

cartas al director

“Y sobre todo que no se lo cambien”

Sr. Director: De un tiempo a esta parte se oye repetir a los pacientes en los consultorios de primaria la frase con la que se despidió algún especialista al que visitaron. La coletilla con la que se les exhortaba a que insistieran al médico de cabecera para que éste no les cambiara el medicamento que se les había recetado. Que aunque les dijeran que era lo mismo, que sólo era cuestión de marca, que el principio activo y, por tanto, el medicamento, era idéntico, no se lo creyeran; que el suyo, el dado por el especialista, era más efectivo. ¿Cuál puede ser el interés de algunos médicos del segundo o tercer nivel en que se recete tal o cual marca comercial?, pregunto.

Viéndolo de otro modo, es muy probable que si esta carta la escribiera un farmacéutico, lo aplicado por nosotros a los especialistas éste lo identificara con algunos médicos de cabecera. ¿Qué interés puede tener un médico de primaria en que se recete una determinada marca farmacéutica? Pues debe haberlo, porque, como se está viendo actualmente, no es bien visto por los médicos que a los farmacéuticos se les permita, sin justificación alguna, cambiar entre las diversas marcas de medicamentos genéricos que actualmente se están comercializando en nuestro país. Que la promoción de estas especialidades se haga directamente a la oficina de farmacia, marginando de alguna manera al médico, escuece. Pero, bajo mi punto de vista, no debería causar prurito alguno al médico, ya que se tratan de medicamentos viejos, con la patente caducada, de más de 10 años desde su distribución como marca comercial, y, por tanto, hartamente conocidos por todos nosotros. ¿A qué se debe esta inquietud?

Además, cuando nos enteramos de que la elección de una u otra marca de genérico por el farmacéutico se puede llegar a relacionar con los beneficios económicos que le pueden reportar a éste las distintas marcas farmacéuticas de medicamentos genéricos (bonificándole con envases gratis el porcentaje vendido, por ejemplo) se nos abren los ojos. Es decir, que aquellas ventajas que en forma de inscripciones a congresos, cursos, ayudas para bibliografía médica, etc., con que tradicionalmente ha ido acompañada la promoción de determinadas marcas comerciales al médico (incentivos formativos o de secretaría), ahora se pueden destinar a incentivar al farmacéutico (incentivos personales), perdiendo con ello parte del poder que aquél tenía a la hora de elegir entre una u otra marca comercial cuando quería administrar un determinado principio activo¹.

La realidad es que no se entiende que si se quiere instaurar una auténtica política de genéricos se permita que existan una lista infinita de éstos, cada uno de una deter-

minada marca comercial, y que éstas a la sazón rivalicen por el mercado de parecida manera a que lo venían haciendo con las marcas comerciales, pero con las peculiaridades propias derivadas de la misma concepción del fármaco genérico, de tal forma que no exista diferencia a la hora de competir en cuanto al producto (son bioequivalentes y de igual galénica) ni en cuanto al precio (se ajustarán al de referencia), quedando como única estrategia comercial la incentivación directa al farmacéutico, o ¿también al médico?^{2,3}.

Lo que intuimos que deparará esta política a largo plazo es el desplazamiento, y con ello la marginación, de aquellos productos efectivos, pero viejos, sujetos a precios de referencia y, por tanto, con sus correspondientes genéricos, por otros más recientes y a la vez más caros, habida cuenta la escasa repercusión que aquéllos tienen en algunos médicos, sobre todo del segundo o tercer nivel. Es en este aspecto en el que cabría señalar la importancia que la medicación inducida por niveles especialistas tendrá a partir de ahora en la prescripción del médico del primer nivel. Al margen de que se demuestre en los diversos trabajos que el porcentaje de la medicación delegada fluctúa entre un 24,5 y un 46,4%, llegando a un porcentaje superior al 48,9% en recetas crónicas⁴, en lo que sí coinciden éstos es en que el precio medio por receta inducida frente a la propia es siempre superior, y de ahí que se afirme que el especialista sea más susceptible de prescribir medicación más novedosa y, por tanto, más cara. Baste analizar, como prueba de ello, cómo se distribuyen los “incentivos” de las empresas farmacéuticas entre el personal médico. Es en este aspecto en el que, aun esforzándose el médico del primer nivel en prescribir medicación genérica o aquella con un coste/efectividad mayor, se encuentra limitado con una prescripción delegada que encorseta su comportamiento prescriptor, toda vez que es muy difícil sustituir un fármaco novedoso y dado por un especialista por otro genérico y prescrito por el médico de cabecera.

En mi opinión, para corregir todos estos efectos indeseables, así como para contener el gasto farmacéutico, se debería, por un lado, permitir dispensar los medicamentos genéricos directamente desde los centros de salud (botiquín propio), dejando con ello el margen de ganancias en el mismo, lo que beneficiaría al equipo y al centro. Por otro lado, debería alentarse a los especialistas hospitalarios a echar mano de la farmacia del hospital dándoles a los pacientes directamente el medicamento genérico, o aquel con marca comercial, que ha sido consensuado dentro de la propia institución como el que tiene el binomio coste-eficacia más favorable, así como hacer extensivos los precios de referencia a grupos farmacológicos enteros, o con misma la acción (conjunto homogéneo) y no como actualmente sólo a aquellos principios activos ya viejos y que disponen de su correspondiente genérico, evitando con



ello el desplazamiento de la prescripción a fármacos más novedosos, de idéntica acción clínica, pero con precios más altos. Y, por último, cambiar el sistema retributivo del farmacéutico en lo que respecta a los medicamentos sujetos al precio de referencia.

MATEU SEGUÍ DÍAZ
Médico Titular de Es Castell.
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro Sanitario Dalt Sant Joan de Mahón. Menorca. Baleares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Figueiras A, Caasmaño F, Gestal Otero JJ. Incentivos de la industria farmacéutica a los médicos: problemas éticos, límites y alternativas. Gac Sanit 1997; 11: 297-300.
2. Carné X, Díez Rodríguez M, García Alonso F. Las especialidades farmacéuticas genéricas en España. Med Clin (Barc) 1999; 112: 337-339.
3. Rey Abella M. Precios de referencia. Aten Primaria 1999; 24: 253-254.
4. García Vicente JA, Cordon Granados F. Prescripción inducida, ¿excusa o realidad? Aten Primaria 1998; 22: 619-620.

Miocardiopatía por VIH

Sr. Director: En el ámbito de la atención primaria la prevalencia de enfermos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es del 0,5% de la población general, y oscila entre el 0,1 y el 8% según los registros consultados. Debe recordarse que en unos años un porcentaje importante de estos enfermos desarrollará la enfermedad del sida, y dependiendo de su distribución epidemiológica o de la disponibilidad de recursos para su atención, puede suponer una enfermedad preeminente en algunas áreas de salud, por lo que debemos estar familiarizados con manifestaciones menos habituales de la enfermedad, como la afectación cardíaca.

Desde la primer mención de manifestación cardíaca del sida (afectación miocárdica por sarcoma de Kaposi en 1983), se han identificado numerosas enfermedades cardíacas relacionadas con el VIH, entre las que se incluyen la enfermedad pericárdica (es la manifestación más frecuente, tratándose generalmente de pericarditis y derrames pericárdicos asintomáticos), la miocarditis linfocitaria y necrosis miocárdica, la miocardiopatía dilatada, las lesiones valvulares con o sin endocarditis, las neoplasias, la disfunción ventricular derecha por hipertensión pulmonar, las arritmias y la enfermedad tromboembólica.

La aparición de afectación miocárdica (micarditis agudas y miocardiopatías con depresión de la función ventricular) oscila, según los estudios anatomopatológicos de series autópsicas, entre el 15 y el 50% de los casos¹. Alrededor del 20% presentan miocardiopatía dilatada, que suele ser subclínica (únicamente presentan síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva un 1-4% de los pacientes con sida)². Los hallazgos anatomopatológicos presentan alteraciones focales en forma de infiltrados inflamatorios de pre-

dominio linfocitario, que crónicamente pueden evolucionar a necrosis del miocito y a fallo cardíaco. La miocardiopatía aparece en estadios avanzados de la enfermedad y se asocia a recuentos de CD4 inferiores a 100/ μ l^{1,3}.

La insuficiencia cardíaca congestiva secundaria a disfunción grave de la función ventricular es la forma más frecuente de enfermedad cardíaca sintomática en el sida. Los signos y síntomas característicos de la insuficiencia cardíaca pueden ser difíciles de reconocer en una población de pacientes en la que los síntomas sistemáticos de insuficiencia cardíaca se solapan con los de la enfermedad de base. La presencia de galope por tercer tono y taquicardia sinusal orientan hacia el origen cardíaco de esta sintomatología. El ecocardiograma es la técnica más útil para detectar afectación miocárdica².

No se acepta un único mecanismo etiológico como causa de miocardiopatía por VIH. El propio virus del sida puede infectar directamente los miocitos y ser tóxico directo por efecto citolítico^{1,2}. Numerosas infecciones oportunistas (*Toxoplasma gondii*, *M. tuberculosis*, *Candida*, histoplasmosis, criptococosis, aspergilosis, infecciones virales por citomegalovirus, virus de Epstein-Barr o *Coxsackie B*) pueden causar miocarditis, así como sustancias cardiotóxicas como el alcohol, cocaína, catecolaminas (producen espasmo microvascular y muerte del miocito) y fármacos utilizados en el tratamiento de la enfermedad o de afecciones relacionadas (zidovudina, doxorubicina, interferón α , pentamidina, ganciclovir, interleucina 2, adriamicina o foscarnet)². Se han propuesto una serie de factores que podrían favorecer la depresión de la función ventricular en pacientes con sida: proliferación de células intersticiales del miocardio con producción de factor de necrosis tumoral α , cuyos valores se elevan en el suero a medida que progresa la enfermedad, déficit nutricionales (vitamina E o selenio) o procesos autoinmunes contra las células miocárdicas¹⁻⁵.

Las complicaciones cardíacas pueden ser la causa de muerte en el 5% de los casos de sida. Los enfermos con signos y síntomas de insuficiencia cardíaca presentan una tasa de mortalidad aproximada a los 6 meses del 50%. Con el incremento actual de la incidencia y el aumento de la supervivencia con los nuevos enfoques terapéuticos, la miocardiopatía por VIH se convertirá en una entidad clínica común en nuestras consultas de atención primaria.

MIGUEL CRUZ ARNÉS^a, J. VILA ÁLVAREZ^b
Y C.M. SAA REQUEJO^c
^aResidente de MFyC. Centro de Salud San Fernando. Móstoles. Madrid. ^bResidente de MFyC. Centro de Salud Miguel Servet. Alcorcón. Madrid. ^cEspecialista en MFyC.
Correspondencia: Dr. M. Cruz Arnés.
Tacona, 37, 2.º A. 28030 Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Michaels AD, Lederman RJ, MacGregor JS, Cheitlin MD. Cardiovascular involvement in AIDS. Curr Probl Cardiol 1997; 22: 109-148.
2. Schwartz ED, Fishman JE, Mandel AS, Bauerlein EJ, Ezzudin S, Guerra JJ. Pictorial essay: thoracic cardiovascular complications of acquired immunodeficiency syndrome. J Thorac Imaging 1998; 13: 116-122.