



Redacción: Borja García de Bikuña Landa y José Antonio Barbero González

**RED ESPAÑOLA DE
ATENCIÓN PRIMARIA****Apartado de Correos 207 - Suc. 2
28800 Alcalá de Henares (Madrid)**

Ya empieza la cuenta atrás.

SUMARIO

Vacunación antitetánica

Segundas Jornadas Científicas de la Red Española de Atención Primaria

Genéricos

La revolución digital

NUEVOS AIRES

El Boletín, como habréis advertido en el número anterior, ha cambiado el formato. Esta es una nueva imagen que pretende que sea una nueva etapa en la historia de nuestra asociación y más específicamente en la del Boletín. Hemos intentado cuidar al máximo cualquier tipo de detalle: colores, dibujos, paginación, etc... Supongo, y esto no es nada nuevo, que aunque cambien los colores y el formato sea muy bonito, no sirve de nada si los asociados no escriben artículos. Por lo que de nuevo os pedimos que escribáis sobre lo que queráis, pero escribir algo.

El TOM-COR sigue adelante y ya ha entrado en la fase de entrenamiento de los farmacéuticos de intervención empezando a realizar las primeras pruebas piloto. Realmente este estudio ha levantado muchas expectativas por diversos motivos:

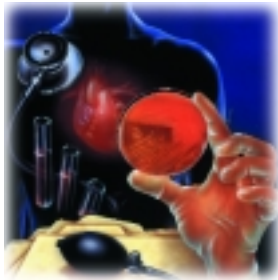
- Integración del farmacéutico dentro del Sistema Sanitario, independientemente de la dispensación.
- Colaboración entre los diferentes profesionales: médicos, farmacéuticos y enfermeros.

Esperemos que todo sea positivo.

También se tiene preparado un trabajo de investigación que se expondrá en las Jornadas sobre la Consulta Farmacéutica (el que me da para...). Es un trabajo a nivel europeo y en el que participarán varios países. En este momento se está esperando financiación por parte de las autoridades europeas (BIOMED).

Sin embargo, desde hace tiempo echamos de menos trabajos de investigación, dentro de la RE-AP, de médicos y enfermeros. Esperemos que esta situación no se alargue eternamente.

En las próximas Jornadas, llevaremos a cabo nuestra Asamblea General. Allí se expondrán nuevas ideas que se quieren poner en marcha. Por eso necesitamos que la mayoría de los miembros de la REAP asistan para que manifiesten sus propias opiniones. Nos vemos en Bilbao.

**Comite de Redacción**

ESTRATEGIAS DE VACUNACION ANTITETANICA EN EL ADULTO

Algunos de los miembros de la REAP estamos interesados en el estudio del tétanos desde distintos puntos de vista: En como aprovechar todos los recursos asistenciales, incluidas las oficinas de farmacia, para mejorar la cobertura vacunal (T. Erayalar, Carbayin, Asturias), o en medir la serología postvacunal para mantener la confianza en la eficacia de la vacuna (L. Palomo, Barrado, Cáceres); y es que, aunque han pasado 20 años desde aquel editorial de JAMA (Edsall, 1.976), el tétanos sigue siendo una enfermedad inexcusable.

La eliminación de la exposición al agente del tétanos no es posible por ser una infección que se adquiere por exposición medioambiental, no obstante en una enfermedad prevenible por vacunación y que se puede controlar totalmente (Wassilak, 1.994). La vacuna es altamente eficaz, de bajo coste de aplicación y con escasos y poco importantes efectos secundarios. Gracias a ella la seroprotección inducida alcanza el 97% de los menores de 5 años. Como la inmunidad desciende con la edad y el tiempo transcurrido desde la última dosis, en España, en adultos mayores de 45 años, no afectados por las campañas de primovacuna, y sobre todo en las mujeres, que tienen menos oportunidades de vacunarse (ejército y trabajo), la desprotección ronda el 83-87% de las personas (Vidal, 1.992; Cilla, 1.994; Ramírez, 1.995). Esta situación, aunque atenuada porque la vacunación sistemática se introdujo mucho antes (1.940), también se ha documentado recientemente en EEUU (Georgen, 1.995), observándose que los protegidos entre los 6-11 años son el 87,7%, frente al 27,8% de los mayores de 70.

Estas tendencias son congruentes con el desplazamiento de los casos de tétanos a edades cada vez mayores; de hecho, tanto en España como en EEUU, más del 57% de los casos ocurren por encima de los 60 años. Las mujeres ancianas son las que tienen mayor riesgo de enfermedad. Así por ejemplo, en Inglaterra, tres de los seis casos habidos en 1.993 ocurrieron en mujeres de más de 75 años y tuvieron un desenlace fatal (Bowie, 1.996).

Por estas razones, se están planteando alternativas que aporten mejor relación coste-beneficio que las recomendaciones vacunales tradicionales. Se han realizado estudios sobre el coste-efectividad de la primovacuna

antitétánica en ancianos canadienses (Hutchison, 1.988) y, recientemente, en un trabajo de Balestra et al., se comparan tres estrategias vacunales a partir de una primovacuna infantil completa: seguir la recomendación de revacunar cada 10 años, otra estrategia consistiría en aplicar solamente profilaxis de exposición y, una tercera, en poner una dosis de recuerdo a los 65 años. Concluyen que esta última estrategia es la más coste-efectiva, y recomiendan abandonar la revacunación cada 10 años en favor de una sola dosis de recuerdo a los 65 (Balestra, 1.993). Aunque esta recomendación ha generado cierta controversia (Bisgard, 1.994), tiene fundamento si se tiene en cuenta la clínica de la enfermedad y los costes asistenciales, los costes de la vacunación por año de vida ganado y, también, que se han demostrado niveles protectores en el 82% de una población adulta 10 años después de una sola dosis de vacuna (Palomo, 1.994) y hasta el 72% 30 años después de la vacunación completa (Simonsen, 1.985).

En España tenemos una tasa de incidencia de tétanos 6,5 veces superior a EEUU, por lo que las conclusiones del estudio de Balestra no pueden trasladarse miméticamente. Aunque la vacunación antitétánica del adulto es un programa estrella de la cartera de servicios de atención primaria y se intentan todo tipo de estrategias para mejorar la cobertura (Antón, 1.996; Valdivia, 1.996), no creo que nadie se atreva a aventurar un pronóstico sobre la eficacia de estas medidas. Mientras tanto siguen conviviendo grupos de población altamente desprotegidos (mujeres, ancianas, medio rural) con otros, con riesgo creciente de efectos secundarios con cada nueva dosis porque están ya sobrevacunados (ejército, vacunación laboral, vacunación sin contemplaciones ante cualquier herida en servicios de urgencia, etc. ...).

Para evitar el tétanos, sería necesario acordar una política pública unitaria al respecto, para tratar de poner orden en las estrategias y recomendaciones vacunales, y en los registros y acreditaciones del estado inmunitario de los individuos.

Ya que ahora surgen dudas sobre cual puede ser la estrategia más coste-efectiva, ¿Quién se anima a buscar una respuesta?.

Luis Palomo

C.S. de Coria/Unidad de Investigación. Cáceres.



VACUNACION ANTITETANICA:

CAPTACION DE PACIENTES EN ATENCION PRIMARIA

Entre las actividades de promoción y prevención de la salud se encuentra la vacunación antitetánica (VA), la cual debe ser indicada por el personal sanitario, bien sea el médico o el ATS.

La recomendación de la VA está dirigida a toda la población, con especial atención a ancianos, diabéticos, recién nacidos, embarazadas, usuarios de drogas y profesionales especialmente expuestos a heridas contaminadas como son jardineros, barrenderos, basureros, carniceros, etc..

La inmunización en la población infantil se encuentra incluida en el calendario de vacunación infantil. La captación se realiza a través del pediatra, así como desde la consulta del niño sano, en la cual se lleva a cabo el seguimiento del niño desde su nacimiento hasta los 14 años de edad. En muchos centros del Insalud, se dispone, además, de consultas de enfermería dedicadas a la Salud Bucodental de la población infantil desde los 6 hasta los 12 años, desde las cuales se procede a la captación de sujetos que puedan haber escapado al calendario de vacunación infantil.

En general, la población infantil se encuentra en un perfecto estado de inmunización completa de la VA, con sus tres dosis de toxoide tetánico (DTP), con algunas excepciones de grupos marginales, entre los que destaca la población de raza gitana a la cual se la suele captar en las consultas a demanda de pediatría. No obstante, suele ser una población con índices de VA completa muy bajos.

El último recuerdo de la VA se lleva a cabo a los 14 años, completando de esta manera la vacunación infantil. Salvo muy pocas excepciones, es raro el adulto que se somete a una dosis de recuerdo a los 10 años, por lo que resulta poco probable encontrar adultos con una vacunación correcta si no es porque han sufrido lesiones potencialmente tetagénicas tales como quemaduras, abrasiones o heridas incisivas; en estos casos, lo más habitual es encontrar individuos con una sola dosis de VA o a lo sumo con la segunda dosis y, por tanto, con un estado de inmunización incompleta. Conviene recordar que, en los varones que realizan el servicio militar, son sometidos a una pauta de VA rápida que les protege algo más en el tiempo, con respecto a la población adulta femenina.

Cuando se captan pacientes vacunados de forma incorrecta se procede a completar la vacunación con las dosis que falten, procurando evitar la primovacunación.

La captación del adulto se realiza en las consultas de medicina, enfermería para crónicos, así como en las

consultas programadas de visita domiciliaria para inmovilizados y, muy especialmente, en la sala de curas. Es en esta última donde se procede, de forma sistemática, a la indicación de la VA de los sujetos que acuden con algún tipo de lesión de las anteriormente citadas. A diferencia de otras enfermedades infecciosas, el tétanos no produce inmunidad natural, por lo que, aún padecido la enfermedad, debe aplicarse una VA completa, una vez que el paciente se ha restablecido.

Hasta hace muy poco tiempo, en la mayoría de los centros del Insalud, esta vacunación iba dirigida de forma prioritaria a la población mayor de 65 años, considerándose que se trataba de un grupo de riesgo debido a una mayor incidencia de caídas y accidentes domésticos, así como a factores de envejecimiento de la piel que la hace más susceptible de adquirir el tétanos.

En la actualidad, en los centros del Insalud, se sigue un programa de VA dirigido a toda la población adulta. Este programa ofertado es, en general, muy bien aceptado por aquellos usuarios que acceden a los centros sanitarios.

Carmen Sola Cardenete
ATS

*Consultorio San Francisco de Paula
Area IV - Madrid*



os recordamos...



R.E.A.P.

SEGUNDAS JORNADAS CIENTIFICAS DE LA RED ESPAÑOLA DE ATENCIÓN PRIMARIA

27 y 28 de Junio de 1997

**SALON DE ACTOS DEL COLEGIO OFICIAL DE
FARMACEUTICOS DE BIZKAIA**

c/ Avda. Sabino Arana, 20-7º
BILBAO

PRIMERA SESION DE TRABAJO

Viernes, 27

16:00 Horas

Recepción de participantes y entrega de documentación.

16:45 Horas

Inauguración de las Jornadas

D. IÑAKI LINAZA PEÑA
Presidente del Colegio Oficial
de Farmacéuticos de Bizkaia

D. ARTURO LOPEZ RUIZ
Presidente de la R.E.A.P.

17:00 Horas

"Formas de remuneración al Profesional Sanitario"

CONFERENCIANTE:

D. JOSE JESUS MARTIN MARTIN
Economista. Coordinador del Area
de Política y Gestión Sanitaria
de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

18:00 Horas

Descanso y café

18:15 Horas

Mesa Redonda "Los Profesionales Sanitarios y la Administración ante las distintas modalidades de remuneración".

PONENTES:

**DÑA. FLOR ALVAREZ DE TOLEDO
SAAVEDRA**

Farmacéutica Comunitaria.
Miembro Fundador de la S.E.F.F.A.C.,
Miembro de la R.E.A.P.

D. RAIMUNDO PASTOR SANCHEZ
Médico de Atención Primaria.
Secretario de la R.E.A.P. Equipo C.E.S.C.A.

DÑA. CARMEN RODRIGUEZ
Enfermera. Coordinadora de enfermería
Area de Bizkaia. Osakidetza.

MODERADOR:

D. IÑAKI LINAZA PEÑA
Farmacéutico Comunitario. Presidente
del Colegio Oficial de Farmacéuticos
de Bizkaia.

20:00 Horas

Fin de la primera sesión.

SEGUNDA SESION DE TRABAJO

Sábado, 28

10:00 Horas

"Los contratos programa"

CONFERENCIANTE:

D. ARTURO LOPEZ RUIZ

Médico de Atención Primaria.

Presidente de la R.E.A.P.

Jefe de Contratación de Servicios Sanitarios
del Dpto. Sanidad Gobierno Vasco.

11:15 Horas

Descanso y café

11:30 Horas

Mesa Redonda. "La Receta Médica"

PONENTES:

D. FEDERICO PLAZA PIÑOL

Subdirector General de Planificación Farmacéutica
Ministerio de Sanidad y Consumo.

D. FERNANDO A. ALONSO LOPEZ

Médico de atención primaria

D. BORJA GARCIA DE BIKUÑA LANDA

Farmacéutico Comunitario.

Vocal de Farmacia de la R.E.A.P.

DÑA. ANA COLLIA

Representante de la Unión
de Consumidores (U.C.E.)

MODERADOR:

D. JUAN DEL ARCO ORTIZ DE ZARATE

Farmacéutico. Director del C.I.M. del C.O.F.
de Bizkaia. Miembro de la R.E.A.P.

13:30 Horas

Comida

16:00 Horas

Conferencia: "Programa TOMCOR"

PONENTE:

D. IÑIGO GOROSTIZA HORMAETXE

Farmacéutico Comunitario.

Miembro de la R.E.A.P.

17:00 Horas

Otros Proyectos de Investigación
de la R.E.A.P.

18:00 Horas

Fin de las Jornadas.

Para más información contactar
con la Srta. Esther Rom.

Secretaría de las Segundas Jornadas
de la R.E.A.P.

Colegio Oficial de Farmacéuticos
de Bizkaia.

Tlfn. (94) 4395064 Fax. (94) 4395181
Email cimbi@recol.es

De cara a organizar las presentaciones
de los proyectos de investigación el
Sábado 28 de Junio, os pedimos a todos
los que estéis interesados en comentar
vuestros trabajos que os pongáis en
contacto con

BORJA GARCIA DE BIKUÑA LANDA

Tel. 94 - 475 31 38



GENERICOS

Cuando Raimundo pidió mi colaboración, me comenté que los temas de interés iban encaminados a las actuales recetas, pero que cualquier tema relacionado con la prescripción podría ser bienvenido. Le propuse escribir sobre los fármacos genéricos o más bien, los mal llamados genéricos ya que, como todos sabemos, son "genéricos de fantasía". He aprovechado un breve comentario que escribí para mis compañeros de trabajo en una especie de hoja parroquial que llamamos "Docencia News" (es un poco pedante, lo sé) y que puse el rimbombante título de: ETICA Y FARMACOS GENERICOS. Deseo aclarar que lo que voy a exponer es mi opinión y que para entrar en faena preciso ponerlos en antecedentes.

Cuando escribí aquello, ejercía de Subdirector Médico en un distrito de mi Area en Madrid (de unos 250.000 habitantes aproximadamente). Se me ocurrió a propósito de una conversación que tuve con un compañero que, al igual que yo ahora, había dejado la dirección y se había reincorporado a la asistencia. Se le planteaba el dilema de si era ético cambiar un tratamiento ya instaurado por otro por un motivo meramente economicista y si esto podría repercutir en la relación médico-paciente. En aquella época yo me pregunté que haría en su lugar y de esa reflexión nació la primera parte de este artículo. Año y medio después de escribirlo me he incorporado a la asistencia, llevo tres meses en ella y tengo una visión más amplia del problema. De esta experiencia, nace la segunda parte. Bueno, pues allá voy con la primera parte, mi opinión del problema estando de Subdirector:

Partiendo del supuesto de que todo genérico es más barato que su correspondiente fármaco de fantasía, podríamos preguntarnos: ¿es ético mandar fármacos genéricos?, y ¿es ético cambiar un tratamiento establecido con un fármaco de fantasía por un genérico?. Ambas cuestiones nos llevan a preguntarnos si la eficiencia (resolución de un problema al menor coste posible, en este caso económico) se encuentra dentro de la ética de nuestra actividad diaria.

La primera pregunta es fácil de contestar, ya que no parece difícil entender que, a igual eficacia, es mejor dar lo más barato (en una primera prescripción los pacientes no suelen poner objeciones). Pero en la segunda, la contestación no es tan clara al tener que utilizar nuestra relación médico-paciente para aumentar la eficiencia. A mi entender sigue siendo la eficiencia una razón que lo justifica, aunque creo que exige una matización.

En ambos casos, pero más en el segundo, es muy importante la interacción con la organización-empresa. Me explico, a mí como profesional, mi organización-empresa me está "obligando" a que actúe a través de mi relación médico-paciente en algo, que ella, podría resolver por sí misma. El único esfuerzo a realizar es un cambio de normas, por ejemplo, solo pagar el precio equivalente al genérico más barato independientemente del fármaco utilizado. Como esto no tiene réplica, la contestación la doy desde mi personal punto de vista.

La respuesta depende del lugar que yo he asumido en la organización y de mi vivencia de la relación médico-paciente. Personalmente, me encuentro satisfecho con el lugar que ocupo en la organización (aunque puede mejorar), por lo cual, asumo la eficiencia como algo intrínseco a mi labor diaria y que, en buena lógica, terminará redundando en beneficio del paciente, bien porque este "ahorro", permitirá gastar en otras cosas, bien evitando pérdidas (de prestaciones por ejemplo). Aún más, asumo el tener que suplir algunas deficiencias del sistema en espera de que en un futuro se solucionen. En cuanto a mi vivencia de la relación médico-paciente, me siento en la obligación de explicarle el porqué del cambio de tratamiento en aras de un beneficio que, tal vez, ni él ni yo disfrutaremos, pero que tiene que ver con la solidaridad y la equidad del sistema.

Hasta aquí se exponían las razones de un Subdirector y a partir de aquí las de un médico de cabecera:

Debido a una cierta coherencia personal (que a veces me ha dado problemas) mis puntos de vista no han cambiado. De



hecho, en los datos sobre prescripción y gasto de farmacia del INSALUD, mi cupo ha disminuido ciertas partidas y ha mejorado ciertas prescripciones. ¿Qué es lo que he hecho?, pues ni más ni menos que utilizar mi relación médico-paciente para cambiar tratamientos por otros más baratos. En ningún momento se me ha ocurrido poner trabas a los pacientes, de hecho sigo mandando prescripciones carísimas e inadecuadas que se realizan en otros ámbitos del INSALUD. Pero se me plantean nuevos problemas: ¿qué debo hacer cuando me piden la medicina que sabe a fresa?, ¿qué hago si me dicen que esa pastilla es más grande que la anterior y que se traga peor?, ¿por qué compañeros menos identificados con los objetivos de la empresa, tienen las mismas recompensas que yo?, ¿hasta dónde debe llegar mi implicación personal en cuestiones económicas?, ¿qué repercusión sobre otros colectivos tiene mi forma de actuar?, etc., etc.

Creo que estas preguntas se las hacen un montón de médicos de cabecera y "las respuestas, mis amigos, vuelan en el viento" (como en la canción). Por mi parte, sigo profundizando en mi relación con los pacientes y en mis conocimientos clínicos, que es lo que me corresponde como médico de cabecera. Pero espero, que otros estamentos con otras responsabilidades, den solución a los problemas planteados en su nivel. Deseo que no suceda como con la psicosis de epidemias por Meningitis C, que mientras nuestras direcciones nos pedían "detener desde la base" la histeria colectiva, otras autoridades sanitarias abrían nuevos puestos para expender la mal indicada vacuna.

JOSE ANTONIO GONZALEZ-POSADA

LA REVOLUCION DIGITAL

La farmacia comunitaria, se encuentra en un momento de gran agitación y cambio. Esto parece no tener mucha discusión, y además es poco original.

En este contexto proliferan empresas asesoras en marketing que nos quieren convencer (quizá tengan razón) de que modifiquemos nuestra imagen y vayamos hacia establecimientos más comerciales, rentables y competitivos. ¿Algo qué objetar?

Por otra parte, nos damos cuenta de que la optimización de tareas repetitivas y asignación del trabajo por funciones nos permiten ahorrar un tiempo precioso que podemos usar en tareas más sustanciales como "atender farmacéuticamente" a nuestros clientes. Nada que objetar.

Luego está la tecnología: la informatización de la farmacia es un gran avance y una gran ayuda, de eso no cabe ninguna duda. Incluso existen robots que te llevan el medicamento al mostrador (es en serio). Esto último orientado a hacernos más dependientes de la tecnología.

¿Pero hemos reparado en la "tecnología digital" que nos propone una conocida marca de paracetamol?

Parece ser que dos características exclusivamente humanas como son la bipedestación y la "pinza inteligente" nos han llevado al estadio evolutivo en que nos encontramos (surgidos de la nada para llegar a las más altas cotas de miseria. Groucho Marx dixit). De pie continuamente, de momento. En cuanto a la pinza, ese movimiento de oposición del pulgar, un pequeño detalle que

nos ha permitido desarrollar herramientas y manipularlas, ahora nos permite prescindir de ellas: podemos desprender el precinto con "tecnología digital". Esta evolución hacia la simplificación, esta revolución digital, me parece digna de tenerse en cuenta. A bote pronto le veo dos ventajas:

- cambio radical de imagen por el abandono de herramientas secularmente unidas al quehacer del farmacéutico como son tijeras, cuchillas o cutter. Pasaríamos de farmacéuticos cortadores a desprendedores.
- ahorro de tiempo, lo que quiere decir de dinero (este tema lo estamos estudiando y cuantificando).

Por todo ello, el Gelocatil se ha convertido en mi paracetamol favorito.

Animo a todos los compañeros a que escriban a revistas, laboratorios y presionen allá donde puedan para que el resto de la industria siga el ejemplo.

Animo también a sacarle más punta al asunto, descubriendo ventajas y haciéndolas saber.

Por último decirle a Gelos que continúe por ese camino y le propongo que el siguiente paso sea convertir el precinto en autoadhesivo. ¿Os imagináis los mostradores sin los engorrosos rollos de cinta adhesiva?

Lo que decíamos una evolución hacia la simplicidad y el desprendimiento.

Eduardo Bernardeau Maestro