes recibieron medicamentos por prescripción médica de forma más frecuente, fueron los de ingreso económico muy bueno y bueno respectivamente.

Los grupos terapéuticos más automedicados fueron los analgésicos (46,4%), antibióticos (22,8%) y los antiinflamatorios (9,1%). El segmento otros grupos (21,70%), incluye: antiparasitarios (6,5%), vitaminas (5,22%), mucolíticos (3,26%), antiácidos (2,61%), antidiarreicos (1,3%), antihistamínicos (1,3%), líquidos y electrolitos (0,86%), antimicóticos (0,65%), tal como se señala en la Figura 3.

El 43% del total de la muestra recibió información sobre los medicamentos y/o el tratamiento en curso. En caso de automedicación, el 49% (otros) obtuvo información a través de formas populares de publicidad como afiches, boticarios, familiares o amigos; otras fuentes de información fueron: televisión (42%), prensa (5%), revistas (3%) y radio (1%), tal como muestra la Figura 4.

La dosis diaria fue completa en el 70% de los casos, cualquiera fuera el origen del tratamiento; incompleta en el

28% y excesiva en el 2%. La duración del tratamiento fue completa en el 68% de los casos, incompleta en el 27% y excesiva en el 5% de los casos, como se muestra en la Figura 5.

### Discusión

Se considera como automedicación, la administración de medicamentos sin prescripción médica. La automedicación es un serio problema de Salud Pública, agravado en forma permanente en nuestros países, por las precarias condiciones socio-económicas y culturales. El acceso a los medicamentos por parte de nuestra población, con frecuencia es difícil, por el costo elevado o por la ausencia de un eficiente sistema estatal de prestación de servicios farmacéuticos, lo cual acentúa el uso de la medicina tradicional o de fármacos de forma irracional<sup>4</sup>. Un factor que agrava el problema, es que muchos prescriptores no tienen una formación adecuada sobre terapéutica<sup>5</sup>. También, muchos medicamentos de prescripción obligatoria se venden sin receta, como los sedantes, por ejemplo<sup>6</sup>.

Durante los últimos años ha crecido la preocupación en cuanto a las normas de información sobre medicamentos, en particular en cuanto a la promoción por parte de la industria farmacéutica<sup>7,8</sup>.

El uso inapropiado de medicamentos tiene consecuencias sanitarias y económicas graves, no solo para los individuos sino también para la colectividad<sup>9</sup>. La automedicación tiene su rol en cualquier sistema de salud, pero debe realizarse bajo condiciones controladas<sup>10</sup>, lo cual ha sido solucionado en parte por los países desarrollados, mediante la creación de centros, medios o programas de comunicación, que difunden información calificada sobre medicamentos a los profesionales de la salud y al público en general<sup>11</sup>, carencia que entre nosotros debe ser afrontada con urgencia.

En la ciudad de Quito, el índice de automedicación sería del 36%. Es de presumir que su frecuencia aumenta en la medida en que las condiciones culturales y sociales empeoran, como es el caso de las áreas rurales y provincias de nuestro país; en cambio, el consumo de medicamentos por prescripción médica es mayor en los grupos con una condición socio-económica muy buena.

Este estudio demuestra, que en el consumo de medicamentos con o sin prescripción médica, es frecuente la dosis incompleta, de igual manera que el abandono de los tratamientos.

Estas observaciones nos permiten concluir, que la automedicación es un fenómeno de prevalencia importante en nuestro medio, que es más frecuente cuando las

condiciones socio-económicas son precarias, que las categorías terapéuticas más empleadas son analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos, que la televisión se ha convertido en una fuente de información importante para el consumo de medicamentos y que los errores en la posología y duración del tratamiento, son frecuentes, incluso en la prescripción por profesional calificado.

El factor más importante que determina la automedicación en relación a la fuente de información, es el ambiente cultural, familiar y social. A la luz de estos hallazgos podemos sugerir, que la educación de la población por medio de formas simples de comunicación, podría ser un elemento fundamental para el adecuado consumo de medicamentos. Se debe considerar que los que reciben cualquier tipo de tratamiento, tienen el derecho a estar informados acerca de los potenciales riesgos y beneficios de los productos farmacéuticos que se prescriben o pueden obtenerse sin receta.

La educación del médico es estructural en la solución de éste problema y debe estar orientada a la enseñanza de la Terapéutica<sup>12</sup>.

### Bibliografía

1. Viteri, W. Uso racional de fármacos, Metro Ciencia, 1: 34, 1996.
2. Terán, J. Situación de los medicamentos en Ecuador, AIS, 9:45, 1992.
3. Ruilova, D. Uso racional de medicamentos, Los Medicamentos, 7: 14, 1997.
4. Rodríguez, J. Abuso de sustancias. Metro Ciencia, 3: 55-59, 1996.
5. Barriga, W. Empleo de medicamentos en el Ecuador, Los Medicamentos, 2:12, 1996.
6. Tipán, E. El médico y la industria farmacéutica, **Banco de Información Científica – Médica**, Universidad Central del Ecuador, Quito, 1997.
7. Trap, B. Uso racional de medicamentos, Boletín de Medicamentos Esenciales, 21 : 56, 1996.
8. Dikshil, RK. Una formación irracional para una terapéutica racional. Foro Mundial de la Salud, 13: 2, Ginebra, 1992.
9. Schultes, H. Uso irracional de medicamentos en América Latina: Los Cien Años de Mercado, 92: 37, 1995.
10. Drug Utilization Research Group, Latin America: Multicenter study on self-prescription in six Latin American countries, Clin Pharm Ther, 61: 488, 1997.
- 11.- CONSEP: Control de receta médica, Segunda Encuesta Nacional, Quito, 1995.
- 12.- Lalama, M. y Terán R.: **Buenas Prácticas de Prescripción**, Tercera Edición, OMS/OPS/MSP,

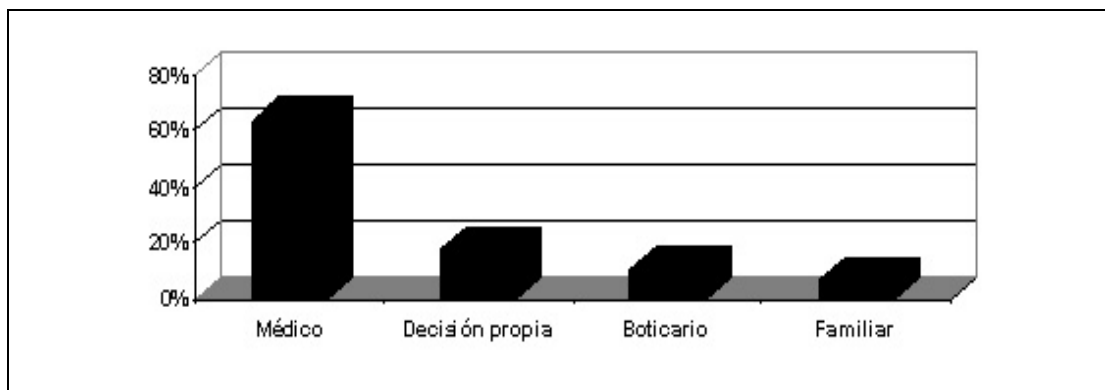
Quito, 1998.

Este artículo se publicó con anterioridad en la revista **Educación Médica Continuada, 64 (7-9), 1999**

Colaboradores: Abad ME, Abril T, Acosta L, Aguiar A, Aguilar A, Albán M, Alcócer J, Aldás M, Alemán N, Amaguaña T, Anchalá S, Andrade S, Aparicio R, Araujo C, Arias O, Barzallo C, Bastidas M, Bayas A, Bejarano R, Beltrán F, Beltrán C, Benítez M, Bonifaz V, Bravo J, Cabezas M, Cabrera F, Cabrera J, Cahuasquí A, Caicedo A, Calispa A, Calle J, Ortiz L, Ortiz B, Oyarzo P, Pavón P, Pacheco R, Páez J, Palacios J, Palate C, Palomeque L, Pancho M, Panzeri M, Paredes M, Paredes R, Parreño E. Estudiantes de Medicina, Universidad Central del Ecuador.

Dr. Marcelo Lalama,  
Fundación Terapia,  
PO Box: 17-12-858,  
Quito, Ecuador  
Telefax: 593 2 895 890.  
E-mail: mlalama@uio.satnet.net

**Fig. 1.- Origen del tratamiento**



**Fig. 2.- Relación entre ingreso económico y origen del tratamiento.**

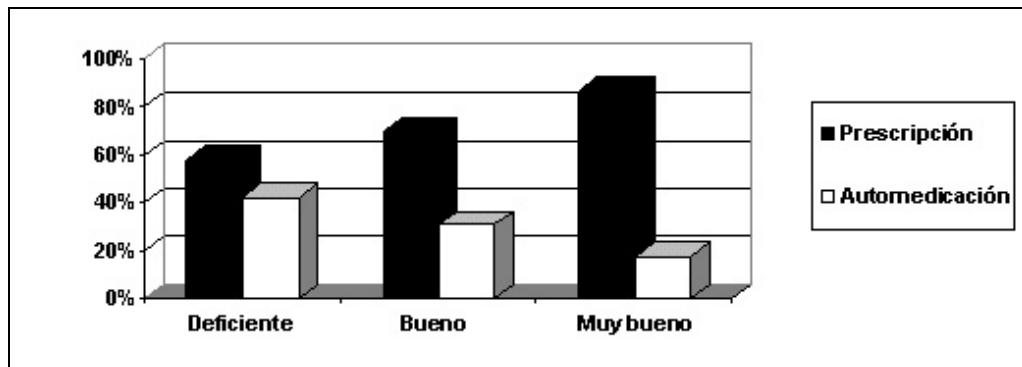


Fig. 3.- Relación entre grupos terapéuticos y origen del tratamiento.

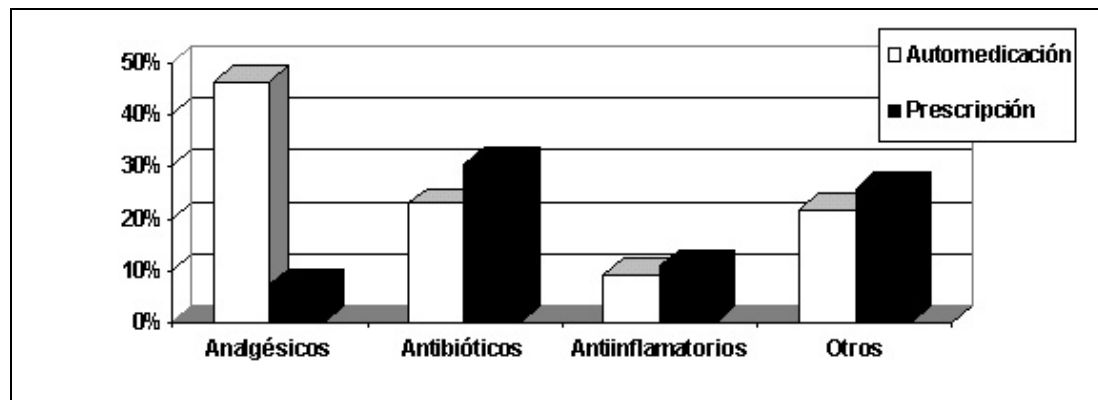


Fig. 4.- Medio de información en caso de automedicación.

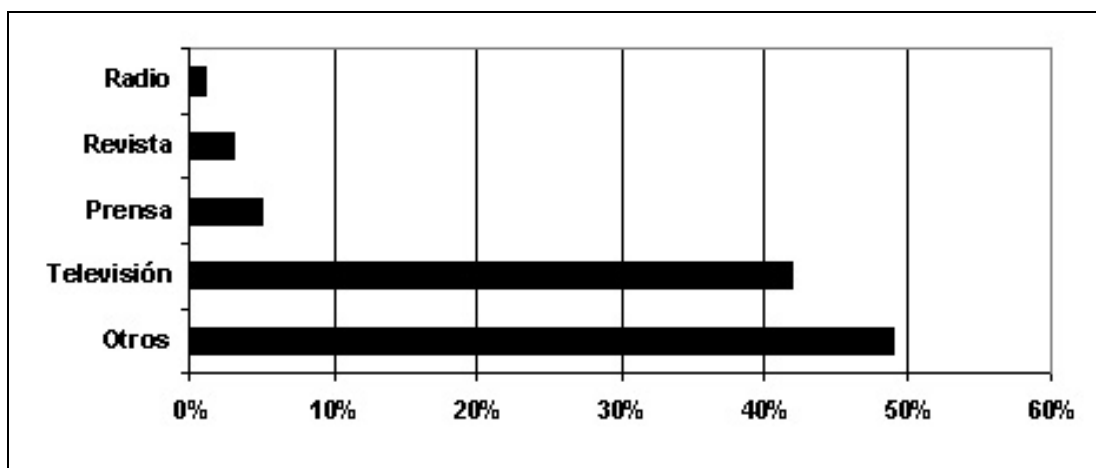
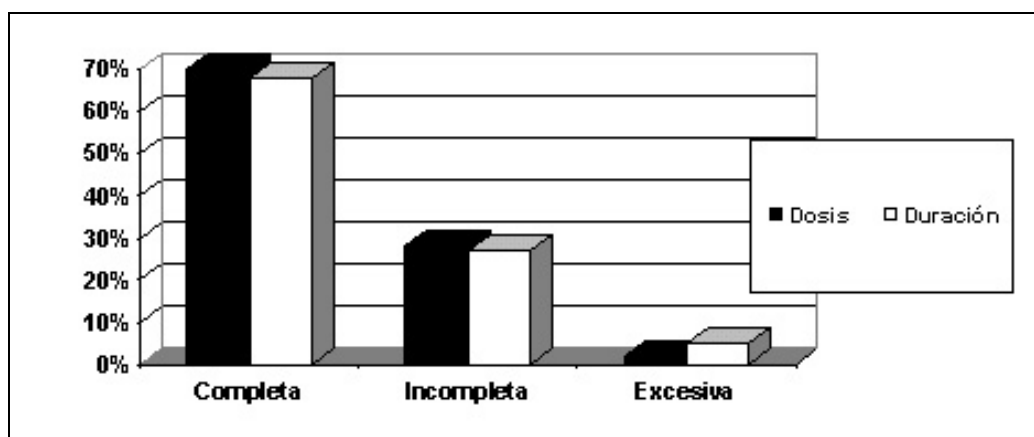


Fig. 5.- Dosis y duración del tratamiento



# Medicamentos Cuestionados

## FÁRMACOS PARA INFECCIONES GRAVES TROVAFLOXACINO Y ALATROFLOXACINO, CAUSAN DAÑOS HEPÁTICOS

*El País, Barcelona (07-06-99)*

El Comité Científico para Especialidades Farmacéuticas de la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos advierte en una comunicación pública que dos fármacos utilizados para tratar infecciones graves, entre ellas la neumonía nosocomial, una de las infecciones hospitalarias más frecuentes, puede provocar graves daños hepáticos.

Se trata de los principios activos trovafloxacin y alatrofloxacin, que se comercializan desde 1998 en ocho países de la Unión Europea (Alemania, Austria, Dinamarca, España, Finlandia, Holanda, Portugal y Suecia). En estos países se han prescrito en total unas 200.000 recetas de estos productos. Desde febrero de 1998 se han notificado "140 casos documentados de acontecimientos hepáticos graves", según la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos.

## RIESGO DE EMBOLIA EN LAS PÍLDORAS DE TERCERA GENERACIÓN

*El País, Barcelona (28-09-99)*

El uso de anticonceptivos orales de tercera generación podría estar relacionado con un aumento en el número de casos de tromboembolismo en las mujeres. Esta asociación es sugerida por una investigación que publica la revista British Medical Journal. El estudio ha sido dirigido por Lene Mellemkir, de la Sociedad Danesa del Cáncer, quien estudió los ingresos hospitalarios de personas de entre 15 y 49 años con problemas de embolia pulmonar, trombosis venosa y otras alteraciones trombóticas durante los años comprendidos entre 1977 y 1993. Los resultados de este estudio se correlacionaron con los datos sobre evolución del consumo de anticonceptivos orales de tercera generación.

En 1984, las píldoras de tercera generación representaban el 0,2% del total de anticonceptivos, en 1988 el porcentaje era del 17% y en 1993 alcanzaba el 66%. El estudio demostró que los ingresos por tromboembolismo entre las mujeres se mantuvieron estables en unos 120 casos por millón de habitantes y año hasta 1988 y luego aumentó a

140 entre 1989 y 1993. En cambio, en los hombres el número de ingresos permaneció estable.

El mismo número del BMJ incluye un contrapunto científico de Paul O'Brien, del Parkside Health Trust de Londres. O'Brien indica que el aumento del riesgo en los anticonceptivos de tercera generación respecto a los de segunda es cierto, y cita cuatro estudios anteriores al de Lene Mellemkir que lo han observado, pero indica que en términos absolutos la diferencia es pequeña. Considera que es todavía prematuro sacar conclusiones definitivas y, aunque valora muy positivamente el trabajo del equipo danés, afirma que se necesitan nuevos estudios que corroboren sus conclusiones.

Sin embargo, O'Brien concluye: "La evidencia clínica indica que la segunda generación de anticonceptivos deberían ser los de primera elección, no porque los de tercera generación no sean seguros, sino porque los de la segunda lo son más".

## SERIOS EFECTOS ADVERSOS DE MEDICAMENTO PARA LA OBESIDAD

*Arturo Lomelí*

La Asociación Médica Americana ha calificado a la obesidad como "la peor epidemia de los últimos diez años". En México algunos expertos han estimado que 3 de cada 10 personas sufren de obesidad y las enfermedades asociadas a ella son ya la primera causa de muerte. Obesidad y sobrepeso son el dolor de cabeza del 40% de nuestra población, especialmente la de mayor poder adquisitivo. Por ello el negocio de los gordos se ha tornado en uno de los más lucrativos. Tomando en cuenta todos los productos y servicios que se venden asociados a la lucha contra la obesidad o el sobrepeso, estimamos que las ventas en México son de aproximadamente 70 millones de pesos anuales. Mucho hay que lamentar que la inmensa mayoría de los productos para dizque adelgazar son una puerta falsa que evita o se desentiende de las verdaderas soluciones, como serían los cambios permanentes en los hábitos alimenticios y la práctica regular de un ejercicio. En la mayoría de los casos se ofrecen soluciones "mágicas", en las que no se exige ningún esfuerzo personal y ello es la clave de su éxito. En estos negocios proliferan amuletos, cremas y cosméticos, aparatos, vendas, libros de dietas irracionales, empresas y clínicas que suministran programas "completos", alimentos "ligeros" o "light"

Traducida y editada por Núria Homedes)

especialmente insípidos pero que se venden a precio de exquisitices de alta cocina francesa, bebidas con peligrosos edulcorantes artificiales, tratamientos quirúrgicos para eliminar adiposidades (liposucción) o para reducir el estómago, clubes y grupos comerciales de gordos, videocintas, "consejos" y dietas comerciales en revistas y periódicos y finalmente peligrosos medicamentos para eliminar el apetito, sustitutos de la alimentación y fármacos que reducen la absorción de grasas en el tubo gastrointestinal, como el orlistat que se vende bajo la marca Xenical. Con referencia a éste cabe señalar que la presentación para una semana cuesta 300 pesos (21 píldoras), por lo que el tratamiento por un año costaría \$ 16,300. La conocida publicación médica "The Medical Letter" destaca que los estudios clínicos en sujetos tras un año de tratamiento con orlistat y una dieta baja en calorías perdieron sólo un 10% de su peso inicial y en comparación los que sólo tomaron un placebo perdieron un 6%. Esto es que los tratados con orlistat tuvieron una mejoría "clínicamente trivial". En conclusión el orlistat ayuda a los obesos a perder peso moderadamente, pero los pacientes tienden a aumentar de peso de nuevo aunque se continúe el tratamiento, además de que entre sus efectos adversos se señala que puede provocar flatulencia con descarga de grasa, urgencia fecal, disminución en las concentraciones de la sangre de vitaminas A, D y E y de beta-carotenos, aunque las deficiencias de vitaminas podrían corregirse con suplementos de vitaminas liposolubles, no es así con la pérdida de carotenoides. Datos de estudios clínicos indica que 9 de 747 mujeres desarrollaron cáncer de mama, este problema se presentó en mujeres mayores de 45 años. El fármaco esta contraindicado en pacientes con malabsorción crónica o que sufren suspensión o detención del flujo de bilis. En todo caso nuevamente se plantea que el uso de medicamentos para combatir la obesidad es una alternativa con altos riesgos que no justifican sus dudosos beneficios.

## FLUNITRACEPAN

Flunitracepan (Rohypnol) es un tranquilizante/hipnótico que está siendo utilizado por drogadictos en muchos países. Algunos países listan el flunitracepan como narcótico para dificultar su distribución pero con frecuencia se vende sin receta y se utiliza solo o mezclado con otros narcóticos. En muchos países la casa productora de Rohypnol (Roche) ha cambiado la composición de las tabletas para dificultar el que se pueda utilizar de forma inyectable pero la presentación de las formas genéricas sigue siendo la misma. Hay quién piensa que no hay razón para que se siga comercializando el flunitrazepan.

(Información obtenida de E-druggers, 9 de julio de 1999,

## RETIRO DE ANTIPSICÓTICOS EN PAKISTÁN

Miles de enfermos con problemas psiquiátricos están experimentando serios problemas desde que varias compañías farmacéuticas decidieron dejar de proveer al país de una serie de medicamentos antipsicóticos, antidepresivos y anticolinérgicos. La acción de las compañías farmacéuticas contribuye a marginalizar todavía más a pacientes que ya están marginados y estigmatizados.

La escasez de medicamentos empezó hace más de seis meses y ha sido la peor que ha afectado al país. Un portavoz de la Sociedad de Psiquiatría de Pakistán dijo el 27 de agosto que la situación recordaba eventos propios de la época medieval y añadió que la falta de medicamentos podía aumentar el número de pacientes encarcelados en un momento en que los recursos son de por sí escasos. Además subrayó que este tipo de pacientes sin acceso al medicamento pueden constituirse en un peligro para sí mismos y para la sociedad.

Los medicamentos que ya no se proveen al país son el Kemadrin (prociclidina) del laboratorio Glaxowellcome, Largactil (clorpromacina) de Rhone-Poulenc Rorer, Triptanol (amitriptilina) de Merk Sharp y Dohme, y Melleril (thioridacina) de Novartis. Todos estos medicamentos son producidos por compañías multinacionales sin que haya competencia nacional. Las compañías solicitan aumento de precios pero el gobierno lo está bloqueando. Cada vez que las compañías intentan subir los precios y el gobierno las bloquea la industria responde cortando la oferta de medicamentos, lo que es una violación de la Ley de Medicamentos de 1976.

El día 27 de agosto, un corresponsal del Ministerio de Salud declaró a la revista **Lancet** que el gobierno está intentando solucionar el problema animando a la industria local para que produzca esos medicamentos y así minimizar la dependencia del monopolio de las multinacionales. Entre tanto los que operan en el mercado negro están aprovechándose de la situación y están vendiendo estos medicamentos a precios inflados.

(Información obtenida de E-druggers, 15 de septiembre de 1999, Traducida y editada por Núria Homedes)

## LA FDA SE MANIFIESTA EN CONTRA DE LA UTILIZACIÓN DE PLATA COMO COLOIDE PARA LOS MEDICAMENTOS DE VENTA



## **LIBRE**

La FDA declaró en el mes de agosto de 1999 que los medicamentos de venta libre que contienen plata como coloide no se pueden considerar efectivos ni seguros. LA FDA deberá probar todos los usos que se le den al coloide de plata. Además la FDA dijo que si la etiqueta de alguna medicina de venta libre dice que el medicamento es seguro hay que ignorar el mensaje porque no es cierto.

Los productos con plata coloidal, una suspensión de partículas de plata en una base gelatinosa, se han promovido como útiles para el tratamiento del SIDA, VIH, cáncer, tuberculosis, malaria, herpes, herpes zoster, neumonía, tifoidea, tétanos, lupus, escarlatina y en otras circunstancias, tanto en la población adulta como en la infantil. En general estos medicamentos son de administración oral pero algunos se presentan en formas tópicas o intravenosas.

*(Información publicada en E-druggers, traducida y editada por Núria Homedes)*

## **CANADÁ RETIRA DEL MERCADO EL PEMOLINE (CYLERT)**

El pemoline se ha utilizado para el tratamiento, tanto de niños como de adultos, con trastorno de atención por hiperactividad pero Canadá ha decidido retirar este medicamento del mercado por la posibilidad rara de hepatotoxicidad (se han reportado 16 casos en todo el mundo desde 1975). Las autoridades de salud canadienses han recomendado que los pacientes que tomaban pemoline discutan con su médico la posibilidad de utilizar otros medicamentos. El pemoline seguirá estando accesible a través del programa especial de acceso. También recomiendan que todos aquellos que han estado tomando ese medicamento se sometan a controles periódicos de su función hepática. Canadá es el único país que esta retirando este medicamento del mercado, EE.UU. ha optado por cambiar la etiqueta para indicar e riesgo de toxicidad hepática.

*(Información publicada en E-druggers, traducida y editada por Núria Homedes)*

## **FLUTAMIDE Y LA TOXICIDAD HEPÁTICA**

Los productores de Eulexin (flutamine), un medicamento utilizado para el tratamiento del cáncer prostático han cambiado la etiqueta para reflejar el peligro de hepatotoxicidad y la necesidad de someterse a controles periódicos de la función hepática.

*(Información publicada en E-druggers, traducida y editada por Núria Homedes)*

## **SE RETIRA DEL MERCADO UNA VACUNA CONTRA EL ROTAVIRUS**

Wyeth Lederle Vaccines ha retirado del mercado su vacuna contra el rotavirus, Rotashield.

*(Información publicada en E-druggers, traducida y editada por Núria Homedes)*

## **SE RETIRA DEL MERCADO EL GREPAFLOXACIN (RAXAR)**

GlaxoWellcome ha retirado del mercado una fluoruroquinona relativamente nueva en el mercado, la grepafloxacin (Raxar en E.E.U.U.). Esta decisión se debe a la relación costo-beneficio baja que tiene el medicamento ya que produce un alargamiento del intervalo QT.

*(Información publicada en E-druggers, traducida y editada por Núria Homedes)*

# Prácticas Cuestionadas en el Uso y Promoción de Medicamentos

## GRAVES NEGLIGENCIAS EN EL USO DE ANTIBIÓTICOS: LA AUTOMEDICACIÓN, LA EXCESIVA PRESCRIPCIÓN Y EL DESCONTROL EN LA GANADERÍA MULTIPLICAN LAS RESISTENCIAS BACTERIANAS

*Javier Sampedro, El País. Madrid (26-10-99)*

España, con sus 50 millones de envases vendidos al año, es uno de los países del mundo donde más se abusa de los antibióticos. Como consecuencia directa de ello, también es uno de los países con un mayor grado de aparición de bacterias resistentes a esos fármacos, un alarmante fenómeno que dificulta enormemente el tratamiento de la neumonía, la meningitis, la salmonelosis, las infecciones del tracto urinario y otras graves enfermedades. Los especialistas en microbiología clínica son unánimes al señalar las causas. La primera es que muchos médicos prescriben antibióticos en situaciones que no lo requieren. La segunda es la automedicación. Y la tercera, el uso ilegal de antibióticos en los piensos para acelerar el crecimiento del ganado.

En Estados Unidos, el 60% de los catarros comunes se tratan con antibióticos, unos agentes antibacterianos completamente inútiles contra esa dolencia, causada por un virus. En España no se dispone de esa cifra, pero la situación es probablemente igual o peor, ya que el consumo extrahospitalario de antibióticos es mayor en España (21 dosis diarias por cada 1.000 habitantes) que en Estados Unidos (20 dosis).

El abuso de los antibióticos en España es también superior al de Italia (18 dosis), el Reino Unido (15 dosis) y los países escandinavos (10 dosis), según los datos que el equipo de Beatriz Pérez Gorriño, especialista en microbiología clínica del Hospital del Niño Jesús, de Madrid, está a punto de publicar en el **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**. Sólo Francia (30 dosis) y Australia (25 dosis) superan a España en el uso injustificado de estos valiosos fármacos.

El jefe del servicio de Microbiología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, Fernando Baquero, identifica las dos principales causas de ese abuso: en primer lugar, muchos médicos recetan antibióticos a pacientes que no los

necesitan, generalmente para satisfacer las desinformadas demandas de éstos. Y, en segundo lugar, muchos pacientes compran y consumen antibióticos a espaldas de su médico. Según la ley española, estos fármacos sólo pueden venderse con receta, pero son raras las farmacias que se muestran rigurosas en la aplicación de ese requisito.

El problema, sin embargo, no se restringe a los mostradores de las farmacias. Según los estudios de Baquero y Pérez Gorriño, el consumo total de antibióticos en España varía entre las 250 y las 300 toneladas anuales. De esa cifra, sólo el 50% es de uso humano. El resto se administra al ganado y a los animales de granja, ya sea para tratar sus enfermedades (20%) o simplemente para acelerar su crecimiento mediante la adición sistemática de los antibióticos al pienso (30%). Esto último es una práctica muy extendida en la ganadería, y su descontrol constituye una creciente preocupación para los científicos.

### *Prácticas ilegales*

Baquero, que es miembro del Comité Científico de Alimentación Animal (SCAN) de la Unión Europea, explica que es de la mayor importancia evitar el uso en los animales de los antibióticos útiles para los humanos. De hecho, la adición al pienso de cualquier antibiótico como acelerador del engorde es ilegal, con la sola excepción de cuatro fármacos muy especiales (flavofosfolipol, avilamicina, monensina y salinomycin). Pero esas prácticas ilegales son muy difíciles de detectar con los análisis que se realizan habitualmente en los mataderos. El Ministerio de Sanidad reconoce que existe un considerable mercado negro de fármacos para piensos, y las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas muestran escasa o nula diligencia en su represión.

Pocos ganaderos son conscientes de los graves riesgos para la salud humana que comporta la adición al pienso de unas sustancias que compran como "potenciadores del crecimiento", y que a menudo no son sino antibióticos ilegales para ese uso. La carne o el pollo resultantes no suelen provocar intoxicaciones inmediatas a los consumidores. El problema es más difuso, y también más grave: la proliferación general, a medio plazo, de bacterias resistentes a los antibióticos, muchas de ellas causantes de peligrosas enfermedades humanas.

Los datos de Pérez-Gorriño demuestran que las bacterias

llamadas neumococos, causantes de algunos tipos de meningitis e infecciones respiratorias, se han hecho resistentes en España a una velocidad de vértigo. En los primeros años ochenta, un 10% de las muestras españolas de neumococos eran resistentes a la penicilina. Ahora esa cifra supera el 30%, una de las más altas del mundo. De forma similar, el porcentaje de resistencias que muestran en España las bacterias del género *Haemophilus* al antibiótico ampicilina ha crecido del 1% al 35% en poco más de una década. Estas bacterias son una causa frecuente de meningitis, otitis, neumonía y otras graves enfermedades cuyo tratamiento se ve ahora dificultado.

La misma tendencia se observa con otras bacterias - *Campylobacter*, meningococo, colibacilos, *Pseudomonas*, estreptococos, salmonella, todos ellos causantes de graves enfermedades-. En ocasiones, la totalidad del arsenal disponible de antibióticos muestra una notable reducción de eficacia.

Las autoridades sanitarias de algunas comunidades autónomas han aducido en días pasados, como justificación a la falta de control del mercado de antibióticos en sus territorios, que no está probado científicamente que el uso de estos fármacos genere resistencias bacterianas. Este argumento es inexacto.

#### ***Transmisión al humano***

Baquero explica que la comunidad científica internacional no tiene la menor duda de que el uso de antibióticos -por ejemplo, en los piensos animales- provoca la aparición de bacterias resistentes. Lo que aún no puede asegurarse en todos los casos es que esas bacterias se transmitan al ser humano, aunque ésta es una hipótesis más que razonable. De hecho, esa transmisión ya se ha demostrado para algunas bacterias patógenas resistentes a los antibióticos, como salmonella y *Campylobacter*.

Otras bacterias, como los colibacilos, son bastante ineficaces a la hora de colonizar el organismo humano, pero aún en estos casos constituyen un peligro, ya que pueden transmitir la resistencia a otras bacterias que sí infectan a los humanos. Pese a las investigaciones pendientes, los riesgos que el uso injustificado de los antibióticos suponen para la salud humana no deben minimizarse en ningún caso.

El problema de las resistencias no puede adjudicarse a un vacío legal. La venta de antibióticos sin receta, pese a constituir una práctica generalizada, está prohibida en España. Y tanto la ley del medicamento de 1990 como el real decreto 109/95 sobre fármacos para uso animal imponen un marco muy restrictivo sobre el uso de estos medicamentos en medicina y veterinaria. El problema es

que la ley no se cumple.

Pérez Gorricho enumera las medidas que aconseja la comunidad científica internacional y que recogen las asociaciones médicas más concienciadas sobre este asunto, como la Sociedad de Neumología y Cirugía Torácica (española) y la Asociación para el Uso Prudente de los Antibióticos (internacional).

En primer lugar, es preciso hacer cumplir la ley: los antibióticos sólo deben venderse con receta, sean para uso humano o veterinario, y los piensos deben controlarse. En segundo lugar, la sociedad debe ser reeducada sobre el uso racional de estos medicamentos. La utilización injustificada de los antibióticos no comporta un riesgo inmediato para el usuario, pero genera a medio plazo un grave problema colectivo.

### **RIESGOS PARA LA SALUD DE LOS TRANSEXUALES QUE SE AUTOMEDICAN**

*EL PAÍS*, Barcelona (02-11-99)

La automedicación con hormonas que practican un número cada vez mayor de transexuales puede provocar importantes problemas de salud. Un estudio de los doctores Antonio Becerra, Daniel Antonio de Luis y Gonzalo Piédrola, del hospital Ramón y Cajal de Madrid, publicado en el último número de la revista **Medicina Clínica**, revela los efectos de la administración de dosis hormonales superiores a las adecuadas.

El trabajo estudia a 57 transexuales que, entre 1993 y 1997, se autotrataron con hormonas; 31 para cambiar de varón a mujer, con estrógenos y antiandrógenos, y 26 de mujer a varón, con andrógenos. En ambos casos, pero sobre todo en los de mujer a varón, se detectaron incrementos de colesterol LDL y triglicéridos. También en los casos de mujer a varón se produce retención acuosa, hiperproducción de glóbulos rojos y obesidad. En los casos de varón a mujer aumenta la posibilidad de cáncer de mama y de próstata, la sequedad de piel y mucosas, el cloasma y las estrías abdominales. Según el estudio, el sistema sanitario debe tomar cartas en el asunto para evitar la automedicación.

### **LA SECRETINA NO RESULTA EFICAZ PARA TRATAR A NIÑOS AUTISTAS**

*EFE*, Boston (14-12-99)

Las esperanzas de encontrar un tratamiento eficaz para el autismo han sufrido un duro golpe tras revelarse que un

medicamento en el que había algunas esperanzas es en realidad una sustancia ineficaz y potencialmente peligrosa. El primero de una serie de estudios patrocinados por el Gobierno de Estados Unidos a través del Instituto Nacional de la Salud Infantil y el Desarrollo Humano (NICHD) ha demostrado que el tratamiento del autismo con la hormona sintética secretina no representa ninguna mejoría para los niños autistas. El estudio ha sido realizado con 56 niños autistas y publicado en el último número del **New England Journal of Medicine**.

El autismo es un problema del desarrollo neurológico del que se empieza a conocer su componente genético. Afecta a uno de cada 2.000 niños y sus síntomas más llamativos, que aparecen antes de que el niño cumpla los tres años, están relacionados con su incapacidad para comunicarse normalmente con otras personas.

### **PFIZER ATACA AL CENTER FOR DISEASE CONTROL EN RELACIÓN A LA NORMATIVA SOBRE INFECCIONES DE OÍDOS**

De acuerdo a un documento interno de la Pfizer obtenido por Public Citizen, Pfizer parece haber lanzado una campaña para persuadir a médicos a que ignoren las recomendaciones del Center for Disease Control (CDC) que recomienda el uso del antibiótico amoxicillin que es efectivo y económico (el tratamiento completo para un niño de 10 kgs. cuesta nada más 18,98 dólares) y promocionen en cambio el uso de su propio medicamento Zithromax (azithromycin) (el tratamiento completo para un niño de 10 kgs. cuesta 34,69 dólares). El documento de la Pfizer dice específicamente que el objetivo es “contrarrestar las directrices del CDC.” En una carta dirigida a la ministra de Salud y Servicios Humanos Public Citizen urgía a la ministra a informar a los pediatras del país, a los médicos de familia y a las enfermeras sobre la campaña de Pfizer para que no caigan en la trampa y hagan gastos innecesarios que consuman los escasos recursos de los servicios públicos para los pobres (Medicaid), y para que no mediquen a otros pacientes con un medicamento innecesariamente caro y de calidad inferior para las infecciones de oídos.

Lo que se pone en juego son las recomendaciones que ha desarrollado el CDC después de consultar con un grupo de expertos nacionales y que se han publicado en la revista **Pediatric Infectious Disease Journal** en enero de 1999.

Las recomendaciones presentan opciones en este momento en que se está produciendo mayor resistencia a los antibióticos a la bacteria pneumococcus que constituye la

causa más importante de infección de oídos. El DCD concluye que amoxicilina, el antibiótico que se usa con mas frecuencia y es el mas económico sigue siendo el mejor para el tratamiento de infecciones de oídos sin complicaciones.

El Dr. Sidney M Wolf, director del Grupo de Investigación de Salud de Public Citizen afirma que la campaña de Pfizer ha tenido un resultado económico muy positivo para la firma farmacéutica, de cerca de mil millones de dólares de ventas cada año en el mundo, a pesar de que no ofrece ninguna ventaja sobre amoxicilina.

*(Resumido y traducido de **Public Citizen News 19**, no. 5 (1999): 13 por Antonio Ugalde)*

### **LA PATENTE DE CLARITIN COSTARA MILES DE MILLONES A LOS CONSUMIDORES**

El proyecto de ley que permitiría extender durante tres años mas la patente de Claritin y de otros seis medicamentos es un ejemplo perfecto de los intereses especiales para proteger las ganancias multibillonarias de las industrias. “Los que están propugnando por extender la patente de Claritin son lo suficientemente atrevidos para robar a los consumidores y a los ciudadanos en plena luz del día,” declaró el presidente de Public Citizen, Joan Claybrook.

Claritin es una medicina muy popular contra las alergias producida por Schering-Plough, una gigantesca compañía farmacéutica que invierte cantidades enormes en lobbying. El proyecto de ley añadiría tres años mas a los siete que tienen los medicamentos que ya están en el mercado.

El aumento de la duración de la patente retrasa la salida de los genéricos que son, entre un 30 y 60 por ciento más baratos. Si se aprobara el proyecto de ley el costo adicional para los consumidores sería entre 2.200 y 4.500 millones de dólares por el periodo de los tres años adicionales. El costo adicional de la extensión solo para Claritin estaría entre 1.600 y 3.200 millones de dólares.

“Schering-Plough acaba de anunciar un 22% de aumento en las ventas de Claritin en el segundo cuatrimestre de 1999 sobre el año anterior,” dijo Claybrook. “Se espera que un incremento de ganancias de cerca del 20% en 1999.”

Frank Clemente, el director del Comité de Vigilancia del Congreso de Public Citizen comentó que el proyecto de ley avanza no por los méritos del caso sino por la influencia del dinero de los grupos de interés. Clemente aclaró que en 1997-98 Schring-Plough gasto 4,3 millones en lobbying el

congreso de EE.UU. Aunque las compañías farmacéutica insisten que tienen que aumentar los precios para pagar la investigación de los nuevos productos, Schring-Plough solo adjudicó un 12,1% de sus ingresos netos de ventas a la investigación, mientras sus beneficios eran del 23,4%, es

decir el doble.

*(Resumido y traducido de **Public Citizen News 19**, no. 5 (1999): 13 por Antonio Ugalde)*

# Prácticas Recomendables

## DOS NUEVOS FÁRMACOS PARA LA REHABILITACIÓN DE ALCOHÓLICOS

*El País, Barcelona (02-11-99)*

El acamprosato y la naltrexona, dos nuevos fármacos que constituyen una nueva alternativa a la prescripción clásica de tranquilizantes, antidepresivos, neurolépticos o interdictores del alcohol, son las nuevas armas contra el alcoholismo, según el doctor Miguel Casas Bruguè, jefe de la Unidad de Toxicomanías del Hospital de Sant Pau, de Barcelona.

"La mayoría de los pacientes que siguen este tratamiento", dijo Casas durante la IV Conferencia Nacional de Psiquiatría, celebrada recientemente en Oviedo, "mejora su cuadro adictivo en menos de un año". Según Casas, el dipsómano "advierde cómo disminuye su deseo de beber y mejora su relación con el entorno familiar y personal merced a esta nueva medicación". El psiquiatra barcelonés lamentó el escepticismo que reina en la profesión sobre estos fármacos, y recordó que su efectividad ha sido comprobada y publicada en numerosas publicaciones. Para Casas, la estigmatización del alcoholismo entre el propio colectivo psiquiátrico, especialmente entre quienes consideran la dipsomanía como una adicción irreversible, está retrasando la aplicación de este tratamiento.

## TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS CON COMBINACION DE 4 MEDICAMENTOS A DOSIS FIJAS

*Bjorn Blomerg*

La encuesta realizada por la OMS en 1998 reveló que en el mercado de los tratamientos antituberculosos hay una multitud de medicamentos de diferentes potencias y características en combinación a dosis fijas, y que muchas de ellas no están de acuerdo con las recomendaciones de la OMS (1,2). Esta situación puede generar confusión, y puede hacer que la receta del medicamento adecuado se dificulte. Esta falta de estandarización de las combinaciones a dosis fijas puede complicar la comparación de los productos de diferentes industrias, lo que a su vez limita la competencia entre los diferentes productores y puede repercutir en el precio del producto. Tanto las guías para los programas de tuberculosis de la

OMS (3) como la lista de medicamentos esenciales de la OMS (4) incluyen recomendaciones para el uso de combinaciones fijas de dos o tres medicamentos. Más recientemente se han hecho recomendaciones para combinaciones fijas de 4 medicamentos (R150 mg + H75 mg + Z400 mg + E275 mg) y tres formas pediátricas de combinaciones fijas para que sean incluidas en la lista de medicamentos esenciales de la OMS.

La Lista 1 describe las formulaciones recomendadas por la OMS de los medicamentos antituberculosos, incluyendo las combinaciones fijas de 4 medicamentos y las combinaciones fijas para uso en pediatría. Estas son las recomendaciones que hizo el comité de expertos de la tuberculosis cuando se reunió en Ginebra en agosto de 1998 y se basan en las dosis recomendadas y previamente publicadas por la OMS (Lista 2).

Subsecuentemente, el 29 de abril de 1999 hubo otra reunión en Ginebra donde se volvieron a discutir en Ginebra. El informe de esa reunión contiene los últimos recomendaciones para este problema (5). Este informe se puede obtener contactando a Bjorn Blomberg, oficial médico en enfermedades transmisibles en la OMS, Ginebra, ([blombergb@who.ch](mailto:blombergb@who.ch)).

### Lista 1. Potencias y fortalezas de los medicamentos antituberculosos recomendadas por la OMS.

Formulaciones a dosis fijas que contienen rinfampicina para el tratamiento diario:  
RHZE: Rifampicina + isoniacida + pirazinamida + etambutol (Tableta) R 150 mg + H 75 mg + Z 400 mg + E 275 mg

RHZ: Rifampicina + isoniacida + pirazinamida (Tableta) R 150 mg + H 75mg + Z 400 mg

RH: Rifampicina + isoniacida (Tableta) R 150 mg + H 75 mg, R 300 mg + H 150 mg,

Formulaciones a dosis fijas que contienen rinfampicina para el tratamiento intermitente:

RHZ: Rifampicina + isoniacida + pirazinamide (Tableta) R 150 mg + H 150 mg + Z 500 mg

RH: Rifampicina + isoniacida (Tableta) R 150 mg + H 150 mg

Formulaciones a dosis fijas para el tratamiento diario en pediatría:

RHZ: Rifampicina + isoniacida+ pirazinamida (Tableta) R 60 mg + H 30 mg + Z 150 mg

RH: Rifampicina + isoniácida (Tableta, Dispersible form preferred) R 60 mg + H 30 mg

Formulaciones a dosis fijas para el tratamiento intermitente (3 veces por semana) en pediatría:

RH: Rifampicina + isoniácida (Tableta), R 60 mg + H 60 mg \*

Formulaciones a dosis fijas sin rifampicina:

TH: Thioacetazone + isoniácida (Tableta) T 50 mg + H 100 mg, T 150 mg + H 300 mg

HE: Isoniácida + etambutol (Tableta) H 150 mg + E 400 mg

Formulaciones con un solo medicamento:

S - Estreptomina - (en polvo inyectable) 1g (en forma de sulfato)

R - Rifampicina - (Cápsula o tableta) 150 mg, 300 mg

H - Isoniácida - (Tableta) 100 mg, 300 mg

Z - Pirazinamida - (Tableta) 400 mg

E - Etambutol - (Tableta) 100 mg, 400 mg

## Lista 2: Dosis recomendadas (mg/kg) de antituberculosos esenciales

Nombre del medicamento (abreviación) – Forma de acción – Dosis recomendadas (mg/kg) para a) uso diario, b) uso intermitente 3x por semana y c) 2 x por semana

Isoniácida (H) - Bactericida	a) 5 (4-6)	b) 10 (8-12)	c) 15 (13-17)
Rifampicina (R) - Bactericida	a) 10 (8-12)	b) 10 (8-12)	c) 10 (8-12)
Pirazinamida (P) - Bactericida	a) 25 (20-30)	b) 35 (30-40)	c) 50 (40-60)
Etambutol (E) - Bacteriostático	a) 15 (15-20)	b) 30 (25-35)	c) 45 (40-50)
Estreptomina (S) – Bactericida	a) 15 (12-18)	b) 15 (12-18)	c) 15 (12-18)
Thioacetazone (T) – Bacteriostático	a) 2.5	b+c) Not applicable	

La OMS, en general, no recomienda la administración de dos veces por semana.

### Referencias:

1. Norval P, Blomberg B, Kitler M, Dye C, Spinaci S. Estimate of the global market for fixed dose combination (FDC) tablets: Int J Tuberc Lung Dis Supplement (in preparation), 1999.
2. Kitler ME. The fixed dose combination project. Geneva: World Health Organization, 1998.

3. Maher D, Chaulet P, Spinaci S, Harries AD. Treatment of tuberculosis. Guidelines for National Programmes. Geneva: World Health Organization, 1997.

4. World Health Organization. Essential Drugs. WHO Model List (revised in December 1997). WHO Drug Information 1998;12:22-25.

5. Laing R, Fourie B, Ellard G, et al. World Health Organization. Fixed dose combination tablets for the treatment of tuberculosis. Report from an informal meeting held in Geneva, Tuesday, 27 April 1999. Geneva: World Health Organization, 1999. WHO Document WHO/CDS/CPC/TB/99.267. Available upon request from the Communicable Diseases Country Support Team (CDS/CPC/CCS), World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva, Switzerland, fax:+41-22-791 4199

(Información obtenida de E-druggers, 6 de septiembre de 1999, Traducida y editada por Nùria Homedes)

## EL TRATAMIENTO DE LA OTITIS MEDIA AGUDA (OMA)

Varios estudios han concluido que en casos de otitis media aguda la terapia antimicrobiana no debe aplicarse de forma rutinaria (2-4). El que la mayoría de casos de otitis media aguda se autoresuelvan (1) puede hacer pensar que la terapia antimicrobiana no es necesaria. Sin embargo antes de los antibióticos, los casos de mastoiditis eran mucho más frecuentes que ahora (5-6), esta diferencia podría atribuirse al uso rutinario de antibióticos. Un estudio de meta-análisis de 5400 niños con OMA indicó que la terapia antimicrobiana mejoró el control primario en un 13.7% de los casos y que el 81% de los casos se autolimitaron (1). Como es difícil saber que casos de OMA tendrán complicaciones supurativas, es imposible determinar qué casos van a requerir terapia antimicrobiana y cuáles se autolimitarían espontáneamente. Algunos recomiendan esperar entre 48 y 72 horas antes de prescribir antibióticos (4). Esta puede ser una buena recomendación para niños de más de 2 años a los que se les puede dar seguimiento fácilmente. Es decir que la decisión de iniciar o no antibioticoterapia debe hacerse de forma individualizada. En cualquier caso siempre conviene insistir en las medidas preventivas, esto es: promover el amamantamiento materno, evitar el humo del tabaco en el hogar, hacer que en las guarderías el personal y los niños se laven las manos con frecuencia, y educar a los padres en la idea de que cuando el niño está enfermo los antibióticos no son siempre la mejor solución.

## References

1. Rosenfeld RM, Vertrees JE, Carr J, et al. Clinical efficacy of antimicrobial drugs for acute otitis media: Meta-analysis of 5400 children from thirty-three randomized trials. **J Pediatr** 1994; 124:355-67.
2. van Buchem FL, Dunk JH, van't Hof MA. Therapy of acute otitis media: Myringotomy, antibiotics, or neither? A double-blind study in children. **Lancet** 1981; ii:883-7.
3. Mygind N, Meistrup-Larsen KI, Thomsen J, et al. Penicillin in acute otitis media: A double-blind placebo-controlled trial. **Clin Otolaryngol** 1981; 6:5-13.
4. van Buchem FL, Peeters MF, van't Hof MA. Acute otitis media: A new treatment strategy. **BMJ** 1985; 290:1033-7.
5. Gold R. Consensus recommendations for the management of otitis media. **Can J Diagnosis** 1989; 6:67-76.
6. Berman S. Otitis media in children. **N Engl J Med** 1995; 332:1560-5.

## Otros artículos de interés:

DelMar C, Glasziou P, Hayem M. Are antibiotics indicated as initial treatment for children with acute otitis media? A meta-analysis. **BMJ** 1997; 314:1526-9

Froom J et al. Antimicrobials for acute otitis media? A review from the International Primary Care Network. **BMJ** 1997; 315:98-102

Klein JO. Protecting the therapeutic advantage of antimicrobial agents used for otitis media. **Pediatr Infect Dis J** 1998; 17:571-5

Kozyrski AL et al. Treatment of acute otitis media with a shortened course of antibiotics. A meta-analysis. **JAMA** 1998; 279:1736-42.

*(Información obtenida de E-druggers, 2 de junio de 1999, Traducida y editada por Nùria Homedes)*



# Políticas de Regulación de Medicamentos

## MIEMBROS DE PUBLIC CITIZEN ESTÁN TRABAJANDO PARA HACER LOS PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS ASEQUIBLES.

Public Citizen está movilizando su recurso más importante: sus miembros en una campaña para hacer económicamente accesibles los medicamentos. Uno de sus miembros se reunió con el presidente Clinton y le pidió que luchara para reducir el precio de los medicamentos que compran los jubilados.

“Le pedí que exigiera a las compañías farmacéuticas que dejara de abusarnos,” dijo Anne Thomas de Oak Park, Illinois. “Yo pago \$70,00 dólares por una medicina; mi amigo la consigue a través de una HMO por \$15,00 dólares. Necesitamos que se apruebe una ley que controle los precios.”

“El Congreso está sintiendo la presión creada por la subida escandalosa de los medicamentos,” dijo Frank Clemente, director del comité Vigilancia del Congreso de Public Citizen. “Pero solo este tipo de acción organizada de las bases les hará ver la luz y parar las políticas injustas de los precios de los medicamentos.”

Las empresas farmacéuticas han gastado más de 150 millones de dólares en lobbying al congreso y en contribuciones a las campañas políticas durante los dos últimos años, en parte para frenar propuestas que intentan que el seguro para los ancianos (Medicare) cubra los medicamentos.

La industria farmacéutica teme que la expansión de beneficios del seguro de ancianos lleva a controlar los precios de los medicamentos y reducir los beneficios récord de la industria (24.000 millones de dólares en

Se piensa que unas 100.000 personas mueren cada año en los EE.UU. a causa de reacciones adversas a medicamentos; la mitad de estas muertes se pueden evitar. La Food and Drug Administration, con el apoyo de varios grupos de consumidores está intentando disminuir el número de muertes exigiendo la publicación de las Guías de Medicación.

El senador Mike Crapo republicano de Idaho piensa que los pacientes ya reciben bastante información escrita cuando los farmacéuticos les entregan los medicamentos.

1998).

A pesar de las presiones de la industria 115 miembros de la cámara baja han firmado un proyecto de ley que exige a los productores vender los medicamentos recetados a los usuarios de Medicare al mismo precio que a las grandes compañías aseguradoras, HMOs, y al Ministerio de Defensa.

“Para derrotar los esfuerzos multimillonarios de lobbying de la industria será necesario un movimiento muy fuerte de los consumidores,” comentó Sidney M. Wolfe, médico y director del Grupo de Investigación en Salud de Public Citizen.

*(Resumido y traducido de **Public Citizen News 19**, no. 4 (1999): 6-7 por Antonio Ugalde)*

## EN EE.UU. UN PROYECTO DE LEY NEGARÁ INFORMACIÓN A LOS PACIENTES SOBRE LOS RIESGOS DE LOS MEDICAMENTOS

Si se aprueba el proyecto de ley Acta de 1999 de Protección de los Pacientes del Farmacéutico se negaría a los pacientes acceso a información científica y correcta sobre los riesgos de los medicamentos más peligrosos escrita en un lenguaje sencillo para que lo entiendan los laicos y que potencialmente es necesaria para salvar sus vidas.

El proyecto de ley intenta eliminar un reglamento de la Food and Drug Administration que requiere la distribución por escrito de guías de medicación para pacientes de cinco a diez medicamentos por año que pueden suponer una preocupación seria e importante para la salud pública. “Esto es claramente incorrecto,” comenta Larry Sasich, farmacéutico del Grupo de Investigación en Salud de Public Citizen. “La realidad es que la información escrita que ahora reciben los pacientes la preparan proveedores de información comercial que no tienen ningún control del sector público ni obligación legal para ofrecer información completa y de calidad.”

Muchos estudios han demostrado que la información escrita que entregan los farmacéuticos es frecuentemente errónea y muchas veces no contiene información sobre riesgos muy peligrosos además de no estar al día.

*(Resumido y traducido de Public Citizen News 19, no. 4 1999: 12 por Antonio Ugalde)*

## **UN PROYECTO DE LEY EN EE.UU. PARA CONSEGUIR LA IGUALDAD DEL PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS PODRÍA AHORRAR MILES DE MILLONES A LOS CONSUMIDORES**

Estudios hechos por el Grupo de Investigación en Salud del Public Citizen demuestra que muchos medicamentos fabricados en los EE.UU. cuestan de 40 a 60 por ciento menos en el extranjero porque los gobiernos negocian las rebajas de precios con las compañías farmacéuticas norteamericanas. Otros estudios han encontrado diferencias incluso mayores de 80 a 100 por ciento. El proyecto de ley para conseguir la igualdad del precio de medicamentos permite a los distribuidores de EE.UU. importar medicamentos producidos en este país de otros países a precios más baratos. Se piensa que este permiso puede ahorrar miles de millones a los consumidores.

Actualmente, solamente los productores de medicamentos norteamericanos pueden reimportar las medicinas que ellos producen, pero el nuevo proyecto de ley permitiría también que los mayoristas y a farmacéuticos reimportasen medicamentos originalmente producidos en los EE.UU.

*(Resumido y traducido de Public Citizen News 19, no. 5 (1999): 11 por Antonio Ugalde)*

## **EL ESTADO ESPAÑOL SOLO FINANCIA TRES PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS ANTICUADAS Y DE POCO USO**

*Gabriela Cañas, Madrid*

Sanidad ha retirado este año otros tres anticonceptivos orales a petición de la industria.

Si una española quiere que el Estado le financie la píldora anticonceptiva tiene que renunciar a las llamadas de tercera generación, que se imponen en el mundo entero por sus ventajas. Tras el recorte de este año, debe elegir entre sólo tres tipos de píldora algo anticuadas y de poco uso. Así las cosas, la mayoría de las españolas que usan anticoncepción oral -1.683.000 mujeres- pagan sin ayuda las modernas píldoras por consejo de sus ginecólogos. Para el PSOE, esta política de reducir al máximo la financiación de anticonceptivos es una "discriminación intolerable".

La sanidad pública no financia ninguno de los anticonceptivos orales más modernos, los llamados de tercera generación. Sobre ellos persiste aún cierta polémica, pues algunos estudios han detectado que aumentan el riesgo de tromboembolismo venoso. Sin embargo, los ginecólogos consideran que el aumento de este riesgo es muy pequeño y que, en cambio, ofrecen muchas ventajas respecto a los antiguos. Las píldoras modernas llevan en sus componentes básicos menos dosis de estrógeno (entre sus componentes principales está el gestágeno) y tienen, en términos generales, menos efectos secundarios. Al mercado español llegaron hace cinco años.

El Ministerio de Sanidad esgrime dos argumentos para explicar el porqué de esta exclusión. Uno es que la propia industria es la que no busca la financiación pública para poder vender sus productos a precio libre. El segundo argumento es que, ciñéndose al artículo 94 de la Ley del Medicamento, no hay necesidad de financiar más de los que hay. Dicho artículo dice que, a la hora de decidir financiar un fármaco, se tendrá en cuenta la "existencia de medicamentos ya disponibles y otras alternativas mejores o iguales para las mismas afecciones a menor precio o inferior coste de tratamiento". La tendencia de los ginecólogos a recetar las píldoras de tercera generación podría ser un argumento en contra de este segundo razonamiento. Respecto al primero, la industria puntualiza: "Nosotros no renunciamos a la financiación pública. Al contrario, para un laboratorio siempre es beneficioso, porque es un seguro de venta. El problema es que Sanidad quiere negociar un precio que para nosotros es insostenible", dice Amador Dueñas, portavoz del laboratorio Schering en España, especializado en anticonceptivos orales. De Schering son las tres marcas de píldoras que este año han quedado sin financiación pública.

Una circular oficial del Ministerio de Sanidad enviada a mitad de año a los centros de atención primaria daba cuenta de la retirada de la financiación pública a tres píldoras: Microgynon, Neogynona y Triagynon. Ciertamente, la medida se tomó a instancias del laboratorio implicado. "Seguir vendiendo, por ejemplo, Neogynona a 200 pesetas (precio del laboratorio, no de venta al público) era ya insostenible", explica Amador Dueñas.

De todos modos, los tres fármacos eran antiguos, si bien el Triagynon era uno de los más vendidos. La presentación de este último en el envase de 3 por 21 grageas ha quedado excluido porque directamente se ha dejado de vender. Los tres están ampliamente superados por nuevas píldoras. Como superadas están también las tres únicas especialidades que siguen financiadas: el Ovoplex, el Triciclor y el Neo Lyndiol, aunque las tres son eficaces y mucho más baratas que el resto.

El mismo artículo que cita el Ministerio de Sanidad habla de la conveniencia de financiar medicamentos por su "utilidad terapéutica y social". Y para el PSOE y la Federación Española de Planificación Familiar, la política seguida respecto a este medicamento es, sin duda, retroceder en una importante conquista social.

Para el portavoz socialista de Sanidad en el Senado, Francisco Zamorano, es evidente que han desaparecido de la financiación pública las píldoras de mayor uso (el Triagynon, por ejemplo, ahora excluido), lo que supone "una discriminación intolerable".

Según otro senador socialista, Octavio Granada, "la financiación pública es una parte mínima y en disminución de lo que gastan las mujeres, y cada nuevo recorte, encubierto en una pretendida racionalización, profundiza en esa dirección".

La consecuencia, indica la procuradora de Nueva Izquierda en Castilla y León Elena Pérez, es que las píldoras de mayor venta, que ahora son Suavuret, Meliane, Microdiol y Triagynon, deben ser costeadas por las mujeres al 100%. "La cuestión no es sólo económica", añade Pérez. "Con esta política, la sanidad pública no tiene ningún control sobre el tema, y éste es, sin duda, un problema de salud pública".

Aunque España es uno de los países europeos que menos píldoras anticonceptivas consumen, el mercado es amplio. Se calcula que toma la píldora el 16,5% de las españolas en edad fértil, lo que equivale a 1.683.000 consumidoras.

En términos económicos, el mercado superó en 1998 los 6.000 millones de pesetas. Se vendieron unos diecisiete millones de unidades, teniendo en cuenta que la unidad es un envase que contiene 21 grageas que cubren el tratamiento mensual de una mujer.

Tales cantidades son minúsculas en comparación con lo que la sanidad pública española paga anualmente en medicamentos. La cifra ronda ya el billón de pesetas, por lo que las autoridades sanitarias están buscando fórmulas para reducir tan voluminosa factura.

Primero el Gobierno del PSOE y después el del PP decretaron sendos medicamentazos que dejaron sin financiación cientos de fármacos. Ahora, como bien saben los laboratorios, la política del Ministerio de Sanidad es frenar al máximo la inclusión en la lista de nuevos fármacos.

En España, el precio de las píldoras anticonceptivas es algo más bajo que en la mayoría de los países del resto de Europa. La marca más cara (véase el cuadro de arriba) apenas supera las 800 pesetas al mes (unos 5 dólares). En otros países de la Unión Europea -según apunta Isabel Serrano, portavoz de la Federación Española de Planificación Familiar-, la ventaja es que está más financiada.

Algunas fuentes calculan que la sanidad pública española apenas financia el 10% del total de esos 6.000 millones que mueve este mercado.

La píldora anticonceptiva es el método más seguro para evitar un embarazo. En teoría, tiene una tasa de fallos del 0,1%, aunque en la práctica varía entre el 1% y el 3%. No es, sin embargo, el método anticonceptivo más utilizado en España, donde se usa mayoritariamente el preservativo masculino, con un 12% de fallos.

Ambos métodos son los que imperan entre las jóvenes mujeres de 20 a 29 años, aunque el problema en España es que la mayoría o no toma precaución alguna o se sirve de sistemas no fiables. La información y el acceso a la planificación familiar es un asunto que, según el PSOE, el Gobierno del PP está descuidando de forma escandalosa.

El número de abortos entre las jóvenes españolas va en aumento desde principios de los años ochenta. En estas franjas se registran los mayores índices de embarazos no deseados y, por tanto, de abortos. En 1997 (últimos datos disponibles) hubo 49.578 abortos legales. Casi la mitad, practicados en mujeres menores de 25 años.

La píldora anticonceptiva, que apareció en los años sesenta es uno de los adelantos médicos más importantes de este siglo y ha sido un hito en la historia de la liberación de la mujer. Su componente ideológico es inevitable. En España fue legalizada en 1977, con la llegada de la democracia. En Japón, por ejemplo, fue legalizada este verano, con gran escándalo de las japonesas, que vieron cómo se autorizaba mucho antes la Viagra, la recién creada píldora contra la impotencia. En España, la sanidad pública financia este fármaco en algunos casos.

## Revisión Bibliográfica de Títulos Recientes

American Society of Health-Systems Pharmacists 1999. **Herbal Therapy. Medicinal Plants, and Natural Products: An IPA Compilation.** 167 págs. American Society of Health System Pharmacists, 7272 Wisconsin Ave. Bethesda, MD 20814.

Lalama, M. Terán, R. 1998. **Buenas Prácticas de Prescripción.** OMS/OPS/MSP, Tercera Edición, Quito.

OMS, 1998. **The Use of Essential Drugs: Eighth Report of the WHO Expert Committee.** 77 págs. Serie Reportes Técnicos de la OMS, Ginebra, OMS.

OMS, 1998. **Quality control methods for medicinal plant materials.** WHO, Ginebra,

OMS, 1999. **WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparation.** Serie Reportes Técnicos

de la OMS. 156 págs. Ginebra, OMS.

OMS, 1999. **Who Monographs on Selected Medicinal Plants, vol. 1.** Ginebra, OMS.

Udo Schuklenk, 1998. **Access to Experimental Drugs in Terminal Illness: Ethical Issues.** 228 págs. Pharmaceuticals Products Press. Distribuido por Hawthorn Press, 10 Alice St., Binghamton, N.Y. 13904-1580. Correo electrónico: [getinfo@haworth-pressinc.com](mailto:getinfo@haworth-pressinc.com)

Wallace J. Murray y Lucinda G. Miller, compiladores, 1998. **Herbal Medicinals: A Clinicians's Guide.** 382 págs. Pharmaceuticals Products Press. Distribuido por Hawthorn Press, 10 Alice St., Binghamton, N.Y. 13904-1580. Correo electrónico: [getinfo@haworth-pressinc.com](mailto:getinfo@haworth-pressinc.com)

# Revista de Revistas

## RESÚMENES

### **Propuesta de un formulario abierto para un programa de atención médica dirigida en México**

Comité Terapéutico y Farmacológico de México  
Salud Pública México 1999; 41:27-41

**Objetivo.** Integrar un formulario abierto con recomendaciones para el uso de medicamentos en la práctica médica privada, útil para que el médico encuentre un espectro terapéutico amplio que le permita seleccionar la mejor alternativa para su paciente.

**Material y métodos.** Un comité médico interdisciplinario de alto nivel científico revisó todos y cada uno de los ingredientes activos comercializados y disponibles para su venta en México; esta revisión formó parte de un programa de administración de beneficios farmacéuticos y atención médica dirigida en nuestro medio. El comité clasificó cada uno de los medicamentos de acuerdo con las siguientes categorías: a) esenciales; b) excluidos, y c) no esenciales-no excluidos. Los criterios de dicha clasificación se definieron a partir de un estricto análisis de medicina, basado en evidencia y en el marco de un riguroso sustento científico.

**Resultados.** El formulario propuesto está integrado por un total de 1.106 ingredientes activos -solos o combinados-, de los cuales 429 (38,8%) se catalogaron como esenciales. Cerca de uno de cada 10 fármacos (8,7%) utilizados en la actualidad en la práctica médica privada en México se clasificaron como excluidos, por aspectos relacionados con su eficacia o su seguridad. Algunos de estos medicamentos son altamente prescritos.

**Conclusiones.** En este trabajo se detalla el proceso que se siguió para integrar el comité que clasificó los medicamentos, sus objetivos y los criterios establecidos para su funcionamiento, y se exponen las bases para estructurar la lista final de ingredientes activos que conforman el formulario abierto que aquí se propone.

(Contribución de Perla Mordujovich)

### **Susceptibilidad y resistencia a insecticidas de los vectores de la enfermedad de Chagas**

Zerba EN

Medicina (Buenos Aires) 1999; 59(Supl.II):41-46

Una de las pocas alternativas prácticas de controlar la

transmisión de la enfermedad de Chagas es a través del control de los triatominos vectores. Inicialmente las campañas antivectoriales en la década del '50 utilizaron DDT como activo, cuya falta de efectividad triatomicida hizo fracasar estas acciones. Hexaclorohexano (HCH) fue entonces utilizado en el Cono Sur y dieldrina en el norte de Latinoamérica. A partir de fines de los '60 comienzan a usarse los anticolinesterásicos fosforados y carbamatos. En 1980 se introducen los piretroides como herramientas de control de vectores de Chagas, que hoy día constituyen el grupo de insecticidas más usados por sus favorables propiedades toxicológicas. Otros insecticidas también estudiados para combatir los triatominos han sido los inhibidores de crecimiento de los insectos (IGR) y los antialimentarios. Debido a su modo de acción este tipo de compuestos pueden considerarse en la actualidad sólo útiles como complemento de insecticidas neurotóxicos en control poblacional. Formulaciones innovadoras como el pote fumígeno y la pintura insecticida han sido exitosamente desarrolladas en Latinoamérica con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud. La resistencia a insecticidas no representa aún un problema importante para el control de vectores de la enfermedad. No obstante, se han encontrado focos de resistencia a piretroides en *Rhodnius prolixus* en Venezuela y a *Triatoma infestans* en Brasil. En Argentina ya se han detectado casos de resistencia incipiente a deltametrina en *T. infestans*. Considerando las herramientas de control disponibles hoy día, la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas parece posible en un futuro cercano.

(Contribución de Perla Mordujovich)

### **Efecto de la suplementación con hierro y su frecuencia en gestantes**

Pita Martín de Portela, ML Langini SH, Fleischman S, García M, López L, Guntin R, Ortega Soler CL  
Medicina (Buenos Aires) 1999; 59: 430-436

Se estudiaron 203 gestantes, clínicamente sanas, asistidas en el Hospital Diego Paroissien (La Matanza, Provincia de Buenos Aires). A la primera visita médica prenatal (edad gestacional 16,9 semanas  $\pm$  3,8) (tiempo cero= $T_0$ ) fueron asignadas, al azar, a uno de tres grupos: G1 y G2 recibieron 60 mg de hierro (Fe) elemental (como fumarato ferroso) por día o cada 3 días, respectivamente; GC fue el control sin suplementar. Se realizó el seguimiento hasta la semana 34-37 de edad gestacional (tiempo final= $T_f$ ), en las gestantes que completaron el seguimiento (43% del total). A  $T_0$  y  $T_f$  se determinó, en sangre entera: hematocrito

(Hto); hemoglobina (Hb); protoporfirina eritrocitaria (PE) (según Piomelli); en suero: ferritina (FERR) (ELISA). El porcentaje de gestantes con valores anormales, a To (n = 203), para los indicadores estudiados fue: Hb (g/dl) < 10,5: 2,6%; PE (microgldi de glóbulos rojos) > 70: 4,8%; FERR (ng/ml) < 10: 4,4%.

Los resultados de las mujeres que completaron el seguimiento (X± DE) fueron, a To y Tf, respectivamente: Hto (%):

GC: 37,7 ± 3,4 y 36,0 ± 3,2 (p < 0,05);

G1: 38,8 ± 2,2 y 38,0 ± 2,6;

G2: 39,0 ± 2,7 y 37,7 ± 3,7;

Hb (g/dl):

GC: 12,5 ± 1,2; 11,9 ± 1,3 (p < 0,05);

G1: 12,6 ± 1,11; 12,8 ± 1,11;

G2: 12,9 ± 0,9; 12,2 \* 1,5;

PE (microgramos/dl glóbulo rojo):

GC: 30 ± 17; 43 ± 22 (p < 0,01);

G1: 26 ± 13; 38 ± 21 (p < 0,01);

G2: 26 ± 16; 31 ± 26;

FERR (ng/ml):

GC: 75 ± 67; 31 ± 49 (p < 0,01);

G1: 46 ± 34; 19 ± 10 (p < 0,01);

G2: 43 ± 11; 11 ± 7 (p < 0,01).

Estos resultados evidencian: a) la suplementación con Fe evitó la disminución de hemoglobina.

b) los depósitos de Fe disminuyeron independientemente de la suplementación y de la frecuencia de administración

c) la variación de protoporfirina eritrocitaria (PE) dependió de la frecuencia de la dosis, siendo más conveniente la administración intermitente para mantener una adecuada eritropoyesis.

(Contribución de Perla Mordujovich)

### **Tratamiento de la infección por *Trypanosoma cruzi*, en fase indeterminada: Experiencia y Normatización actual en Argentina**

Sosa Estani S. y Segura EL

Medicina (Buenos Aires) 1999; 59 (Supl. 11): 166-170

Desde la década de 1930 se ha investigado el tratamiento específico de la enfermedad de Chagas. Las metas del tratamiento específico contra la infección por *Trypanosoma cruzi*, son a nivel individual, eliminar el parásito y disminuir la probabilidad de desarrollar la enfermedad. A fines de los años '60 y principios de los '70, dos compuestos químicos fueron evaluados por ensayos clínicos en Argentina: nifurtimox y benznidazol. Después de la aprobación de su uso por la Autoridad de Regulación

del Ministerio de Salud, en 1983 fue escrita y aprobada la primera Norma para el tratamiento de la infección por *T. cruzi*. Esta Norma recomendó procedimientos para tratar los casos en Fase Aguda de enfermedad de Chagas. Debido a la publicación de nueva información que soporta la utilización de estas drogas para el tratamiento de casos en fase indeterminada de la enfermedad de Chagas, en 1997 la Norma original fue revisada y fue aprobado un nuevo procedimiento (Resolución Secretaría de programas de Salud/Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación NO 28199). Actualmente el tratamiento es recomendado en: 1) Todo paciente en fase aguda de la enfermedad de Chagas; 2) Niños y adolescentes en fase indeterminada de la enfermedad de Chagas; 3) Pacientes adultos en fase indeterminada o con una forma cardíaca incipiente asintomática de la enfermedad de Chagas; 4) Accidentes con material contaminado en laboratorio o durante cirugías; 5) Donante o receptor en trasplantes de órganos. Es necesario realizar el acompañamiento médico y laboratorio clínico general durante el tratamiento para monitorear al paciente. La titulación de anticuerpos específicos con antígenos mono-específicos mostró ser un marcador apropiado para la eficacia terapéutica.

(Contribución de Perla Mordujovich)

### **Características clínico-microbiológicas de la meningitis por *Streptococcus pneumoniae* resistente a la penicilina**

Cómez-Barreto D, Calderón-Jalmos E, Rodríguez RS, Espinosa de los Monteros LE, Juárez M  
Salud Pública México 1999; 41:397-404

**Objetivo.** Evaluar la susceptibilidad antimicrobiana de *Streptococcus pneumoniae* aislado del líquido cefalorraquídeo de niños con meningitis, así como describir y comparar las características clínicas y microbiológicas, el tratamiento y la evolución del padecimiento entre niños infectados con cepas sensibles y resistentes a la penicilina y la cefalosporina.

**Material y métodos.** Treinta y ocho niños con meningitis neumocócica fueron incluidos prospectivamente en el Programa Institucional de Vigilancia de las Infecciones Neumocócicas, durante 1994-1998. Los datos clínicos y de laboratorio se colectaron de cada expediente.

**Resultados.** Del total de niños, 63% era menor de dos años de edad, 28,9% mostró cepas insensibles a la penicilina, 18,4% tenía resistencia intermedia, y 10,5% tenía resistencia elevada. El 2,6% mostró también resistencia a la cefotaxima. La única característica (por la prueba exacta de Fisher) asociada con la resistencia fue: enfermedad de base previa al proceso (p<0,001), y condiciones de gravedad al

ingreso como convulsiones, choque tóxico y coma ( $p < 0,07$ ). El curso de la enfermedad y la evolución clínica fue similar para los niños infectados con cepas sensibles a la penicilina o a la cefotaxima vs. las cepas no susceptibles.

*Conclusiones.* El perfil actual de resistencia del *S. pneumoniae* a la penicilina y la cefalosporina no se encontró asociado con un aumento en la mortalidad de niños con meningitis neumocócica.  
(Contribución de Perla Mordujovich)

### **Estudio descriptivo del uso de fármacos en un hospital neuropsiquiátrico**

**Cermignani CE, Escudero MG, Rodríguez J y Buschiazzo HO**  
*Medicamentos y Salud* 1998; 2(3) 111-120

*Objetivo:* describir el uso de fármacos en pacientes subagudos y crónicos internados en un hospital neuropsiquiátrico y su relación con factores sociodemográficos y variables de salud.

*Diseño:* estudio transversal que incluyó la totalidad de los pacientes ( $n=1048$ ) de 23 salas (585 mujeres y 463 hombres). Las fuentes de información primaria utilizadas fueron las historias clínicas y las tarjetas de enfermería. Los diagnósticos psiquiátricos fueron reevaluados de acuerdo al DSM III-R. Las variables consideradas fueron: sexo, edad, peso, estado civil, instrucción y diagnóstico. Así mismo, fueron registrados tanto el número como la duración de las internaciones. Los medicamentos fueron registrados por su nombre genérico, dosis diaria y forma de administración. Como consecuencia de la elevada utilización de dos o más neurolépticos, las dosis diarias de los mismos fueron transformadas en equivalentes de clorpromacina.

*Resultados:* El análisis de los diagnósticos mostró que 474 pacientes (45%) presentaban esquizofrenia, 290 (28%) trastornos del desarrollo (retardo mental) y un 12% trastornos cerebrales orgánicos.

La mayoría de los pacientes ( $N=958$ ) eran tratados con distintas estrategias terapéuticas, empleándose un total de 2859 dosis diarias de 29 drogas neuroactivas diferentes (2,98 fármacos por paciente, rango de 1-8). Sólo se empleaban monodrogas.

El haloperidol oral (520 dd) y la levomepromacina (361 dd) fueron los neurolépticos más ampliamente prescritos. Los neurolépticos de acción prolongada (pipotiacina y decanoato de haloperidol) fueron administrados a 146 pacientes, 124 de los cuales también recibían otros neurolépticos. Noventa pacientes (8,6%) no recibían

fármacos neuroactivos.

*Conclusiones:* (1) Los esquemas conteniendo neurolépticos y/o ansiolíticos con frecuencia incluían más de un fármaco del mismo grupo, (2) En el 28% de los pacientes tratados con neurolépticos se empleaban dosis superiores a los 1200 mg/día, expresadas en equivalentes de clorpromacina. 3) Se observaron diferencias en el perfil prescriptivo entre las distintas salas.

(Contribución de Perla Mordujovich)

### **Corticoides inhalados y educación para el asma**

Gómez Tejada RA, Finkelstein CN y Gene RJ  
*Medicina* (Buenos Aires) 1998, 58: 692-698

Se evaluaron 30 pacientes asmáticos para reconocer el efecto de un programa de educación (EDUCASMA) asociado a un curso de tratamiento con corticoides inhalados. Fueron evaluados con curva Flujo/Volumen (MedGraphic C., CPF-S) y monitoreo ambulatorio de PEF (Peak Flow Meter, Wright Inc). Según los síntomas iniciales fueron categorizados en moderados y severos; se los randomizó para recibir beclometasona (tto. A) y budesonide (tto. B) en dosis según categorización. Realizaron 6 visitas consecutivas, durante 2 meses practicándose control clínico, funcional y de PEF. Los resultados de PEF (PEF A, promedio y PEF delta, coeficiente de fluctuación) de VEF1 y un puntaje clínico (0-9, según los estadios del consenso nacional de tratamiento del asma, la intensidad de asma nocturna, la frecuencia de consultas de urgencia) se compararon al inicio y final del período. Para cada variable se aplicó el test de Wilcoxon y se definieron cambios significativos ( $p < 0,05$ ). En asma moderado ( $n = 17$ ) y severo ( $n = 13$ ) hubo cambios significativos del puntaje clínico ( $W = 136$ ,  $p < 0,22$ ;  $WF: 91,8$ ,  $p < 0,022$  respectivamente). En asma moderado hubo cambios significativos para PEF delta en el grupo A,  $n = 7$   $ffl = -24$ ,  $p < 0,04$ ) y en el grupo B,  $n = 10$  ( $W = -48$ ,  $p < 0,02$ ). En este grupo hubo cambios significativos para PEF x ( $N = 10$ ,  $W = 41$ ,  $p < 0,05$ ). En el asma severo hubo solo cambios en FEP delta ( $W = 26$ ,  $p < 0,02$ ), para el grupo A,  $n = 7$ . Se concluye: 1) el empleo de corticoides inhalados en asmáticos instruidos adecuadamente puede producir mejorías tempranas de los puntajes clínicos; 2) en asma moderada la mejoría fue objetivable por disminución del PEF delta, con ambos corticoides inhalados; 3) en asma severo, el diferente grado de inflamación de la vía aérea y la brevedad de nuestro seguimiento podrían explicar los menores cambios encontrados; 4) no se encontraron diferencias en la evolución clínica y funcional según el empleo de budesonide versus beclometasona.

(Contribución de Perla Mordujovich)

### **Introducción de la vacuna conjugada contra Hib en Chile y Uruguay**

Landaverde M, Di Fabio JL Ruocco G, Leal I y de Quadros C

Rev Panam Salud Pública 1999; 5(3) 200-206

En algunos países, la enfermedad invasora causada por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) ha sido prácticamente eliminada gracias a la vacunación. Sin embargo, en gran parte del mundo en desarrollo las meningitis y neumonías causadas por esas bacterias siguen siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad infantiles, así como de elevados costos de hospitalización.

Desde 1990 se cuenta con vacunas conjugadas, seguras y eficaces. Los frecuentes informes en la literatura médica que destacan los logros de la salud pública en los países donde dichas vacunas han sido introducidas ha motivado al Programa Especial para Vacunas e Inmunización (SVI) de la OPS a recomendar su introducción como parte de los esquemas regulares de vacunación en todos aquellos países en los que la relación costo-beneficio sea ventajosa y no ponga en riesgo la sostenibilidad del programa.

En este artículo se presentan las experiencias que dos países de América Latina, Chile y Uruguay, acumularon en el proceso de introducir la vacuna como medida de salud pública para la vacunación ordinaria de los niños. Durante el proceso, al igual que con toda nueva experiencia, se encontraron obstáculos que podrían haberse evitado de haberse contado con información detallada sobre la introducción de la vacuna el quehacer y la toma de decisiones de los países que en otros países. Esta información puede ser valiosa para futuras campañas de vacunación.

*(Contribución de Perla Mordujovich)*

### **Antimicóticos imidazólicos y embarazo**

Rodríguez-Pinilla E, Mejías C, Pavón MT y Martínez Frías ML

Prog Obstet Ginecol 1999; 42:359-364

En los últimos años, se han descrito cuatro casos de recién nacidos con un cuadro polimalformativo con anomalías craneofaciales, cardíacas y de extremidades (similar al síndrome de Antley-Bixler), expuestos prenatalmente a dosis elevadas de fluconazol. Esto, ha llevado a distintos autores a concluir que existe un efecto teratogénico derivado de la administración de dosis altas de fluconazol durante las primeras semanas de gestación. Por su parte, los estudios disponibles sobre la utilización de fluconazol y otros antifúngicos imidazólicos a dosis bajas o moderadas,

no han mostrado, sin embargo, un incremento del riesgo para abortos, nacidos muertos o malformaciones congénitas. Nuestros resultados, utilizando los datos del Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos Español (SIM), apoyan las experiencias previas de otras series de embarazadas expuestas a antimicóticos imidazólicos, a las dosis empleadas en el tratamiento de micosis no diseminadas, en las que tampoco se ha observado un efecto teratogénico.

*(Contribución de Perla Mordujovich)*

### **Prescripción antibiótica en las infecciones respiratorias agudas del adulto: su variabilidad e idoneidad en diez hospitales españoles**

Inglada Galiana L, Eiros Bouza J M, Ochoa Sangrador C, Vallano Ferraz A, Armadans Gil L, Vidal Bugallo J B, Artero Mora A, Ruiz Cantero A, Cerdá Mota T, Lázaro Asensio A, Martínez López A y Guerra Romero L  
Rev.Clin.Esp. 1999; 199(2):59-65

**Objetivo.** Describir la variabilidad en los hábitos de prescripción de antibióticos en los pacientes diagnosticados de infecciones respiratorias agudas (IRA) no especificadas (según la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE 9MC-) en los servicios de urgencias de diez hospitales españoles y evaluar la idoneidad de la prescripción de antimicrobianos en dichos pacientes tras elaborar específicamente unos patrones de referencia de uso apropiado de los mismos.

**Diseño.** Estudio descriptivo de la variabilidad práctica clínica mediante una serie prospectiva de casos. Estudio de idoneidad mediante la elaboración de estándares de referencia de uso apropiado y comparación de los datos del estudio descriptivo con tales estándares. Duración del estudio: seis meses.

**Ámbito de estudio.** Servicios de urgencias de diez hospitales españoles repartidos por ocho comunidades autónomas: Andalucía, Canarias, Castilla y León, Cataluña, Galicia, Madrid, Murcia y Valencia durante un período de seis meses. Sujetos de estudio: Pacientes diagnosticados de IRA comunitarias atendidas en los servicios de urgencias.

**Tamaño muestral:** 903 casos.

**Instrumentalización.** Recogida de datos en una base de datos unificada con las siguientes variables de estudio: edad, sexo, tipo de IRA, diagnóstico de comorbilidad, antimicrobiano prescrito, ingreso hospitalario y tipo de médico prescriptor. Panel de expertos encargado de elaborar patrones-oro de uso apropiado de antibióticos o de



la ausencia de su indicación en las distintas localizaciones de las IRA.

*Resultados.* La proporción ponderada de prescripción inadecuada fue para el grupo de infecciones laringotraqueales-gripe-rinofaringitis-IA múltiples o no especificadas de 67,9%.

*Conclusiones.* Se ha objetivado una significativa variabilidad intercentros de las prescripciones antibióticas, así como una importante heterogeneidad en la idoneidad de las mismas.

(Contribución de Perla Mordujovich)

### ***Enfoque Racional de la Terapéutica. Algunas sugerencias al prescriptor***

Mordujovich de Buschiazzo P y Buschiazzo HO  
Medicamentos y Salud 1998; 2:3,131-135

En la mayoría de los países del mundo, los médicos han ido mejorando su capacidad de diagnosticar distintas enfermedades, pero no se ha producido una mejoría paralela en el proceso de toma de decisión terapéutica de las mismas.

Existe un gran número de influencias no científicas que contribuyen a una terapéutica irracional, como son los testimonios de colegas, la "experiencia" de los médicos, el rol persuasivo de la publicidad farmacéutica, el uso de fuentes de información sesgadas, etc.

El hábito prescriptivo irracional, contribuye a un deterioro de las patologías en tratamiento, a la aparición de nuevas patologías (iatrogenia), y a una prolongación injustificada de la duración de la hospitalización que conduce a un incremento innecesario de los costos de la atención de la salud.

En las últimas dos décadas, el desarrollo de la farmacología clínica nos ha provisto de nuevas herramientas de evaluación de las intervenciones terapéuticas, ofreciendo así una base científica a lo que hasta entonces se consideraba solo un arte.

En este trabajo se propone un enfoque racional para la solución de los problemas de salud de los pacientes. Además de considerar, en todos los casos a los pacientes en forma integral, el contar con una metodología para resolver sus problemas de salud facilitará una mejor atención de salud.

La propuesta se basa en desarrollar criterios para elegir y aplicar el medicamento y el tratamiento adecuado para

cada situación clínica.

Para ello, es necesario conocer la fisiopatología involucrada en cada situación clínica, siempre que sea posible, y luego elegir el medicamento apropiado teniendo en cuenta sus características farmacocinéticas y farmacodinámicas y las particularidades de la situación clínica a abordar.

Una cuidadosa relación paciente-médico y el monitoreo del tratamiento permitirán optimizar los resultados del mismo.

Un enfoque racional de la terapéutica debe ser considerado en el contexto de una práctica médica racional, usando metodología científica de la misma forma que el proceso de toma de decisión clínica lo hace.

Se propone aquí una metodología para ser llevada a cabo en el proceso de resolución de los problemas de salud, sin dejar de enfatizar y considerar los aspectos humanísticos involucrados en la relación con los pacientes.

Todo el proceso que comienza en el momento en que el paciente busca atención de su salud y termina con la mejor solución posible, debe considerarse dentro del contexto de un enfoque epidemiológico de la práctica médica.

El conocimiento producido en estudios fármaco-epidemiológicos nos permite aplicar medicamentos y tratamientos cuyas acciones beneficiosas sobre el curso de las enfermedades (morbimortalidad) hayan sido documentados en algunas poblaciones.

(Contribución de Perla Mordujovich)

### ***Vigilancia de la resistencia a los antibacterianos en Argentina. Programa WHONET, 1995-1996***

Alicia Rossi, Marta Tokumoto, Marcelo Galas, Rolando Soloaga, Alejandra Corso y Red Nacional de Laboratorios que participan en el Programa WHONET  
Rev. Panam Salud Pública, 1999, 6(4): 234-241

La Organización Mundial de la Salud ha puesto en marcha un programa para la vigilancia de la resistencia a los antibacterianos, denominado WHONET, que se desarrolló en Argentina mediante una red de 23 laboratorios de instituciones hospitalarias públicas y privadas sometidos a programas nacionales e internacionales de control de calidad. Entre enero de 1995 y diciembre de 1996 se determinó por el método de difusión en agar la sensibilidad a los antibacterianos de 16.073 aislados clínicos consecutivos, siguiendo las recomendaciones del Comité Nacional de Estándares para Laboratorios Clínicos (National Committee for Clinical Laboratory Standards: NCCLS) de los Estados Unidos de América. Más de la

mitad de los aislados urinarios de E. Coli fueron resistentes a la ampicilina, y más del 30% a la trimetropina-sulfametoxazol. Cuando se comparó la sensibilidad de los aislados urinarios de pacientes ambulatorios y hospitalizados, se observó una marcada diferencia en los perfiles de actividad (porcentaje de microorganismos resistentes aislados en pacientes hospitalizados frente a pacientes ambulatorios) de la gentamicina (8% frente 2%), la norflaxacina (6% frente a 2%) y las cefalosporinas de tercera generación (18% frente a 10%). Los aislados de Klebsiella pneumoniae recuperados de hemocultivos presentaron resistencia a las cefalosporinas de tercera generación y la gentamicina en 71 y 60% de los casos, respectivamente. La proporción de Staphylococcus aureus resistentes a la oxacilina fue de 39%. Cerca de la mitad de los aislados de Enterococcus spp. presentaron resistencia de alto nivel a los aminoglucósidos, pero no se detectó resistencia a los glicopéptidos. En nuestro medio, la ampicilina y la trimetropina-sulfametoxazol no fueron apropiados para el tratamiento de las diarreas; Shigella flexneri presentó mayor porcentaje de aislados resistentes a ambos fármacos (87 y 74%, respectivamente) que Shigella sonnei (47 y 71%, respectivamente). Se detectó resistencia a las cefalosporinas de tercera generación en 40% de los aislados de Salmonella spp. recuperados en hospitales pediátricos. En casos de meningitis bacteriana, las tasas de resistencia de Streptococcus pneumoniae a la penicilina (18%) y de Haemophilus influenzae a la ampicilina (19%) se situaron en el rango intermedio de las descritas en países americanos y europeos.

(Contribución de Núria Homedes)

### **Programa de detección de fallas de calidad en los medicamentos comercializados**

Sin autor

Rev. Panam Salud Pública, 1999, 6(3): 211-214

Los programas de vigilancia después de haber lanzado medicamentos al mercado han identificado la existencia de medicamentos defectuosos en varios países; este problema es independiente del nivel de desarrollo económico de los países. Este trabajo describe un método para identificar los problemas de medicamentos durante el período de vigilancia post-lanzamiento del fármaco. Este programa debería manejarse por un centro especializado y como parte del programa nacional de vigilancia de los medicamentos.

(Contribución de Núria Homedes)

### **¿Es la primaquina útil y segura como medicamento**

### **antimalárico y verdaderamente merontocida exo-eritrocítico, hipnozoitocida y gametocitocida?**

López-Antuñano F.J

Salud Pública México 1999, 41(5):410-419

El objetivo principal de este ensayo es poner a disposición en un documento único, una secuencia de eventos que han sido publicados sobre la biología de los parásitos del paludismo y su interacción con el huésped humano, buscando argumentos para el tratamiento eficaz y seguro: ¿qué sabemos y qué nos gustaría saber sobre los efectos de la primaquina para justificar su uso en la práctica clínica y de salud pública? El profesional debe estar atento a que tanto la actividad antipalúdica, como los efectos deletéreos hemolíticos y metahemoglobinémicos y de detoxificación de la primaquina dependen de varios productos de biotransformación de la droga. No obstante el uso universal durante seis décadas, el sitio y mecanismo de formación y degradación y sus efectos biológicos específicos en los seres humanos aún permanecen poco comprendidos. Los gametocitos maduros de Plasmodium falciparum son naturalmente resistentes a la cloroquina y a otras drogas merontocidas sanguíneas, pero son usualmente eliminados con dosis única de 1,315 mg/Kg per os (p.o.) de fosfato de primaquina (equivalente a 0,75 mg base). En relación con la frecuencia de recaídas, en vez de empíricamente, los esquemas de tratamiento deberían determinarse considerando la farmacodinamia de la droga y su efecto sobre los esporozoítos, merontes pre-exo-eritrocíticos, hipnozoítos y gametocitos de P. Vivax. Donde no hay servicios de atención médica disponibles, o éstos no están capacitados para identificar deficiencias de glucosa-6-fosfato dehidrogenasa (G6PD) ni efectos deletéreos de la droga, recomendamos que no se use la primaquina. Tanto los ataques clínicos primarios como las recaídas de las infecciones por P. Vivax como y cuando se presenten deben tratarse con 10 mg/kg de cloroquina base p.o. La prevención de las recaídas por P. Vivax está probablemente relacionada con la cepa y las características de las poblaciones de hipnozoítos de P. Vivax involucrados. Si los trabajadores de salud bien informados y calificados deciden usar primaquina en ausencia de deficiencias de enzimas y están dispuestos a hacer el seguimiento clínico, toxicológico y parasitológico, pueden administrar con seguridad una dosis diaria de 0,25mg/kg de primaquina-base durante 14 días para la posible prevención de las recaídas por P. Vivax.

(Contribución de Núria Homedes)

### **El cinc y su efecto sobre la duración de la diarrea persistente**

Penny ME, Peerson JM, Marin RM, Duran A, Lanata CF,

Lonnerdal B, Black RE, Brown KH. (Randomized, community-based trial of the effect of zinc supplementation, with and without other micronutrients, on the duration of persistent childhood diarrhea in Lima, Perú.) *J. Pediatr.* 1999; 135:208-217

La diarrea crónica o persistente (de más de 14 días de duración) en niños se asocia con un aumento de la susceptibilidad a las infecciones y con un retraso del crecimiento. En países como el Perú, la mitad de las defunciones asociadas con episodios de diarrea ocurren en niños con diarrea persistente. Aunque algunos agentes patógenos específicos están vinculados con este tipo de diarrea, estudios microbiológicos de muestras fecales secuenciales han revelado que en algunos casos la cronicidad se debe a una serie de infecciones nuevas que se producen antes de que el niño se haya recuperado por completo de la infección anterior. Las posibilidades de que esto ocurra se ven aumentadas en ambientes domésticos caracterizados por poca higiene y un alto grado de contaminación fecal. También contribuyen algunos factores inmunológicos y ciertas deficiencias nutricionales del huésped que aumentan su susceptibilidad a las infecciones entéricas y retrasan la recuperación de las mucosas.

La deficiencia de cinc suele ser común en poblaciones de países pobres debido al poco consumo de carnes ricas en este nutriente y a la baja biodisponibilidad del mismo a partir de los productos de origen vegetal que integran la dieta habitual. En las afueras de Lima, Perú, un grupo de investigadores llevó a cabo un estudio aleatorio de doble ciego en una de las comunidades más pobres de la ciudad, donde los domicilios carecen de alcantarillado y de un sistema formal para la eliminación de excreta. A los niños de 6 a 36 meses de edad con diarrea persistente se les administró diariamente durante 2 semanas placebo (grupo P, n=136) o un suplemento de 20 mg de cinc, con (grupo Z+VM, n=137) o sin (grupo Z, n=139) vitaminas y minerales adicionales. Se hizo un seguimiento diario de todo síntoma de enfermedad y se llevaron a cabo evaluaciones bioquímicas y antropométricas los días primero y decimoquinto del estudio.

Los dos grupos que recibieron un tratamiento tuvieron valores de base similares en cuanto a características del primer episodio, datos antropométricos y concentración de cinc en plasma. Los niños consumieron un promedio de 95% (grupo P), 94% (grupo Z) u 88% (grupo Z+VM) del suplemento ( $P<0,001$ ). La concentración plasmática de cinc no varió de forma significativa entre el primer día y el decimoquinto en el grupo P (microg/dL) pero aumentó a 38microg/dL en el grupo Z y 14 microgr/dL en el grupo Z+VM. La duración media de la diarrea después de iniciarse el tratamiento fue 1 día; en los niños que siguieron

teniendo diarrea, el tratamiento tuvo un efecto notable en la duración del cuadro clínico ( $P=0,04$ , análisis de la covarianza). En particular, la duración de la enfermedad se redujo en 28%. Valor con significación estadística, en los niños del grupo Z y en un 33% en las niñas del grupo Z+VM. No se observó ninguna diferencia en la gravedad del episodio en los distintos grupos. En resumen, se produjo una reducción significativa de la duración de la diarrea persistente en subgrupos seleccionados de niños peruanos tratados ambulatoriamente con suplementos de cinc.

*(Traducido y editado por Núria Homedes)*

***Inyecciones peligrosas en el mundo en desarrollo y propagación de patógenos transmitidos por la sangre: revisión (Unsafe injections in the developing world and transmission of bloodborn pathogens: a review)***

L. Simonsen, A. Kane, J. Lloyd, M. Zaffran, and M. Kane  
*Bulletin of the World Health Organization* 70, no. 10 (1999): 789-798

Las inyecciones peligrosas son habituales en los países en desarrollo. En este artículo damos cuenta de una revisión de la literatura llevada a cabo para evaluar el potencial de propagación de enfermedades transmitidas por la sangre y la carga de morbilidad atribuible a las inyecciones peligrosas.

La información cuantitativa utilizada sobre el uso de inyecciones y la prevalencia de inyecciones peligrosas (definidas como la reutilización de jeringas o agujas entre pacientes sin ninguna medida de esterilización) procede de la revisión de trabajos publicados y de informes inéditos de la OMS. La transmisibilidad de los virus de la hepatitis B y C y de la inmunodeficiencia humana (VIH) se estimó a partir de los datos de estudios sobre las lesiones por puntas de aguja. Por último, se evaluaron todos los estudios epidemiológicos que relacionaban las inyecciones peligrosas y las infecciones transmitidas por la sangre.

Se estimó que, como promedio, cada persona del mundo en desarrollo recibe 1,5 inyecciones cada año. Sin embargo, los niños al cuidado de instituciones especiales y los niños y adultos enfermos y hospitalizados, incluidos los infectados por el VIH/SIDA, se ven expuestos a menudo a 10-100 veces esa cantidad. Como promedio, un 98% de las inyecciones son terapéuticas, pero la mayoría de ellas son innecesarias.

Al menos un a 50% de las inyecciones eran peligrosas en 13 de los 16 países para los que se disponía de datos. En 18 estudios se informaba de una relación convincente entre las inyecciones peligrosas y la transmisión de hepatitis B y C, el

VIH y los virus Ebola y Lassa. En cinco estudios se atribuía el 20%-80% de los nuevos casos de hepatitis B a inyecciones peligrosas, mientras que en tres se identificaba esta práctica como el principal modo de transmisión de la hepatitis C.

Las inyecciones peligrosas son habituales en la mayoría de los países en desarrollo, lo que entraña un riesgo importante de propagación de cualquiera de los patógenos transmitidos por la sangre. Esa práctica explica actualmente un porcentaje considerable de todos los casos nuevos de hepatitis B y C. Es necesario abordar inmediatamente esta situación, como un problema político y normativo, definiendo claramente las responsabilidades a nivel mundial, nacional y comunitario.

*(Contribución de Antonio Ugalde)*

***Transmisión del VHB, el VHC y VIH a través de inyecciones peligrosas: un modelo basado en estimados regionales (Transmission of hepatitis B, hepatitis C and human immunodeficiency viruses through unsafe injections in the developing world: model-based regional estimates)***

A. Kane, J. Lloyd, M. Zaffran, L. Simonsen, y M. Kane  
Bulletin of the World Health Organization 77 no. 10 (1999): 801-807

En los países en desarrollo se administran cada año miles de millones de inyecciones, muchas de ellas peligrosas, y se considera que la propagación de ciertos agentes patógenos de transmisión hematogena por esa vía constituye un importante problema de salud pública. En este artículo presentamos estimaciones mundiales y regionales del número de infecciones por los virus de la hepatitis B (VHB), La hepatitis C (VHC) y la inmunodeficiencia humana (VIH) atribuibles a inyecciones peligrosas en el mundo en desarrollo. Las estimaciones se efectuaron empleando datos cuantitativos sobre las prácticas peligrosas de inyección, la eficiencia de la transmisión y la carga de morbilidad por el VHB, el VHC y el VIH, y la prevalencia del uso de inyecciones determinada mediante una revisión de la literatura.

Se utilizó un modelo simple de acción de masas consistente en una ecuación lineal generalizada con variables que reflejaban la prevalencia de un agente patógeno en la población, la susceptibilidad de ésta, la eficiencia de transmisión del agente patógeno, la proporción de inyecciones peligrosas y el número de inyecciones recibidas. El modelo se aplicó a datos censales mundiales, para obtener estimaciones prudentes de la incidencia de transmisión.

El modelo indica que las inyecciones peligrosas pueden estar provocando cada año aproximadamente 8j-16 millones de infecciones por el VHB, 2-4,5 millones por el VHC, y 75.000-15.000 por el VIH. El intervalo estimado para la hepatitis B coincide con estimaciones similares de varios estudios poblacionales del Programa Ampliado de Inmunización, que atribuyen al menos un 20% de las nuevas infecciones por el VHB a las inyecciones peligrosas.

Los resultados obtenidos indican que las inyecciones peligrosas pueden dar lugar a un elevado número de infecciones por agentes patógenos de transmisión hematogena. Se necesita por tanto una iniciativa de gran calibre para mejorar la seguridad de las inyecciones y reducir el abuso de las mismas en muchos países.

*(Contribución de Antonio Ugalde)*

***El costo de inyecciones peligrosas (The cost of unsafe injections)***

M. A. Miller y E. Pisani  
Bulletin of the World Health Organization 77, no. 10 (1999): 808-811

Las prácticas peligrosas de inyección causan una importante morbilidad y mortalidad, sobre todo como consecuencia de la transmisión de los virus B y C de la hepatitis y del virus de inmunodeficiencia humana (HIV). Sin embargo, estas enfermedades transmitidas inadvertidamente por la sangre se manifiestan mucho tiempo después de la inmunización primaria y en consecuencia no se tienen debidamente en cuenta. Se calcula que anualmente las actuales prácticas de inmunización se cobran más de 1,3 millones de vidas y cuestan US\$ 535 millones.

Probablemente la mayoría de las infecciones por inyecciones se debe a la reutilización de material contaminado. Así pues, el uso de jeringas autodestruibles reduciría la prevalencia de tales infecciones. Es necesario además invertir tanto en sistemas seguros, cómodos y eficientes de eliminación del material de inyección como en técnicas que prescindan de agujas.

Ante el aumento mundial del número de inyecciones empleadas para vacunación o en los servicios médicos, es necesario prever las asignaciones presupuestarias apropiadas para implementar técnicas de inyección más seguras, por ejemplo las jeringas autodestruibles, y mejorar al mismo tiempo la educación sanitaria y las unidades de eliminación. Aunque más costosos que las actuales prácticas peligrosas, los métodos mejorados harían posible una disminución de la morbilidad que probablemente

compensaría las inversiones realizadas en la mejora de las prácticas de inyección.

Organizaciones internacionales como la OMS y el UNICEF tienen la responsabilidad de impulsar el empleo de métodos de inyección más seguros. A este respecto, un primer paso importante consistiría en cuantificar mejor la magnitud del problema, la carga social y financiera que representan la morbilidad y la mortalidad asociadas, y el costo de las estrategias alternativas de reducción de esa carga.

(Contribución de Antonio Ugalde)

***Jeringas esterilizables: ¿riesgo excesivo o alternativa rentable? (Sterilizable syringes: excessive risk or cost-effective option?)***

A. Battersby, R. Feilden, y C. Nelson  
Bulletin of the World Health Organization 77, no. 10 (1999): 812-819

Los servicios de salud disponen básicamente de dos tipos de jeringas: esterilizables y desechables. En condiciones favorables, las primeras pueden emplearse y reesterilizarse hasta 200 veces, mientras que una jeringa desechable debe emplearse una sola vez.

Al objeto de reducir los peligros asociados a las jeringas esterilizables, muchos países han decidido sustituirlas por las desechables, y algunos han adoptado jeringas autodestruibles para las actividades de inmunización. Proporcionadas normalmente en el marco de los servicios de salud, las jeringas desechables pueden ser adquiridas también por el público en farmacias y diversos comercios. El otro componente de esta tecnología—la eliminación segura del material desechado—no suele ponerse en práctica; muchos países carecen de los recursos y la infraestructura necesarios para garantizar una destrucción eficaz y aceptable desde el punto de vista ambiental. Este aspecto es menos problemático en el caso de las jeringas esterilizables, pues las cantidades desechadas son mucho menores. De resultados de la adopción de las jeringas desechables, las alternativas habituales de manejo del material ya utilizado se han visto desbordadas, hasta el punto de que es frecuente hallar en el medio jeringas usadas. Son también cada vez más frecuentes las noticias de compra y reventa de jeringas desechables, tanto nuevas como usadas. A veces se reenvasa las jeringas utilizadas, y resulta imposible saber si el contenido está estéril. En los caos en que los sistemas de salud sufren sistemáticamente escaseces y en el que resulta extraña la idea de desechar artículos prácticamente nuevos, el personal tiene dificultades para observar la práctica del uso único, seguido de la eliminación del material.

Algunos países han desarrollado sistemas ajustados a sus circunstancias, que les permiten emplear sin riesgos jeringas esterilizadas. Se han desarrollado y proporcionado mejores equipos de esterilización (en particular un plástico especial para las jeringas, y soportes y autoclaves idóneos para su colocación) y se ha instruido al personal para que los use correctamente. Los indicadores del tiempo transcurrido, la saturación de vapor y la temperatura permiten al personal sanitario cerciorarse de que el ciclo de esterilización se ha completado satisfactoriamente y demostrárselo al público. Los autoclaves permiten separar ese proceso del uso de los instrumentos. Cuando las agujas y jeringas llegan al término de su vida útil, es posible esterilizarlas otra vez antes de su eliminación. En consecuencia, en estos países se pueden administrar inyecciones seguras, sin poner en riesgo a terceros. El costo por procedimiento es substancialmente inferior cuando se usa equipo de esterilización que cuando se emplean jeringas desechables, y además así se genera solo una pequeña fracción de los desechos peligrosos que acarrea las jeringas desechables. El costo que conlleva la correcta eliminación de estas equivale al de suministrar jeringas nuevas.

Las jeringas desechables se crearon para cubrir determinadas necesidades y abordar problemas específicos, pero han generado otros problemas que nos se dan con el material esterilizable. Es necesario que las autoridades nacionales consideren las ventajas e inconvenientes de cada tecnología en el marco de sus propias circunstancias. La jeringa esterilizable sigue presentando muchas ventajas y es adecuada para los países que disponen de personal disciplinado pero tienen un presupuesto sanitario limitado, una infraestructura insuficiente para el tratamiento de los desechos y cierta resistencia a desprenderse de artículos valiosos casi nuevos.

(Contribución de Antonio Ugalde)

***Inyecciones intramusculares innecesarias para niños en el África subsahariana. Una patología poco conocida: las complicaciones que siguen a las inyecciones intramusculares de quinina (Les injections intramusculaires chez l'enfant en Afrique subsaharienne, a propos d'une pathologie souvent méconnue: les complications liées aux injections intramusculaires de quinine)***

H. Barennes  
Bulletin Soc Pathol Exot 92, no. 1 (1999): 33-37

En África oriental la incidencia de poliomielitis ha disminuido en los últimos años gracias a las campañas

intensivas de vacunación. Hoy día las inyecciones intramusculares es la principal causa de parálisis de las piernas en los niños africanos así como de atención en los centros de rehabilitación. Inyecciones de quinina son las que se reportan con mas frecuencia. Como les falta material esterilizado, los trabajadores sanitarios no racionalizan el uso de las inyecciones intramusculares. Aunque el uso de la misma aguja ha disminuido, todavía persiste el uso de la misma jeringa para varios pacientes después de un lavado rápido de la misma.

Las malas condiciones higiénicas y el abuso de medicamentos también contribuye a la transmisión de serias enfermedades (hepatitis, malaria, sífilis, filariasis, virus Ebola, tétano y VIH). La parálisis causada por inyecciones se confunde frecuentemente con poliomelitis y los trabajadores sanitarios no se dan cuenta de las secuelas que dejan las inyecciones. Es importante prevenir el riesgo de las inyecciones intramusculares en Africa a través de la educación de los trabajadores de la salud y de la población. Es necesario racionalizar las prácticas curativas, promocionar terapias orales y buscar otras alternativas a las inyecciones intramusculares. En este sentido una alternativa que parece ser interesante, cuya eficacia farmacodinámica se ha estudiado durante los diez últimos años, es la administración intrarectal de una solución de quinina diluida.

*(Contribución de Antonio Ugalde)*

***Racionalidad en las recetas farmacéuticas en los centros rurales de salud in Burkina Faso (Rationality of drug prescriptions in rural health centers in Burkina Faso)***

G. Krause, M Borchert, J. Benzler, R. Heinmuller, I. Kaba, M. Savadogo, N. Siho y H.J. Diesfeld  
Health Policy and Planning 14, no. 3 (1999): 291-298

El objetivo de este estudio es investigar la calidad de las recetas médicas en nueve centros de salud de tres distritos en el área rural de Burkina Faso. Se observaron 313 consultas externas y se entrevistaron a trabajadores de la salud de los centros estudiados. Durante el periodo de observación, 15 trabajadores de la salud recetaron 793 medicinas, y también se analizaron 2815 medicinas recetadas que estaban anotadas en el registro de pacientes. Se recetaron un promedio de 2,3 medicamentos por visita. 80% de las medicinas recetadas no estaban incluidas en la lista de medicamentos esenciales. 84,4% eran las medicinas adecuadas de acuerdo a las directrices nacionales de tratamiento de enfermedades. 79,4% recetaban una dosis correcta. El estudio revela serias deficiencias en la prescripción de medicamentos que no se

hubieran podido detectar siguiendo los indicadores cuantitativos de uso de medicamentos recomendados por la OMS. Dos tercios de los pacientes no recibieron información sobre la duración del tratamiento. También se cometieron errores en la dosificación sobre todo en el caso de niños de menos de cinco años. Un análisis combinado del tipo de medicamento recetado y la dosificación indica que el 59,3% recibieron una receta correcta. Siete de 21 mujeres en cinta recibieron medicinas contraindicadas para el embarazo. Nuestra conclusión es que una evaluación solamente de los indicadores cuantitativos de uso de medicamentos no es suficiente para identificar las necesidades específicas necesarias para mejorar la calidad del tratamiento. Recomendamos que en futuras intervenciones se incluyan específicamente las recetas para niños de menos de cinco años y para mujeres embarazadas.

*(Traducido y editado por Antonio Ugalde)*

***Número de niños en escuelas públicas que reciben medicación para la condición de atención deficitaria por hiperactividad (The extent of drug therapy for attention deficit-hyperactivity among children in public schools)***

Gretchen B. LeFever, Keila V. Dawson, y Ardythe L. Morrow

American Journal of Public Health 89, no 9 (1999): 1359-1364

El objetivo del estudio era determinar cuantos niños recibían medicación para la condición de atención deficitaria por hiperactividad (CADH) en el sureste del estado de Virginia. Se estudiaron los niños inscritos en el segundo, tercero, cuarto y quinto grado en las escuelas de una ciudad A (n= 5767) y de otra ciudad B (n= 23.967). Enfermeras anotaron los niños que recibían medicación para tratar la CADH.

La proporción de estudiantes que recibían medicación para CADH era la misma en las dos ciudades (8% y 10%) y era entre dos y tres veces superior a la tasa esperada de CADH. Se encontró una asociación entre la medicación y las características sociales y educativas. Los varones recibían tres veces más medicación que las mujeres y los blancos dos veces más que los negros. La medicación también era más alta para los niños en los cursos superiores, entre un 18 y 20% de los niños blancos en el quinto año eran medicados. Dentro del mismo curso los que eran más jóvenes recibían más medicación que el resto, una asociación estadísticamente positiva al p menos de 0.1. En la ciudad A la prevalencia de CADH era 12% y en la ciudad B 63%.

Nuestros resultados sugieren que los criterios para el diagnóstico de CADH son muy diferentes en cada sitio, lo

que puede llevar a un diagnóstico y tratamiento exagerado de CADH.

*(Traducido y editado por Antonio Ugalde)*

**Globalización, precios de medicamentos y políticas sanitarias en Sudáfrica: enfrentándose a las presiones de las industrias farmacéuticas y los políticos de los EE.UU. (Globalization, pharmaceutical pricing and South African health policy: managing confrontation with U.S. firms and politicians)**

Patrick Bond

*International Journal of Health Services* 29, no. 4 (1999)  
[http://aidc.org.za/archives/pbond\\_pharmaceutical\\_pricing.html](http://aidc.org.za/archives/pbond_pharmaceutical_pricing.html)

Con la llegada de la democracia a Sudáfrica en 1994 se empezó a gestar un tremendo conflicto farmacéutico entre el gobierno conocido como African National Congress del presidente Nelson Mandela y la industria farmacéutica de EE.UU. Este conflicto tomó proporciones globales en 1998 y 1999. A los pocos meses de que se aprobara legislación para reducir los precios de los medicamentos en Sudáfrica, el gobierno de los EE.UU. empezó inmediatamente aplicar presiones fortísimas para que se anulara una cláusula que permitía la importación de genéricos y para que se introdujera la imposición de licencias obligatorias. En juego estaba no solo las interpretaciones locales de las leyes de patentes y las normas de la Organización Mundial de Comercio sobre el Comercio de Propiedad Intelectual, sino también las relaciones de poder internacional entre los países en vías de desarrollo y la industria farmacéutica.

Para analizar este debate, este artículo examina la política sanitaria del nuevo gobierno de Sudáfrica, a continuación se revisa las presiones del gobierno de EE.UU. Para cambiar la ley, en tercer lugar se discuten los intereses de la industria farmacéutica y sus vínculos con el gobierno de los EE.UU.; y finalmente, se evalúan los diferentes tipos de oposición al comportamiento de las industrias norteamericanas y del gobierno de EE.UU.

El estudio cuestiona, aunque no por primera vez, el imperialismo contemporáneo (globalización), el papel que juega el lucro en la producción de medicamentos que son necesarios para salvar la vida, y el significado auténtico del concepto de democracia en un país en el cual las poderosísimas industrias farmacéuticas tienen la capacidad de ridiculizar al vicepresidente Al Gore al hacerle sentir impotente para enfrentarse contra los intereses de las industrias en vez de defender los derechos de millones de sudafricanos y de otros ciudadanos del tercer mundo a tener accesos a medicamentos económicamente accesibles

para superar la enfermedad y en muchas ocasiones salvar su vida.

*(Traducido y editado por Antonio Ugalde)*

***El impacto en la calidad y accesibilidad a los servicios de salud de las actividades económicas informales de los trabajadores del sector público de salud de Uganda (Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care)***

Barbara McPake, Delius Asiimwe, Francis Mwsigye, Mathias Ofumbi, Lisbeth Ortenblad, Pieter Streefland, y Asaph Turinde

*Social Science and Medicine* 49, no. 7 (1999): 849-865

Este trabajo reporta los resultados de un estudio de las actividades informales económicas de los trabajadores del sector público en Uganda que son definidas como actividades que generan un ingreso fuera de sus obligaciones oficiales y de su salario. Se llevó a cabo el estudio en diez centros de salud y dispensarios de diferentes tamaños y se utilizaron una variedad de métodos cualitativos y cuantitativos. El estudio se enfoca en las actividades que se llevaban a cabo dentro de los servicios de salud y que tenía un impacto directo en la calidad y accesibilidad a los servicios de salud. Se estudió en particular la fuga de medicamentos, el cobro informal a los pacientes y el manejo inadecuado de los fondos que los servicios cobraban legalmente a los pacientes. Muy pocas de las medicinas que se entregaban a estos servicios de salud se distribuían a los pacientes. La mayoría de los trabajadores que lo podían hacer cobraban informalmente. Cuando se cobraba formalmente, la mayoría de los fondos recabados desaparecían en el mismo momento de cobrar o en niveles superiores del sistema de salud.

Se evaluó el impacto de estas conductas en la calidad y accesibilidad a los servicios. La utilización de los servicios era muy inferior a la que se podría esperar en las pequeñas clínicas rurales, y el trabajo lo hacían un número menor de los trabajadores que estaban asignados a las clínicas y que trabajaban menos horas de las que debieran. A pesar de que había muy pocos pacientes, los medicamentos que quedaban después de los robos no eran suficientes para cubrir la mitad de los pacientes que usaban las clínicas.

El número de horas que trabajan los trabajadores de salud y las tasas de utilización aumentaban cuando los trabajadores cobraban informalmente a los pacientes. El robo de drogas está asociado con poca utilización y pocas horas de trabajo. A largo plazo solamente se puede mejorar los servicios si se mejora la financiación, pero más financiación por sí sola no es suficiente. Es necesario entender las prácticas

informales para poder desarrollar mejores políticas y hacer mejores inversiones.

*(Traducido y editado por Antonio Ugalde)*

***Revisión de la evidencia científica de las implicaciones clínicas y económicas de la resistencia bacteriana a la vancomicina.***

Aymerich, M., A. García-Altés, y A. J. Jovell  
AATM breus, Mayo de 1999

La posibilidad de resistencias a la vancomicina por parte de los enterococos y estafilococos ha sido descrita en la literatura científica y en nuestro entorno hospitalario, aunque todavía con una baja prevalencia. Sin embargo, el problema de las resistencias bacterianas a la vancomicina se agrava por el hecho de que plantea un reto de difícil solución para la terapéutica de infecciones por bacterias multiresistentes, hasta ahora controlables.

Las resistencias bacterianas a la vancomicina aparecen asociadas a distintos factores de riesgo como la administración de vancomicina y de cefalosporinas, la

estancia en la unidad de cuidados intensivos, la hemodiálisis, la duración prolongada de la terapia con vancomicina y la duración prolongada tanto de la estancia hospitalaria como de la estancia en la unidad de cuidados intensivos.

Las resistencias bacterianas a la vancomicina y a otros antibióticos tienen importantes implicaciones económicas para los hospitales y para la sociedad en general, aumentando tanto los costes directos de la atención primaria como los indirectos.

Entre las medidas que pueden contribuir a prevenir y controlar la aparición y extensión de las resistencias bacterianas destacan: la formación profesional continuada, la implantación de guías de práctica clínica de prescripción y uso de antibióticos, la educación de la población, la investigación de los mecanismos moleculares que originan las resistencias, y la investigación y desarrollo de nuevas líneas antibióticas.

*(Contribución de Núria Homedes)*



## INDICES

**Prescrire Internacional** Octubre 1999, Vol 8 (43)

*Prescrire Internacional*, P.O.Box 459 - 75527 Paris, Cedex 11 France

Publicación original en inglés

Dirección electrónica: [international@prescrire.org](mailto:international@prescrire.org)

### Editorial

Investigación de medicamentos huérfanos

### Productos Nuevos

*Montelukast* (producto nuevo): No se ha demostrado efectividad en el tratamiento del asma.

*Olanzapine* (producto nuevo): No es más costo-efectivo que otros neurolepticos.

*Tretinoína* y *envejecimiento de la piel por la luz* (producto nuevo): Poco eficaz y peligroso: No debe recetarse.

*Topiramato* (nueva indicación): Útil en niños con epilepsia parcial y para todas las edades en caso de epilepsia tónico-clónica.

*Ticlopidina* (revisión): No tiene valor en la prevención de eventos isquémicos en casos de embolias y claudicación intermitente.

### Efectos Indeseables

*Cardiotoxicidad de las antraciclinas*: aumenta con el acumulo de dosis y puede provocar fallos cardíacos.

### Revisiones

*Manejo de la diabetes tipo II*: Glibenclamina para pacientes no obesos y metformina para pacientes obesos.

*Fracturas en el adulto en terapia esteroidea sistémica*: No hay profilaxis efectiva.

*Antidepresivos inhibidores de la reabsorción de la serotonina y el embarazo*: La información es limitada y suele incluir a fluoxetina.

**Prescrire Internacional** Diciembre 1999, Vol 8 (44)

*Prescrire Internacional*, P.O.Box 459 - 75527 Paris, Cedex 11 France

Publicación original en inglés

Dirección electrónica: [international@prescrire.org](mailto:international@prescrire.org)

### Editorial

*El más bajo denominador común.*

### Productos Nuevos

*Clopidrogel* (producto nuevo): Mejor que la aspirina para la claudicación intermitente.

*Raloxifene* (producto nuevo): No es mejor que los

estrógenos en la población general.

*Entacapone* (producto nuevo): No hay datos comparativos en pacientes con Parkinson.

*Nifuroxácina en la diarrea aguda*: Inútil.

*Perindorpil+indapamida* (producto nuevo): En principio no use antihipertensivos en combinaciones fijas.

*Dispositivo intrauterino con levonorgestrol* (producto nuevo): Puede ser una alternativa a los DIUs de cobre.

*Crema de penciclovir* (producto nuevo): No tiene ventajas sobre el aciclovir.

### Efectos Indeseables

*Anemia por inhibidores de la ACE en el fallo renal.*

*Intoxicación por poppers* (nitratos alifáticos).

*Problemas neurológicos y cardíacos por fenilpropanolamina.*

*Problemas neurológicos debidos a la exposición a la zidovudina en útero.*

*Dolor de cabeza debido al uso de productos antimigrañosos antagonistas del receptor 5HT1.*

### Revisiones

*Escogiendo un macrólido*: Espiramicina es la más segura.

*Consumo y peligros del éxtasis*: Confusión sobre su seguridad

### Discusión

*Correspondencia con la OMS respecto a las guías de tratamiento de la hipertensión.* Hemos detenido el proceso de convertimos en un centro colaborador.

**Revista Panamericana de Salud Pública**: Información Farmacológica 1999 Vol 6 (1)

Revista de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS)

### Reacciones adversas

*Más información en la etiqueta de los suplementos alimentarios.*

*Advertencia sobre graves problemas de salud con gamma-butirolactona (GBL).*

*Le efedrina y atropina son inaceptables como ingredientes en los productos analgésicos o de uso menstrual de venta libre.*

*Análisis de reacciones adversas a los excipientes.*

*Análisis de la insuficiencia renal aguda con inmunoglobulina humana intravenosa.*

*El ácido nicotínico y la pérdida de la vista.*

*Eczema por contacto con propacetamol.*

*Reacciones alérgicas a la Echinácea.*

### Uso Racional

*Advertencia sobre el uso de Abbokinasa.  
Enmienda a la rotulación del sulfato de magnesio.  
Se revisa la información sobre los análogos de nucleósidos por causa de esteatosis hepática y acidosis láctica.  
Advertencia sobre la dosis excesiva de povidona yodada (yodopovidona).  
Carácter prevenible de la pérdida de la audición por causa del tratamiento con carboplatino.*

### Retiros del Mercado

*Sigue sin autorización de venta el Cholestin.  
Se retiran del mercado ampollas de glucosa (MiniPlasco) por rotulación equivocada.  
El fabricante retira la vacuna absorbida que contiene toxoides diftérico y tetánico y la vacuna acelular contra la tosferina.  
Se retira por reacciones adversas la formulación pediátrica de la vacuna contra el virus de la encefalitis transmitido por garrapatas.  
Se suspende la autorización de venta del tetranitrato de eritritilo por falta de eficacia.*

### Enmiendas a la rotulación

*Etiquetas nuevas y fáciles de entender para los medicamentos de venta libre.  
Enmienda de la rotulación del frasco y del envase externo de Cerebyx (inyección de fosfenitoína sódica).  
Adición de L-desoxiefedrina (levmetanfetamina) a la monografía de descogestionantes nasales de venta libre.*

**Revista Panamericana de Salud Pública:** Información Farmacológica 1999 Vol 6 (4)  
Revista de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS)

### Reacciones adversas

*Anemia aplásica asociada con el cloranfenicol oftálmico y el nifedipino.  
Infertilidad masculina y esteroides anabólicos.  
Propionato de fluticasona (Flovent) y trastornos eosinofílicos.  
Adormecimiento repentino por consumo de pramipexol.  
Trastornos hepáticos graves asociados con el uso de trovafloxacino y alatrofloxacino.  
Acidosis láctica debida al consumo de metformina.  
Graves efectos adversos por el uso de etanercepto (Enbrel)*

### Política sobre Medicamentos

*Ultimos reglamentos de la FDA sobre productos protectores contra los rayos solares.  
Medidas de la FDA par controlar la venta por Internet de medicamentos que requieren receta médica.*

*Anuncios de la FDA sobre el carácter ilegal de la venta de productos de tabaco a menores.  
Normas y procedimientos para el registro de productos naturales de uso medicinal en el Ecuador.*

### Uso Racional

*Uso indebido de suplementos dietéticos orales en forma líquida  
Coumadin y Marevan no son intercambiables  
Se debe descartar el embarazo antes de prescribir clomifeno.*

### Retiros del Mercado

*Retiro voluntario del sulfato de gentamicina inyectable.  
Suspensión voluntaria del astemizol (Hismanal).  
Retiro de todos los lotes del colutorio DawnWist.  
Retiro de la poligelina por su asociación con hipotensión.  
Retiro de productos del mercado argentino en junio de 1999.  
Falsificación de Distensil y de Buscapina Compositum en el Perú.*

### Enmiendas a la rotulación

*Nueva rotulación y cambios en las indicaciones sobre el uso de la troglitazona (Rezulin)*

### Decisiones Diversas

*Aprobada la temozolomida para tratar el cáncer cerebral.  
Uso aprobado de una proteína de fusión para el tratamiento de linfomas.  
La talidomida (Thalomid) declarada medicamento huérfano para el tratamiento de la enfermedad de Crohn.  
Aprobación de la rosiglitazona para el tratamiento de la diabetes tipo II  
Adición del tiomersal a las vacunas.*

### **Medicamentos y Salud, 1998 Vol. 2(3)**

Organo de Difusión de GAPURMED  
Grupo Argentino par el uso racional de los medicamentos  
Facultad de Ciencias Médicas- Cátedra de Farmacología-  
Universidad Nacional de la Plata. Calle 60 y 120 La Plata, Argentina

### Editorial

*La necesidad de un cambio curricular en las facultades de medicina.*

### Trabajos Originales

*Estudio descriptivo del uso de fármacos en un hospital  
neuropsiquiátrico.*

Tribuna de Opiniones

*Medicina basada en la evidencia  
Enfoque racional de la terapéutica: algunas sugerencias al  
prescriptor.*

¿Qué sabe usted...?

*Anemia ferropénica en el embarazo.*

Noticias Breves

*¿Quién necesita la fenoltaleina?*

Pasando Revista

GAPURMED Informa

Correo de Lectores

Instrucciones para los autores

## **INFORMACION PARA LOS AUTORES DE ARTICULOS**

*Fármacos* publicará artículos originales y artículos publicados en revistas profesionales con permiso de reproducción. El autor principal debe indicar si el artículo es original y en caso de que esté publicado enviar por correo o fax la copia del permiso de reproducción. *Fármacos* permite la reproducción de los artículos publicados en el boletín.

Los manuscritos deben seguir las normas de redacción (bibliografías, referencias, notas, títulos de cuadros y gráficos etc.) de la Revista Panamericana de Salud Pública; y deben enviarse en formato electrónico.

Los trabajos deben acompañarse, después del título y autor/es, de un resumen que no tenga más de 100 palabras, seguido de tres palabras claves que lo identifiquen.

Los gráficos y tablas deben enviarse en formato que se pueda reproducir fácilmente y sean leíbles en forma electrónica (que quepan en la pantalla). Lo más aconsejable es generar los cuadros utilizando el formato de tablas para que no se modifiquen al transformarse al formato Word o RTF.

Los nombres de los medicamentos genéricos se escribirán con minúscula y los nombres comerciales con mayúscula.

En cuanto a la puntuación de cifras se requiere que se sigan las normas del castellano, es decir que se utilicen puntos para los miles, y comas para los decimales. Debe observarse que términos como billones corresponden a la aceptación castellana (un millón de millones) y no a la inglesa (mil millones). Cuando se utilizan acrónimos deben utilizarse los castellanos (ejemplo: PIB en lugar de GDP). Al presentar información sobre precios en monedas nacionales es necesario indicar el equivalente en dólares de Estados Unidos. En general nos interesa mantener la integridad del idioma castellano, aceptando variaciones regionales en uso de cada país.