

Perfil del paciente en tratamiento con heparinas de bajo peso molecular

Introducción. La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es la tercera causa de mortalidad en la población occidental¹. Cursa frecuentemente de forma asintomática y su diagnóstico plantea dificultades que conducen al infradiagnóstico. Es fundamental la detección de pacientes con riesgo de padecerla, porque el tratamiento preventivo ha demostrado ser muy eficaz². El uso de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en el ámbito hospitalario es igual de eficaz que de forma ambulatoria, donde la autoadministración consigue los mismos resultados que cuando el tratamiento es aplicado por el personal de enfermería de atención primaria (AP)³⁻⁵. El tratamiento adecuado y, aún más, la prevención de la ETV constituyen un problema médico de primer orden.

Objetivo. Conocer el perfil de los pacientes en tratamiento con HBPM en AP y determinar si la indicación es correcta según el riesgo tromboembólico.

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento. Siete consultas de un equipo de atención primaria (EAP) urbano situado en el sur de Madrid.

Participantes. Se incluyó a todos los pacientes mayores de 14 años que siguieron tratamiento con HBPM, seleccionándolos mediante muestreo consecutivo, en consulta concertada y/o a demanda de medicina y/o enfermería e independientemente del motivo por el que acudían, entre enero de 1999 y enero de 2000. Los datos se recogieron de la historia clínica de cada paciente; se descartaron 5 pacientes por datos incompletos.

Mediciones. Para analizar la idoneidad del tratamiento con HBPM se calculó el riesgo tromboembólico aplicando la escala utilizada en el hospital de referencia⁶ y que clasifica a los pacientes en tres categorías de riesgo: alto, medio y bajo. También se midieron las variables: género, edad en el momento del acontecimiento, tiempo de tratamiento en semanas, dosis de heparina,

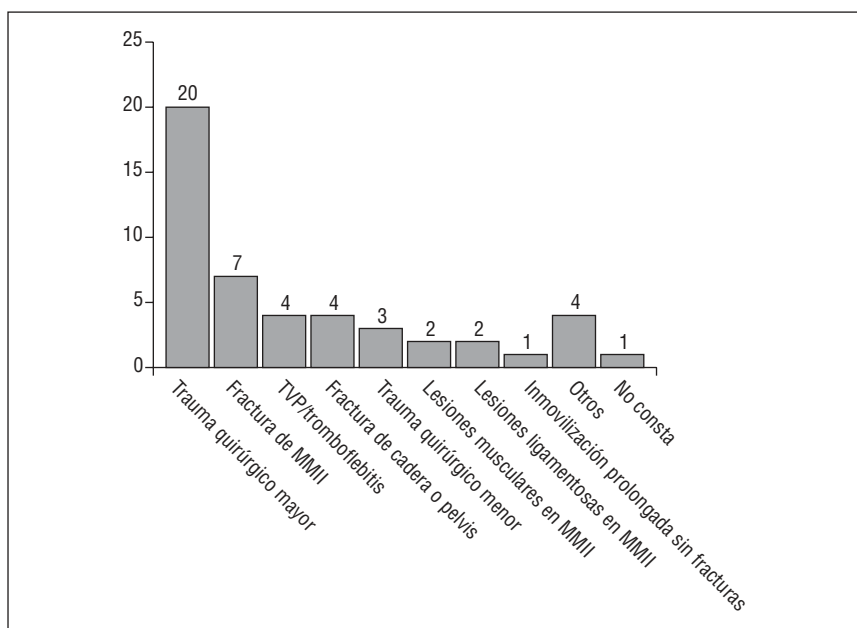


Figura 1. Motivos de anticoagulación. Trauma quirúrgico mayor incluye cirugía de abdomen, pelvis, miembros inferiores y resección transuretral de próstata. MMII: miembros inferiores; TVP: tromboflebitis profunda.

tratamiento correcto o no según riesgo⁷, tipo de HBPM (enoxaparina y nadroparina), indicación del tratamiento desde nivel hospitalario o ambulatorio. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS.

Resultados. De 54 pacientes hubo 5 pérdidas por historia clínica incompleta. Un 58% del total de los sujetos incluidos eran mujeres ($n = 28$). La edad media del grupo estudiado fue de 57 años (intervalo de confianza [IC] del 95%, 52-63). El riesgo fue alto en un 23%, moderado en el 50% y bajo en el 27%.

Los motivos de la anticoagulación fueron: trauma quirúrgico mayor (41,7%), fractura de extremidades inferiores (excluyendo cadera) (14,6%), fractura de cadera (8,5%) y tromboflebitis profunda (8,3%) (fig. 1). Los principales factores de riesgo fueron: inmovilización por enfermedad o posquirúrgica (77%), edad mayor de 40 años (60,4%), obesidad (35,4%), artrosis (29,2%), inmovilización por fractura en miembros inferiores (28,2%), hipertensión arterial (27%) e hiperlipemia (27%).

La HBPM más usada fue enoxaparina (85%), utilizándose nadroparina en el resto (15%). La duración media del tratamiento en semanas fue de 2,8 (IC del 95%, 2,3-3,3).

El tratamiento fue correcto según el riesgo tromboembólico en el 73% de los casos. En

todos los casos la indicación fue hospitalaria y en ningún caso se modificó el tratamiento en AP.

Discusión. Debido a la escasa publicación de estudios sobre este tema realizados desde AP frente a los publicados en la atención especializada, nos planteamos este trabajo como una aproximación a la realidad del uso de HBPM en las consultas de AP.

Según este estudio, las principales indicaciones de las HBPM vienen pautadas por atención especializada, principalmente en patología quirúrgica. Así, el perfil del paciente en tratamiento con HBPM es una mujer de mediana edad, inmovilizada por cirugía mayor y con tratamiento pautado en el nivel hospitalario.

Dado que el diseño del estudio es transversal, no permite hacer inferencias estadísticas, y aunque la muestra no es amplia, consideramos que es interesante porque nos obliga a plantear por qué no se realiza un abordaje adecuado de esta patología en nuestras consultas. Es imprescindible que se generalice el uso de las distintas tablas para el cálculo del riesgo acumulativo de la ETV en pacientes no ingresados^{6,8}, así como el uso de protocolos para el tratamiento con HBPM⁹, a fin de disminuir la incidencia de ETV, teniendo en cuenta que el 80% de los pacientes hospitalizados por una ETV procede de áreas no quirúrgicas¹⁰.

Palabras clave: Heparinas de bajo peso molecular. Tratamiento. Atención primaria.

Sería necesario plantear nuevos estudios para conocer si realmente existe un infrauso de las HBPM en pacientes con patología médica.

Debido a la alta morbilidad y mortalidad de la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar, los esfuerzos de la AP han de encaminarse, fundamentalmente, hacia la detección temprana de los pacientes susceptibles de padecer una ETV en el medio extrahospitalario (mediante la cuantificación del riesgo) y la instauración del tratamiento profiláctico oportuno.

Agradecimientos. Este trabajo ha podido ser realizado gracias a la colaboración del personal de enfermería del turno de tarde del CS El Espinillo (Área 11 del INSALUD, Madrid).

M. Garrote García^a,
M.J. Iglesias Piñero^b, A. López Gil^a
y R. Martín Álvarez^a

^aMédico de familia. Centro de Salud El Espinillo. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Área 11. INSALUD. Madrid. España. ^bMédico de familia. Centro de Salud Buenos Aires. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Área 1. INSALUD. Madrid. España.

1. Vilar del Tarrés M, Selva O'Callaghan IA. Enfermedad tromboembólica venosa. Factores de riesgo en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos. Prevención: medios físicos y farmacológicos clásicos. En: Martínez Brotons F, editor. Indicaciones de las heparinas de bajo peso molecular en atención primaria. Barcelona: Doyma S.L., 2000.
2. Clagett GP, Anderson FA, Geerts WA, Heit J, Knudson M, Lieberman JR, et al. Prevention of venous thromboembolism. Chest 1998; 114 (Suppl):531-60.
3. Wells PS, Kovacs MJ, Bormanis J, Forgie MA, Gondie D, Morow B, et al. Expanding eligibility for outpatient treatment of deep venous thrombosis and pulmonary embolism with low-molecular-weight heparin: a comparison of patient self-injection with homecare injection. Arch Intern Med 1998;158:1809-12.
4. Grau Segura E, Real Vila E, Pastor Guzmán E, Torro Richart JA, Garay Burdeos M. Tratamiento domiciliario de las trombosis venosa profundas con heparinas de bajo peso molecular. Rev Clin Esp 1997;197:398-401.
5. Tasman Study Group. Treatment of venous thrombosis with unfractionated he-

- parin administered in the hospital as compared with subcutaneous low-weight-molecular heparin administered at home. N Engl J Med 1996;334:682-7.
6. Gómez Alonso A, Lozano Sánchez F. Enfermedad tromboembólica venosa. Monografía. 1991.
7. Weinmann EE, Salzman EW. Deep-vein thrombosis. N Engl J Med 1994; 331:1630-41.
8. Comité de Profilaxis de la Enfermedad Tromboembólica. Boletín de Profilaxis de la Enfermedad Tromboembólica 1992;3:6-9.
9. Bick RL, Haas SK. International Consensus Recommendations. Med Clin North Am 1998;82:613-25.
10. Bouthier J. The venous thrombotic risk in non surgical patients. Drugs 1996;52 (Suppl 7):16-29.

Hiposudación por topiramato

Introducción. La aprobación de nuevos fármacos no garantiza una adecuada relación beneficio/seguridad.

La evaluación, antes de su comercialización, en un número reducido de pacientes permite detectar las reacciones adversas a medicamentos (RAM) más frecuentes o de tipo A, consecuencia de sus características farmacológicas.

Las RAM de tipo B vinculadas a un mecanismo de vulnerabilidad individual se detectan en su utilización en condiciones reales.

Presentamos un caso de RAM tipo B secundaria a topiramato, en el que el médico de atención primaria fue consultado por la clínica, sospechó la etiología del cuadro, aplicó medios diagnósticos adecuados y comunicó la sospecha de RAM al Sistema Nacional de Farmacovigilancia.

Caso clínico. Varón de 12 años diagnosticado de epilepsia de carácter familiar con crisis parciales, en tratamiento con topiramato desde octubre de 1999, sin presentar efectos secundarios y con buena tolerancia. Consulta a su médico de familia, dos meses después del último ascenso de dosis de to-

piramato hasta 200 mg cada 12 h, por congestión facial y disminución de la sudación importantes durante estos dos últimos meses. Estos síntomas se muestran más evidentes tras la realización de ejercicio físico, lo cual le obliga a refrescarse la cabeza y cara muy a menudo.

No presenta ninguna otra sintomatología cuando se le interroga por aparatos y órganos. El paciente presenta un peso de 56 kg, talla de 151 cm y presión arterial de 115/65 mmHg. El resto de la exploración física es normal.

Se realiza analítica con hemograma y velocidad de sedimentación globular, bioquímica básica con proteínas totales, factor reumatoide, ANA, anti-ADN, anti-SSA y anti-SSB, con resultados normales.

Se deriva al paciente al servicio de neurología para la realización de test del sudor de estimulación con acetilcolina, que detecta una densidad disminuida de glándulas sudoríparas, valor obtenido de 92 (valor normal de 220).

Valorado como efecto secundario a topiramato, se retira esta medicación de forma progresiva, 50 mg cada tres días, y se inicia tratamiento progresivo con carbamazepina hasta dosis de 200 mg cada 8 h. Con estas modificaciones desaparece la clínica, presentando el paciente sudación normal, y se normaliza el test del sudor. Asimismo se notifica la sospecha de RAM al Sistema Nacional de Farmacovigilancia según el programa de tarjeta amarilla.

Discusión y conclusiones. El topiramato es un nuevo antiepiléptico, monosacárido sulfamato sustituido derivado de la D-fructosa. Sus acciones farmacológicas son: bloquea canales de Na dependientes del voltaje, aumenta la actividad inhibitoria del ácido gammaaminobutírico (GABA) sobre receptores GABA_A y reduce la activación de determinados receptores glutamato. También ejerce una ligera acción inhibitoria sobre la anhidrasa carbónica¹.

Su absorción por vía oral es rápida, alcanzando la concentración máxima a las 2-4 h de su administración. Presenta baja unión a proteínas plasmáticas (15%), y prácticamente no se metaboliza, excretándose casi inalterado en orina. Su vida media es larga, de 20-24 h².

Sus indicaciones son las crisis epilépticas parciales en adultos y niños a partir de los

Palabras clave: Topiramato. Reacción adversa medicamentosa. Farmacovigilancia.

TABLA 1. Efectos adversos

Neurológicos/psicológicos (> 5%)	
Ataxia	Amnesia
Falta de concentración	Alteraciones cognoscitivas
Confusión	Afasias
Mareo	Alteraciones del lenguaje
Fatiga	
Somnolencia	
Parestesia	
Agitación	
Labilidad emocional	
Depresión	
Digestivos	
Anorexia	
Náuseas	
Alteraciones del gusto	
Metabólicos	
30-90%: pérdida de peso (efecto diurético)	
Genitourinarios	
2%: nefrolitiasis (por inhibición de anhidrasa carbónica)	
Oculares	
Diplopía	
Nistagmo	
Cardiovasculares	
Se han comunicado casos de tromboembolismo venoso	

2 años de edad; crisis asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut, y crisis tónico-clónicas generalizadas no controladas con fármacos antiepilépticos de primera línea¹⁻³. En adultos, la dosis de inicio es de 25-50 mg repartidos en dos tomas. Tras incrementos semanales o quincenales de 25-50 mg, se llega a la dosis de mantenimiento de 400-800 mg/día. La dosis máxima es de 1.000 mg/día³. En niños la dosis de inicio es de 1 mg/kg/día, hasta llegar en aumentos quincenales a dosis de 10-15 mg/kg/día⁴. Los efectos adversos más frecuentes⁵, entre los que no se había descrito la hiposudación, aparecen en la tabla 1. En cuanto a las interacciones con otros fármacos⁵, la fenitoína y carbamazepina disminuyen las concentraciones plasmáticas de topiramato. Éste, a su vez, disminuye los valores de los estrógenos. El topiramato está contraindicado en caso de hipersensibilidad. En el embarazo y la

lactancia sólo se utiliza cuando el beneficio justifique el posible riesgo². Presentamos este caso para destacar la importancia del médico de atención primaria en la detección de RAM y la necesidad de notificar la sospecha de RAM al Sistema Nacional de Farmacovigilancia, integrado en el programa internacional de la OMS de Farmacovigilancia. La notificación se realiza según el programa de notificación voluntaria denominado programa de Tarjeta Amarilla, cuyo nombre procede de los formularios empleados para la recogida de datos⁶. El médico de atención primaria debe conocer estos formularios y notificar siempre que sospeche una RAM, convirtiéndose así en una figura primordial en el sistema de farmacovigilancia.

**A. Sánchez Calso
y M.C. Antón Sanz**

Médicos de Familia. EAP Collado-Villalba
Estación. Área 6. Madrid. España.

1. Cuesta Terán MT, Martínez de la Gándara M. Nuevos principios activos: revisión 1998 (1.ª parte). Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 1999;23:7-26.
2. Mateos Beato F. Nuevas perspectivas en el tratamiento farmacológico de la epilepsia. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 1999;23:104-10.
3. Faught E, Wildewr BJ, Ramsay RE, Reife RA, Kramer RD, Pledger G, et al. Topiramate placebo-controlled dose-ranging trial in refractory partial epilepsy using 200, 400, and 600 mg daily dosages. Neurology 1996;46:1684-90.
4. Pellock JM. Managing pediatric epilepsy syndromes with new antiepileptic drugs. Pediatrics 1999;104:1106-16.
5. Topiramate for epilepsy. The Medical Letter 1997;39:51-2.
6. Gené J, Catalán A. Utilización de los medicamentos. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4.ª ed. Barcelona: Harcourt Brace, 1999; p. 338-41.

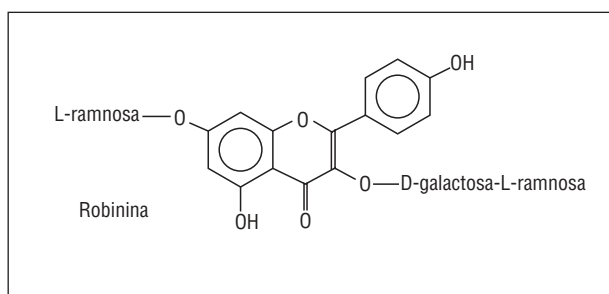
Intoxicación por robinina

Caso clínico. Dos varones de 14 años, sin antecedentes patológicos de interés, acudieron al servicio de urgencias por presentar náuseas, seguidas de vómitos intensos, sudación profusa y parestesias distales, tras haber «chupado», una hora antes, una rama de un árbol cuyo nombre desconocían. En la exploración física se apreció en ambos pacientes taquicardia de 120 lat/min, piel pálida, sudorosa y vómitos biliosos, sin otros datos de interés. Se realizó electrocardiograma que objetivó taquicardia sinusal, sin otros hallazgos patológicos. El estudio de laboratorio reveló hipopotasemia en ambos casos (3,1 y 2,8 mEq/l, respectivamente). El resto de la analítica (gasometría venosa, hemograma, bioquímica completa con coagulación) se encontraba dentro de valores normales. A su llegada a urgencias, y ante la sospecha de intoxicación por ingesta de tóxico vege-

Dueñas Laita A. Intoxicaciones agudas en medicina de urgencia y cuidados críticos. Barcelona: Masson, 1999.
users.servicios.retecal.es/pdelrio/tox_ipila.html
www.viasalus.com
www.uninet.edu/tratado/c1011b.html

Palabras clave: Tóxicos. Plantas.

Fig 1. Fórmula química de la robinina.



tal, fueron sometidos inicialmente a lavado gástrico con posterior administración de carbón activado, junto a sueroterapia con aporte de potasio en dieta absoluta y antieméticos intravenosos.

De acuerdo con las indicaciones de los pacientes, y tras acudir un miembro del equipo de urgencias entendido en botánica al lugar y visualizar la planta, se llegó a la conclusión de que se trataba de una *Robinia pseudoacacia*.

Se decidió el ingreso de ambos pacientes en planta para observación. Pasadas 72 h, se constató buena recuperación de su estado general, tolerancia a la alimentación

oral y normalización de los parámetros analíticos, por lo que se decidió dar el alta hospitalaria.

Discusión y comentarios. La *Robinia pseudoacacia* o falsa acacia es un árbol de la familia de las leguminosas, de 4 a 20 m de altura, con ramas provistas de largas espinas afiladas. Las flores son blancas, en racimos colgantes, muy aromáticas y de sabor dulzón, comestibles y de efecto sedante. Su sabia sabe a regaliz, pero contiene un principio venenoso que produce síntomas análogos a la belladona. Su follaje sirve como forraje, aunque la corteza y los brotes jóvenes son venenosos, especialmente para

los caballos. Es un árbol muy abundante en parques, jardines urbanos, carreteras o bosques. La intoxicación se produce fundamentalmente por ingesta de la corteza, que puede ser confundida por los niños como sustituto del regaliz. Se trata de toxoalbuminas, que en el caso de la falsa acacia es la robinina (fig. 1). La gravedad de la intoxicación depende del grado de masticación. Los primeros síntomas aparecen al poco tiempo de la ingesta y consisten en cuadro gastrointestinal, con náuseas, vómitos y diarreas. El cuadro puede acompañarse, en casos de ingesta importante, de signos de hiperexcitabilidad y aumento del tono simpático (ansiedad, taquicardia, irritabilidad, temblor, rigidez muscular, alucinaciones y convulsiones ocasionalmente). El tratamiento es sintomático, con utilización de benzodiacepinas o barbitúricos para controlar las crisis convulsivas.

**B. Lagarón Cabello, R. García
Gracia y J.M. Sierra Manzano**
CS Soria Norte. Soria. España.

Calidad en la información biomédica existente en Internet: Web Médica Acreditada, iniciativa española

Sr. Director: Hemos leído atentamente y con gran interés el artículo publicado sobre las normas y principios propuestos que deben regir la calidad de los contenidos de las webs médicas¹, y en el que se describen algunas de las iniciativas en la búsqueda de estándares que permitan orientar a los profesionales, por un lado, y proteger a los usuarios, por otro, respecto a la adecuada calidad de estas webs y de los servicios que se ofrecen en ellas. Entre estas iniciativas, no se comenta la que se inició en 1999 desde el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, Web Médica Acreditada (WMA)²⁻⁴. Pensamos que podemos aportar nuestra experiencia y algunas interesantes consideraciones. Internet constituye un medio perfecto para el desarrollo rápido, fácil y barato de diferentes servicios sanitarios, atractivos tanto para el profesional que lo desarrolla como para el usuario, sea profesional o no, que los disfruta. La proliferación extrema de estos servicios (fundamentalmente de tipo informativo) hace necesaria una vigilancia constructiva de estos contenidos y servicios para mejorar su calidad creando unos criterios de referencia y, a la vez, responsabilizando a los profesionales de su actividad, a través de la creación de códigos de conducta y de ética que rijan esta nueva plataforma de trabajo. Las iniciativas que han aparecido durante los últimos años son de habla inglesa y sólo alguna de las más importantes o conocidas tiene la versión en castellano de sus recomendaciones. Consideramos que un proyecto como el nuestro, pionero y único en nuestro entorno por ser enteramente de iniciativa española, puede aportar su experiencia y recomendaciones con una mejor interpretación cultural que nos es propia y, a la vez, favorecer, en el caso de colaborar con otros proyectos internacionales, la comprensión de nuestros condicionantes culturales. El proceso de acreditación, ba-

sado en su adecuación al Código de Conducta de WMA y al Código Deontológico, orienta a los responsables de las webs sobre aquellos aspectos que pueden mejorar la calidad y el servicio ofrecidos a los usuarios. Actualmente, WMA gestiona más de 250 webs de contenido médico nacionales y de Sudamérica. Por otro lado, desde la Unión Europea se están realizando iniciativas para la implementación de un «sello de calidad». WMA forma parte de uno de estos proyectos, Medcircle⁵, en colaboración con Alemania, Francia y Gran Bretaña, con la idea de desarrollar y aplicar un lenguaje común en la descripción de las características de las webs de contenido sanitario, y conseguir que tanto proveedores como usuarios y profesionales médicos compartan este lenguaje para una mejor comprensión y uso de Internet. La colaboración con otras instituciones gubernamentales y sociedades científicas y de usuarios se hace necesaria para conseguir un amplio consenso y beneficio en el uso de esta tecnología⁶, así como para la mejora de la educación sanitaria, objetivos primeros de estas iniciativas. La colaboración iniciada entre la Sociedad Española de Medicina de Familia y WMA puede favorecer un mejor desarrollo y una más amplia aplicación de estos estándares de calidad en Internet.

M.A. Mayer Pujadas^a,
R. Sarrias Ramis^b
y M. Latorre Torres^c

^aEspecialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Director de Web Médica Acreditada. ^bDirector Médico de Metges on line. ^cDirector Editorial de Metges on line del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. España.

1. Ávila de Tomás JF, Portillo Boyero BE, Pajares Izquierdo JM. Calidad en la información biomédica existente en Internet. Aten Primaria 2001;28:674-9.
2. Web Médica Acreditada (WMA). Colegio Oficial de Médicos de Barcelona [consultado 18/03/2002]. Disponible en: <http://wma.comb.es>
3. Mayer MA. Accredited Medical web: an experience in Spain. J Med Internet Res 2000;2(Suppl 2):e5. Disponible en: <http://www.jmir.org/2000/3/suppl2/e5/index.htm>
4. Mayer MA. Acreditar webs de contenido sanitario: ¿una necesidad imposible? Med Clin (Barc) 2002;116:496-7.

5. MedCircle. Collaboration for Internet rating, certification, labelling and evaluation of health information [consultado 18/03/2002]. Disponible en: http://www.europa.eu.int/information_society/programmes/iap/projects/filtering/medcircle/index_en.htm
6. Monteagudo Peña JL. El marco de desarrollo de la e-Salud en España. Área de Investigación en Telemedicina y Sociedad de la Información. Instituto de Salud Carlos III. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001 [consultado 18/03/2002]. Disponible en: <http://api.isciii.es/e-salud/e-saludespana.doc>

Programas experimentales de mantenimiento con heroína: la amplitud de la distancia entre lo que podría llevarse a cabo y lo que realmente se hace

Sr. Director: En relación con el excelente editorial de J. March et al¹ sobre la necesidad de proyectos alternativos para el abordaje de la dependencia de heroína por vía intravenosa en España, quisiéramos añadir algunas consideraciones.

Los autores concluyen su editorial con un contundente «¡Que nos dejen investigar!». Nos unimos a su grito ya que consideramos que el proceso de dilación al que se ha visto sometida la implementación de los proyectos experimentales de mantenimiento con heroína en la mayoría de los países occidentales es inadmisibles, dada la creciente solidez de la evidencia empírica acumulada hasta la actualidad sobre la efectividad de los programas de mantenimiento con heroína^{2,3}. De hecho, en Suiza dichos programas ya no tienen un carácter experimental y se han convertido en una opción terapéutica más⁴.

Si no es éticamente justificable la amplitud de la distancia entre lo que podría llevarse a cabo y lo que realmente se hace para cubrir las necesidades de aquellos usuarios de heroína que no se han beneficiado o no pueden beneficiarse de los programas de mantenimiento existentes, hay que intentar

Palabras clave: Internet. Código de ética. E-health.

Palabras clave: Mantenimiento con heroína. Reducción de daños. Políticas sobre drogas. Dependencia de opiáceos. Salud pública. Ética.

visibilizar el porqué de determinadas actitudes que, de hecho, perpetúan el sufrimiento, el abandono y, en definitiva, el proceso de exclusión de, al menos, un determinado grupo de usuarios de heroína.

Aunque son muy numerosas las razones que vienen siendo esgrimidas para dificultar no ya la implementación de los programas de mantenimiento con heroína, sino incluso la investigación clínica con este opiáceo, pueden concretarse en una única línea argumental: la estigmatización que sufre dicha sustancia en el presente marco sociohistórico, debido a que una gran parte de la opinión pública la considera el psicotroppo ilegal con mayor virulencia adictiva, aceptándose, en el ámbito de la representación social, que cualquier contacto con la heroína daña al ser humano.

Dos grandes grupos de factores, no mutuamente excluyentes sino estrechamente vinculados, pueden ser aducidos para intentar explicar el porqué de esta estigmatización: *a)* un factor determinante, como afirma acertadamente Mino⁵, es el hecho de que las conductas adictivas y su abordaje demuestran que una gran parte de nuestro irracional colectivo se ha refugiado en este ámbito. No es ajena a la configuración de dicho irracional colectivo la globalización de la «guerra contra la droga», es decir, la preponderancia en todo el mundo del régimen prohibicionista, y su correlato abstenционista en el ámbito de la intervención, promovido internacionalmente por la mayoría de los países desarrollados desde principios del siglo XX, y *b)* otro factor igualmente importante es, como señala Friedman⁶, la posibilidad de que las políticas contrarias a la reducción de daños sean mantenidas porque benefician las necesidades funcionales del actual régimen socioeconómico. El elemento principal de la argumentación de Friedman⁶ es la constatación de que las políticas que mantienen o, incluso, incrementan los daños relacionados con el consumo de drogas posibilitan la utilización de los usuarios de drogas como chivos expiatorios, distrayendo así la atención de los problemas estructurales y de las políticas que agravan las dificultades a las que la mayoría de la población se enfrenta. Este hecho permite dividir vecindarios y comunidades con el doble objetivo de disminuir su oposición y resistencia a

determinadas políticas socioeconómicas y, a la vez, reforzar ideologías punitivas e individualistas.

Paralizar *a priori* una alternativa potencialmente terapéutica merece, como mínimo, un intento de análisis de las motivaciones subyacentes a dicha pasividad e incoherencia científicas.

J. Trujols Albet^a, M. Casas Brugué^b
y J. Pérez de los Cobos Peris^a

^aUnitat de Conductes Addictives. Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España. ^bServei de Psiquiatria. Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona. España.

1. March Cerdà JC, Ballesta R y Equipo PEPSA. La drogadicción por vía intravenosa, un problema de salud pública en España que necesita proyectos alternativos. *Aten Primaria* 2001;28:631-3.
2. Rehm J, Gschwend P, Steffen T, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, Uchtenhagen A. Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *Lancet* 2001;358:1417-23.
3. Van de Brink W, Hendriks VM, Blanken P, Huijsman IA, Van Ree JM. Medical co-prescription of heroin: two randomized controlled trials. Utrecht: Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, 2002.
4. Office Fédéral de la Santé Publique. Traitement avec prescription d'héroïne: directives, recommandations, information. Berne: Office Fédéral de la Santé Publique, 2001.
5. Mino A. Quelques considérations personnelles. En: Rihs-Middel M, Clerc J, Stamm R, editors. La prescription de stupéfiants sous contrôle médical: recueil d'études et d'expériences. Genève: Éditions Médecine et Hygiène, 1995; p. 41-6.
6. Friedman SR. The political economy of drug-user scapegoating and the philosophy and politics of resistance. *Drug-Educ Prev Polic* 1998;5:15-32.

Réplica de los autores

Sr. Director: En relación con la interesante e innovadora carta de Trujols et al sobre los programas experimentales de mantenimiento con heroína, a raíz del editorial que publicamos en su Revista, donde defendíamos los proyectos alternativos para el abor-

daje de la dependencia de heroína por vía intravenosa en España¹, queremos agradecer tanto a los autores como a los editores de la Revista el hecho de que este tema se trate en el entorno científico, huyendo de un ámbito más mediático o político al que se ha visto sometido en estos años de dilación. De hecho, en un análisis que hemos realizado de noticias de prensa a partir de la base de datos PRENSANET entre el 31 de octubre de 1997 y el 31 de octubre de 1999, en 7 periódicos de tirada nacional, 4 de alcance local y una revista de periodicidad semanal, encontramos 174 noticias sobre tratamientos para los heroínómanos. De ellas 90 mencionaron el proyecto PEPSA, destacando en número de noticias aparecidas sobre el tema los periódicos *El País*, *El Correo de Andalucía*, *Diario 16* e *Ideal*, siendo los políticos en 70 de ellas el origen de la información sobre el programa, en un 41% del Gobierno autonómico y en un 41% del Gobierno central, con 118 comentarios a favor del proyecto PEPSA y 65 en contra, 39 de ellos provenientes de políticos de ámbito nacional.

Con respecto a la evidencia que han demostrado los proyectos suizo y holandés^{2,3}, vale la pena destacar dos aspectos: uno que mencionan los autores de la carta y es el hecho de que en Suiza la heroína sea una opción terapéutica más⁴ y, en segundo lugar, los excelentes resultados que se han obtenido recientemente en el ensayo holandés³, con diferencias en el grupo con heroína inyectada de entre el 15,43 al 25% de más casos de «éxito» en el grupo de heroína más metadona con respecto al grupo control con metadona. Además, en esta búsqueda de alternativas, en el protocolo con heroína inhalada se han obtenido resultados de un 22,7% de más casos de «éxito» en el grupo de heroína más metadona con respecto al grupo control. Asimismo, es de destacar los resultados obtenidos en el área de salud mental, con una diferencia de 18,3 puntos de mejoría a los 12 meses y con la disminución de días de actividad delictiva, que pasaron en los 12 meses de 11,4 a 3,6.

El estigma que, como mencionan Trujols et al, sufre dicha sustancia, por su carácter ilegal y de gran virulencia adictiva, se incrementa por las actitudes que presentan los profesionales sanitarios hacia los pa-

cientes que están estigmatizados socialmente, como es el caso de los adictos a las drogas. A eso hay que añadir los factores que de forma muy interesante aportan Trujols et al, tales como la globalización de la «guerra contra la droga» y su «correlato prohibicionista-abstencionista» y por otra parte «las necesidades funcionales del actual régimen socioeconómico».

Estas personas estigmatizadas tienen, en Granada⁵ una edad media de 32 años; la más joven es una mujer de 18 años y el mayor un varón de 52. Ocho de cada 10 son varones. La edad media de comienzo del consumo de drogas ilegales es de 17 años, empezando algunos a los 11 años. Las sustancias más consumidas son la heroína y la cocaína. La vía de consumo más usada es intravenosa. El 66% ha estado alguna vez en la prisión. La edad media de permanencia en la prisión es de tres años.

Además, el 81,5% de los que se han inyectado en el último año reutiliza sus propias jeringuillas una media de 4 veces y casi el 40% se ha inyectado con jeringuillas ya usadas. Han prestado jeringuillas usadas a más de tres personas de media. Incluso algunos afirman haberlas dejado a 15 personas. El 58% a veces recibió droga en su jeringa de otra jeringa ya usada.

El 36% de las parejas estables de los entrevistados se inyecta drogas. El 30% de las

parejas ocasionales se inyecta drogas. El 81,8% de los consumidores de drogas está o ha estado alguna vez en tratamiento para su consumo de drogas. El 44% ha tenido hepatitis B, un 44% hepatitis C, el 7% sífilis, el 14% gonorrea y el 11% tuberculosis. El 33% dio positivo a la prueba del VIH, 6 de cada 10 han acudido a los servicios de urgencias hospitalarios, 4 de cada 10 a alguna ONG, tres de cada 10 han pasado una noche en un albergue social, 6 de cada 10 han usado comedores sociales. El 5% no tiene estudios y un 67,8% sólo estudios primarios completos e incompletos. La media de edad a la que dejan de estudiar es a los 14 años. La mayoría de los entrevistados son solteros, el 40% tiene hijos. El 23% vive en una casa abandonada, el 17% sin domicilio fijo, el 6% vive en un asilo, el 9,6% en habitación de alquiler y un 5,6% en otro sitio. El 48% ha trabajado alguna vez. El 95% tuvo que dejar algún trabajo como consecuencia del consumo de drogas. El 53,7% de los entrevistados no tiene ingresos legales y el 75% no da nada de dinero a su familia.

Todos estos análisis y resultados deben ayudar a que proyectos como el PEPSA, que acaba de ver la luz, sirvan para que estas personas con nombre y apellidos, que están en un callejón sin salida y que van cuesta abajo rodando por un sendero que

los precipita al vacío, vean la luz y «empiecen a andar» ya.

**J.C. March Cerdá, con la
colaboración del Equipo PEPSA
(E. Perea-Milla, R. Ballesta,
C. Aceijas, F. Carrasco,
A. Hevia et al)**

Escuela Andaluza de Salud Pública.
Granada. España.

1. March JC, Ballesta R y Equipo PEPSA. La drogadicción por vía intravenosa, un problema de salud pública en España que necesita proyectos alternativos. *Aten Primaria* 2001;28:631-3.
2. Rehm J, Gschwend P, Steffen T, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, Uhtenhagen A. Feasibility, safety and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *Lancet* 2001;358:1417-23.
3. Van den Brink W, Hendriks VM, Blanken P, Huijsman IA, Van Ree JM. Medical co-prescription of heroin: two randomized controlled trials. *Utrecht: Central Committee on the treatment of heroin addicts*, 2002.
4. Seidenberg A, Honegger R, editors. *Metadona, heroína y otros opioides*. Madrid: Díaz de Santos, 2000.
5. March JC, Romero M. Research about life styles among socially excluded illegal drug users at HIV/AIDS risk (excludes). Informe Mimeo. Proyecto financiado por DGV de la Unión Europea.