

CARTAS AL DIRECTOR

¿Medicamentos del bienestar o de la felicidad?

Sr. Director: Hemos acogido con gran interés el editorial publicado en el número de enero de 2000, titulado «El médico de familia y los medicamentos del bienestar», pero nos gustaría añadir algunas reflexiones en relación con este tema: la comercialización en España de sildenafil (Viagra®), finasterida (Propecia®) y orlistat (Xenical®).

En primer lugar, queremos destacar que la promoción de estos medicamentos a través de los medios de comunicación de masas, además de ser un hecho muy novedoso, tal y como señalan los autores, supone desde nuestro punto de vista un claro riesgo de manipulación, no sólo de los pacientes, sino también de los profesionales. A veces, la única información de la que dispone el profesional cuando es interpelado por el paciente es aquella que ha recibido de los medios de comunicación y de los laboratorios farmacéuticos, ya que la información a través de la formación continuada y de los distintos servicios de farmacia es más lenta, por el mero hecho de precisar más tiempo para ofrecer el mayor rigor científico. Esto merma la calidad asistencial y llena de desconfianza la relación médico-paciente.

Por otra parte, la no financiación por el sistema público de estos 3 medicamentos constituye, a nuestro modo de ver, un grave quebranto del principio de equidad que debe regir un Sistema Nacional de Salud como el que pretendemos¹. Estos fármacos están indicados en 3 patologías (disfunción eréctil, alopecia masculina

androgenética y obesidad) que generan en los pacientes una gran insatisfacción y frustración, sin olvidar sus posibles consecuencias orgánicas (piénsese en la obesidad como uno de los principales factores de riesgo cardiovascular). Para nosotros, esto es una consecuencia más de la predominante visión utilitarista del Estado del bienestar², muy acorde con el ritmo de los tiempos, y que llevada al campo de la salud concibe como justo un sistema sanitario que consigue aumentar al máximo la salud sumada de todos los ciudadanos, vulnerando así el principio de igualdad de oportunidades. En este contexto, no es de extrañar que los medicamentos del bienestar no sean prioritarios a la hora de ampliar las prestaciones sanitarias. No obstante, no queremos perder esta ocasión para reivindicar alternativas que, ante posibles restricciones presupuestarias, sean capaces de priorizar basándose en criterios de justicia, diferencia, equidad y solidaridad^{1,3}.

Para finalizar, es cierto, tal y como señalan los autores del artículo, que el médico de familia se encuentra en una situación de privilegio a la hora de aconsejar a los pacientes sobre la conveniencia de iniciar ciertas terapias, pero en el caso de los fármacos a los que hacemos referencia se añade un escollo más que dificulta esta tarea: éticamente ¿puede el médico de familia ser objetivo a la hora de prescribir un fármaco a un paciente, sabiendo que sus recursos económicos le impiden adquirirlo? Concluyendo, y en respuesta al título de esta carta, pensamos que sería más adecuado denominarlos medicamentos de la felicidad, porque a lo largo de la historia ésta ha tenido más que ver con el poder adquisitivo de cada uno que

con la idea de bienestar colectivo³.

G. Mora Navarro^a, B. Jerez Basurco^b, F. Fernández Navarro^c y M.D. Martín Álvarez^d

Médicos de Familia.

^aEAP Federica Montseny.

^bEAP San Andrés III.

^cEAP Comillas.

^dEAP Las Rozas. Madrid.

1. Navarro V. Neoliberalismo y Estado del bienestar. Barcelona: Ariel, 1997.
2. Puyol GA. Justicia i salut. Bellaterra: Servicio de Publicaciones de la Universidad Autónoma de Barcelona, 1999.
3. Navarro V. Calidad de vida y desigualdad social. El País, 3 sept. 1999; 13.

Fiebre inexplicable en paciente con síndrome de Down

Sr. Director: Paciente de 24 años con síndrome de Down y bajo coeficiente intelectual, que acude a nuestra consulta acompañado de su madre y nos consulta por cefalea moderada, malestar general, artromialgias, tos seca irritativa leve y fiebre de 39 °C. Se interrogó al paciente para ver si refería otros síntomas, sin detectarse nada significativo. Tras la exploración general, que incluyó examen otorrinolaringológico y auscultación cardiopulmonar, se etiqueta el cuadro de viriasis respiratoria y se prescribe tratamiento sintomático (paracetamol y codeína). Cuarenta y ocho horas más tarde vuelve a nuestra consulta refiriendo un empeoramiento de su cefalea, inyección conjuntival, fotofobia y 40 °C de temperatura, no detectándose otros hallazgos en la exploración cardiorrespira-

Figura 1.

Figura 2.

toria, por lo que se inicia empíricamente tratamiento con amoxicilina/clavulánico, 500 mg/8 h, y se le cita 48 horas más tarde para una nueva valoración.

Dos días después empeora el estado general del paciente y se aprecia un exantema maculopapuloso generalizado que afecta a palmas y plantas, por lo que volvemos a explorarlo indicándole que se desnude para apreciar la intensidad y extensión de las lesiones dermatológicas. A la exploración visual, además del exante-

ma maculopapuloso, se aprecia en la cara interna del muslo izquierdo una zona eritematosa más intensa con una costra negra central (figs. 1 y 2). Tras este hallazgo, y ante la sospecha de fiebre botonosa transmitida por garrapatas, volvemos a interrogar al paciente sobre posible contacto con perros y comenta su madre que 2 días antes de comenzar el proceso acudió a pasar un fin de semana a la casa de campo de sus tíos, en la cual había estado en contacto con animales domésti-

cos. Posteriormente, nos informaron de que el paciente se había quejado de prurito en el muslo mientras pasaba el fin de semana en casa de sus tíos, con lo que se confirmó nuestra sospecha diagnóstica. El paciente fue tratado con doxiciclina, a dosis de 100 mg/12 h durante 8 días, quedando asintomático.

La fiebre botonosa mediterránea es una enfermedad aguda transmitida por garrapatas y producida por *Rickettsia conorii*, que se caracteriza por una lesión de inoculación denominada mancha negra, fiebre, cefalea, exantema maculopapuloso y malestar general. El vector por excelencia es la garrapata del perro (*Rhipicephalus sanguineus*), que a la vez es también importante reservorio de la infección, porque a través de la infección ovárica transmite el microorganismo a su progenie. En ocasiones, otras garrapatas (*Ixodes*, *Hyalomma* y otras) son vectores de la infección. Durante el invierno las rickettsias no son virulentas. El diagnóstico de laboratorio se basa en la presencia de anticuerpos específicos medidos por inmunofluorescencia o fijación de complemento y se trata con tetraciclinas.

El caso expuesto destaca por su descriptiva iconografía y por el comienzo anodino de los síntomas, unido al bajo coeficiente intelectual del paciente, lo que hace difícil obtener de entrada datos que nos hagan sospechar el cuadro. Por supuesto, también nos hace reflexionar sobre la importancia de una exploración general del paciente, incluyendo la búsqueda de lesiones dermatológicas en los síndromes febriles sin foco claro aparente. En nuestro caso, si la exploración dermatológica se hubiese realizado en la primera visita, posiblemente lo hubiésemos diagnosticado antes, con lo que se habría evitado el tratamiento empírico con amoxicilina/clavulánico. Por tanto, ante to-

da fiebre sin foco aparente hemos de interrogar siempre sobre posibles excursiones al campo o contacto con animales domésticos, ya que pueden ser la clave de nuestro diagnóstico. Esta enfermedad es bastante frecuente¹⁻⁴ en nuestro medio y puede presentar complicaciones severas⁵, tales como estupor, convulsiones, insuficiencia renal y coagulación intravascular diseminada.

M. Leal Hernández^a, J. Abellán Alemán^a, J. Martínez Crespo^b y R. Vicente Martínez^b

^aMédico de Familia. ^bDUE. Centro de Salud de San Beniján-San Andrés. Unidad Docente de MFyC (Murcia).

1. Schuller A. Mediterranean boutonneuse fever. *An Med Interna* 1997; 14: 325-327.
2. Davins J, Soriano V, Manterolas J, Valencia J, Sabria M. Estudio prospectivo de 57 casos de fiebre botonosa mediterránea. *Aten Primaria* 1989; 6: 174-178.
3. Bonfiglioli G, Ragazzini I, Sandri S, Zucchini A. Reflections on an emerging pathology: boutonneuse fever. *Minerva Pediatrica* 1987; 39: 337-340.
4. Font B, Espejo E, Muñoz T, Uriz S, Bella F, Segura F. Fiebre botonosa mediterránea. Estudio de 246 casos. *Med Clin (Barc)* 1991; 96: 121-125.
5. Ibáñez J, Arnau D, Knobel H, Cucurull J. Fiebre botonosa mediterránea: formas de presentación y complicaciones raras. A propósito de dos casos. *Rev Clin Esp* 1993; 192: 461-462.

Tabaquismo juvenil. Un abordaje interdisciplinario

Sr. Director: Hace unos días asistimos a una charla en la que, hablando del fracaso universitario, los profesores aducían que el problema tenía su origen en la mala preparación que traían los jóvenes del bachillerato, y cuando se preguntaba en los institutos lo trasladaban a la ESO, y los de infantil argumentaban que el mis-

mo estaba en casa, en la falta de interés y preparación de los padres. ¿Podemos los padres trasladar el problema a ginecólogos y matronas?

Cuando la prevalencia del tabaquismo entre los jóvenes de 16-24 años es del 40%, superior a la media nacional¹, no es cuestión de ir pasando la pelota de unos a otros, sino de agarrarla bien y saber qué hacer con ella. Quizás estemos en el buen camino, ya que parece que la información que se está ofreciendo va dando sus frutos, y aunque siguen siendo pocos los jóvenes que dejan de fumar, tan sólo un 5%, ha aumentado el número de los que no se incorporan al hábito tabáquico (se ha pasado de un 41% a un 55%)¹. La prevalencia de tabaquismo aumenta progresivamente con la edad, de forma que entre los escolares de 9-11 años es del 5-7%, a los 14 años del 21-25% y a los 18-19 años del 55-57%², por lo que es fundamental abordar el problema en su base.

El hecho de que un 60% de los fumadores haya comenzado a hacerlo hacia los 13 años justifica de pleno el abordaje del tabaquismo juvenil en el ámbito de la atención primaria (AP) y más en concreto en las consultas de pediatría y cuando ampliamos el intervalo de edad a los 20 años, el hecho de que un 90% de los fumadores ya lo sean a esa edad³ hace que los médicos de AP y los pediatras tengan un papel primordial en lo que a la prevención del tabaquismo se refiere. Si durante la adolescencia los jóvenes son capaces de no caer en el consumo de tabaco, las probabilidades de que en un futuro sean fumadores son bastante menores⁴. Sin echar balones fuera, el partido contra el tabaquismo juvenil lo tenemos que jugar todos, y si está claro el papel preventivo de médicos de familia y pediatras, no lo está menos el de ginecólogos y matronas, en lo que a profesionales sanitarios se refiere. Es función de todos ir desterrando la idea de que fu-

mar menos durante el embarazo es mejor que la ansiedad que produce el no hacerlo. ¿No se debería incluir como medida preventiva preconcepcional la deshabitación tabáquica y no sólo la administración de ácido fólico? ¿Cuál de las dos medidas evitaría más morbilidad?

Los padres y profesores también forman parte del equipo, sus funciones modélicas y educadoras son tan obvias y evidentes que el comentario se hace sólo con citarlas. Concienciar a los padres también es función de todos, pero los ginecólogos y pediatras van a tener mayor fuerza moral por la época vital por la que pasan. Comentar que abandonar el tabaco va a disminuir los peligros del recién nacido, la incidencia de muerte súbita o la patología respiratoria del escolar^{5,6}, influirá positivamente en el planteamiento de abandono del tabaco de los padres y, por ende, en evitar el inicio al consumo de tabaco de sus hijos.

El médico de familia tiene que continuar con el proceso preventivo-terapéutico iniciado en la consulta de pediatría, haciendo hincapié en uno u otro aspecto en función de las características personales del joven. Si siempre se debe personalizar el consejo anti-tabaco, en estas edades con mayor motivo. Se debe favorecer que el joven encuentre sus propios motivos para no caer en el tabaco, y si ya lo consume, para que lo abandone lo antes posible. ¿Cuál debe ser nuestro frente de actuación? Lógicamente, aquel que le importe al joven: el estético, el económico, los valores de independencia y autoafirmación, el deporte, los hobbies, el concienciarles que fumar sólo reporta beneficios a unos pocos y no precisamente a ellos.

Por tanto, la colaboración entre todos los del equipo, padres y profesionales sanitarios, sin dejar en el banquillo a los profesores (no hay que olvidar que donde más tiempo pasa el joven es en los cen-