

La identificación de las interacciones se ha realizado con la Guía Farmacológica Medimecum (2007)³ y la Base de Datos del Medicamento del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos⁴. Para la relevancia de las interacciones se ha utilizado la Clasificación de Hansten y Horn⁵, que las divide en cinco clases: *a)* debe evitarse la asociación; *b)* combinación permitida sólo en circunstancias especiales;

titficara la prescripción de los fármacos. Entre los fármacos más prescritos encontramos los inhibidores de la bomba de protones (78,2%) y ansiolíticos-hipnóticos (50%), seguidos de analgésicos (40%) y antiagregantes plaquetarios (39,4%). Los menos prescritos fueron: diuréticos ahorradores de potasio y antipsicóticos. En el 21,2% de los pacientes se ha encontrado algún tipo de interacción. El número de interacciones

racciones. Un alto porcentaje de interacciones fármaco-fármaco se producen entre medicamentos que el médico de familia utiliza de forma habitual y frecuente. El mayor número de estas interacciones medicamento-sas son de escasa significación clínica o son permitidas bajo vigilancia médica, lo que nos hace pensar que nuestra prescripción se realiza con un margen de seguridad importante para la salud del paciente.

ilar papers at core.ac.uk

e) interacción sólo de carácter teórico en estudios farmacológicos.

El perfil del paciente polimedcado es mujer de 74 años con una media ± error estándar de fármacos prescritos de 9 ± 2,34. Los diagnósticos más frecuentes, descritos en la hoja de problemas, han sido hipertensión arterial (52,9%), artrosis-osteoporosis (29,40%), diabetes mellitus (28,38%), cardiopatía isquémica (22,35%) y dislipemia (19,4%). En menor porcentaje, hemos encontrado hipertrofia benigna de próstata, fibrilación auricular, incontinencia de orina, insuficiencia renal y enfermedad de Parkinson. En el 15,9% de las historias no constaba ningún problema clínico que jus-

dos en las interacciones han sido los diuréticos, seguidos de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), en un tercer lugar los inhibidores de la bomba de protones, junto con los inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina y en un cuarto lugar el acenocumarol. El 1,36% de las interacciones se han clasificado en el grupo 2; el 30,13%, en el 3, y la mayoría (el 68,49%), en las categorías 4-5 (tabla 1).

La interacción más frecuente ha sido AINE-diuréticos, con especial relevancia en ancianos y en pacientes con insuficiencia renal.

La edad, la pluripatología y la polifarmacia están claramente relacionadas con las inte-

Manzano^a, Antonia Inés Gómez Ortega^b y Margarita Acosta Ferrer^b

^aZona Básica de Salud. Bajo Andarax. Almería. España.
^bDistrito Sanitario Almería. Almería. España.

TABLA 1 Clasificación y relevancia clínica de interacciones medicamentosas más frecuentes

Clasificación-interacción	Interacciones encontradas (%)	Fármacos implicados	Consideraciones
1	0	-	-
2	1,36%	Metotrexato-AINE	Aumento de toxicidad de metotrexato a altas dosis Menor toxicidad con metotrexato semanal
3	8,22%	Acenocumarol-omeprazol	Hipoprotrombinemia
	9,59%	AINE-diuréticos	Disminuye el riesgo hipotensor. Riesgo en ancianos e insuficiencia renal
	1,36%	AAS-verapamilo	Potencia efecto antiagregante. Sólo casos aislados
	5,48%	Digital-IBP	Aumento de concentraciones séricas de digoxina
	1,36%	Digital-verapamilo	Aumenta el efecto de digoxina, es preciso reducir dosis
	2,73%	Digital-diuréticos	Toxicidad por hipopotasemia. Precisa monitorización
4-5	1,36%	Captopril-diuréticos de asa	Riesgo de hipotensión severa
	68,49%	Alopurinol-captopril	Reacción de hipersensibilidad
		Diuréticos-bloqueadores beta	Elevación de glucemia y triglicéridos. Evitar en diabetes mellitus e HTA
		Diuréticos-AAS	Interacción importante, sólo descrita de forma teórica
		IECA-insulina	Hipoglucemia. Sólo carácter teórico. Descrito con captopril y enalapril
	IECA-antidiabéticos orales	Hipoglucemia. Sólo carácter teórico. Descrito con captopril y enalapril	
	Digital-captopril	Acumulación de digoxina. Sólo casos aislados	

AAS: ácido acetilsalicílico; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; HTA: hipertensión arterial; IBP: inhibidores de la bomba de protones; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina.

- De Cos MA. Interacciones de fármacos y sus implicaciones clínicas. En: Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A, editores. Farmacología Humana. 4.ª ed. Barcelona: Masson; 2003. p. 175-6.
- Peral Aguirreogitia J, Lertxundi Etxebarria U, Martínez Bengoechea MJ, Mora Atorrasagasti O, Franco Lamela E, Gabilondo Zelaia I. Evaluación prospectiva de interacciones entre medicamentos en pacientes ingresados mediante una aplicación informática. Farm Hosp. 2007;31: 93-100.
- Esteban C, Maciá MA, Ibáñez C, Fernández Esteban I, De la Morena L. Interacciones medicamentosas. En: Villa LF, editor. Medimecum, guía de terapia farmacológica. 7.ª ed. Addis Internacional; 2007. p. 901-26.
- Análisis de Interacciones: Consejo de Colegios oficiales de farmacéuticos. Disponible en: <http://pfarmals.portalfarma.com/login.asp>
- Hansten PD, Horn JR. Managing clinically important drug interactions. St Louis: Facts and Comparisons; 2003.

¿Paliar el déficit de médicos? Sí, pero ¿a qué precio?

Sr. Director: Un estudio patrocinado por la Fundación Galatea y realizado por especialistas de centros de atención primaria (los doctores Rolhfs, Arrizabalaga, Artázcoz, Borrell, Fuentes y Valls-Llobet) constata que los profesionales de medicina son los

que más horas a la semana trabajan en Cataluña. Concretamente, la media es de 52,2 y 45,6 h por semana de varones y mujeres, respectivamente; muy por encima de la media del resto de la población trabajadora (41,4 y 36,4 h).

Esto no sólo comporta un estrés laboral y trastornos crónicos que afectan directamente a la salud de los médicos, sino también una frustración personal que les impide cumplir con su vocación en condiciones. Hace evidente, también, el déficit en el sistema sanitario catalán, que produce que el colectivo profesional médico esté al límite de sus capacidades.

Por otro lado, recientemente el Consejo de la Profesión Médica (CPMC), en su 34.^a reunión presidida por la consejera de salud Marina Geli, debatió la siguiente medida: en el ámbito de la atención primaria se asignará un número de personas a cada facultativo teniendo en cuenta diversos factores como la edad, la dispersión territorial y el nivel socioeconómico. Sin embargo, además, los profesionales que quieran atender a más población podrán hacerlo y serán retribuidos en consecuencia. Así, Cataluña se convertirá en la primera comunidad autónoma donde será reconocida económicamente la carga de trabajo de los médicos. Entonces me pregunto, ¿hasta qué punto este incentivo de carácter económico es beneficioso para el sistema sanitario? Más pacientes por médico significa más visitas al día, y tanto el tiempo dedicado al enfermo como la capacidad de atención y la capacidad intelectual del profesional no serán, por fuerza, las mismas. Se tenderá, pues, a solicitar más exploraciones complementarias y derivar a los pacientes a otras especialidades, alargando innecesariamente su período dentro del sistema sanitario.

Además, esta medida retributiva será especialmente atractiva para los médicos con menos poder adquisitivo, es decir, aquellos que se acaban de licenciar, con menos experiencia y que, para empeorarlo, estarán desbordados de pacientes. La consecuencia directa de todo esto es que la calidad de la sanidad catalana bajará. Por lo tanto, es

cierto que necesitamos medidas inmediatas para paliar el déficit de médicos, pero ¿qué precio estamos dispuestos a pagar?

Camila Chanes Puiggrós

Facultad de Medicina. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

Los médicos cobrarán por su desarrollo profesional y por su carga de trabajo. elpais.com/17-3-2008. Disponible en: www.elpais.com/articulo/sociedad/medicos/cobrarán/desarrollo/profesional/carga/trabajo/elpepusoc/20080317elpepusoc_6/Tes
Retribuciones 2008 del personal sanitario de las instituciones sanitarias gestionadas por el Instituto Catalan de la Salud. Enero 2008. Disponible en: www.metgesdecatalunya.net/informecpmcretribucions-metges.pdf

Rohlfs I, Arrizabalaga P, Artazcoz L, Borrell C, Fuentes M, Valls-Llobet C. Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgeses de Catalunya. Fundació Galatea. Disponible en: www.fgalatea.org/doc/salut_iza.pdf

Vacuna contra el papilomavirus

Sr. Director: La reciente revisión de Alameda et al¹ sobre «Vacuna contra el papilomavirus: actitud ante una consulta sobre una novedad terapéutica» concluye que esta vacuna no ha demostrado reducir el riesgo de cáncer de cérvix. Esta conclusión no es correcta y precisa un comentario.

La prevención primaria del cáncer de cuello uterino y otros cánceres relacionados etiológicamente con el virus del papiloma humano (VPH), mediante la vacunación contra el VPH, requiere la colaboración de diversas especialidades. Mientras que la pediatría o la medicina general están habituadas al empleo de las vacunas, la ginecología o la oncología no tienen esta experiencia, pero conocen bien la enfermedad.

Las lesiones precursoras del cáncer cervical se identificaron a mediados del siglo XX. Inicialmente conocidas como displasias y carcinoma in situ, su terminología evolu-

cionó en los años setenta a neoplasia cervical intraepitelial (CIN), grados 1, 2 y 3, basada en el concepto de una continuidad progresiva de los cambios precancerosos intraepiteliales. La demostración de la etiología del cáncer cervical por la infección persistente por tipos de VPH de alto riesgo oncogénico ha permitido conocer mejor la historia natural de estas lesiones² y justifica que actualmente se diferencie entre lesiones intraepiteliales de bajo grado (LSIL), que incluyen el CIN 1 y son la expresión de los cambios citopáticos por el VPH, en su gran mayoría transitorias, y las lesiones intraepiteliales de alto grado (HSIL), que engloban CIN 2 y CIN 3. Estas lesiones, expresión de una transformación neoplásica, preceden necesariamente al cáncer invasivo en la historia natural de la enfermedad³. Los estudios realizados para esclarecer el potencial maligno de las lesiones CIN 2-3 han sido problemáticos, ya que todos los protocolos aconsejan tratarlas y no es ético dejar evolucionar lesiones potencialmente malignas hasta cáncer invasivo.

En esta línea es muy demostrativo un estudio, recién publicado, realizado en un grupo de más de 1.000 mujeres diagnosticadas de CIN 3 entre 1955 y 1976 en el National Women's Hospital de Auckland (Nueva Zelanda)⁴. Excluidas las mujeres en las que no se confirmó el diagnóstico de CIN 3, se controlaron 1.063 mujeres durante 30 años. En las que habían recibido un tratamiento adecuado (n = 593), la incidencia de cáncer invasor fue del 0,7% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,3-1,9). Al contrario, en las pacientes con persistencia de CIN 3 después de la biopsia diagnóstica, pero que no habían sido tratadas (n = 92), la incidencia de cáncer invasor fue del 50,3% (IC del 95%, 37,3-64,9). Ésta es una evidencia más de la imposibilidad metodológica y ética de emplear el cáncer cervical como variable de eficacia en los ensayos sobre vacunas contra el VPH, por lo que la Organización Mundial de la Salud estableció, en el año 2004, como variables subrogadas de eficacia la infección persistente por VPH y el CIN 2-3 histológicamente documentado⁵. Así ha sido reconocido también por las agencias reguladoras (FDA, EMEA) que han aprobado la comercialización de las vacunas.

La eficacia de ambas vacunas en la prevención del CIN 3 causalmente relacionado

Palabras clave: Gestión. Política sanitaria. Recursos humanos.

Palabras clave: Cuello de útero. CIN. VPH. Prevención. Vacuna VPH.