



Farmacovigilancia en el Atlántico

- Efectos indeseables del reporte de eventos adversos en publicidad de medicamentos** 3

Máximo Rodríguez M

Actualización de Seguridad de Medicamentos

- Imatinib (Glivec® y genéricos): Evaluación del riesgo de disminución de la función renal durante el tratamiento a largo plazo** 5

Health Canada

- La Agencia Europea de Medicamentos recomienda medidas adicionales para prevenir el uso de micofenolato en el embarazo** 6

Agencia Europea de Medicamentos – EMA

- Quetiapina: ¿Produciendo Reacciones Hepáticas?** 7

Centro de Monitoreo de Reacciones Adversas de Nueva Zelanda

Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica

- El Concepto de Valor en Salud** 8

Máximo Rodríguez M

Educación Sanitaria

- Guía para la preparación y administración parenteral: Atropina** 11

Michael Macias V, Ricardo Ávila D-H, Máximo Rodríguez M

Farmacología sin corbatas

- Efectividad del tratamiento antichagásico en la fase crónica de la enfermedad de Chagas** 14

Máximo Rodríguez M

Preguntas Frecuentes

- ¿Tratamiento para sífilis gestacional con penicilina G sin prueba de sensibilidad?** 16

Máximo Rodríguez M

Editorial

Comiendo medicinas

La moda de los alimentos con un pretendido carácter terapéutico ha llegado a su máximo histórico, marcada por la imperiosa necesidad del consumidor de “verse bien” e incrementar el vigor y el bienestar (1). Esto se puede evidenciar cuando a través de los medios de comunicación y redes sociales se promueven una gran cantidad de sustancias y productos promocionados para el “bienestar personal” que alegan declaraciones vinculadas con la salud (2).

Esta “moda del bienestar, la vitalidad y la plenitud” promulgada a través de la alimentación saludable no es un proceso nuevo, en realidad tienen sus bases a finales del siglo XIX, desde esa época el enfoque predominante para establecer pautas que contribuyeran a mejorar la salud de la población se basó en determinar los “estilos de vida” y los “factores de riesgos” que causaban estas enfermedades crónicas (3).

Esto ha trascendido hasta el punto de que la cultura del ser saludable y la práctica del cuidado y consumo llegó a lo que se conoce hoy en día como la medicalización alimentaria y está fuertemente vinculadas con la autopercepción de la salud/enfermedad y con las expectativas y las demandas sobre el propio cuerpo (4).

A este conjunto de alimentos el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos los nombra como productos funcionales (2), (término más aceptado en la actualidad), otros nombres que reciben estos productos son alimento de diseño, nutrácéticos o alicamentos.

Se habla de medicalización de la alimentación cuando se fomenta el consumo de ciertos alimentos a los que se les atribuyen propiedades terapéuticas

curativas o preventivas, que en realidad no tienen, que no las poseen en la proporción en la que se indica, o que aun poseyendo unas determinadas propiedades terapéuticas se incrementa su consumo en atención a posibles patologías, afecciones ficticias o a estados que requieren tratamientos distintos a los alimenticios (1).

Rodríguez-Zoya uno de los sociólogos que más ha estudiado el tema de la medicalización de los alimentos, aclara que <<medicalización alimentaria no atañe simplemente a la relación entre diversos actores, como la industria alimenticia, la medicina nutricional, los consumidores, el Estado, los medios, sino que contempla fundamentalmente los distintos aspectos que éstos pueden asumir como modos de intervención, sean prácticos, informativos, persuasivos, normativos, etcétera>> (4).

Es allí donde surge la preocupación, cuando otros actores sin la fundamentación clínica suficiente plantean recomendaciones para la “salud perfecta” sin tener en cuenta que el enriquecimiento o adición de ciertos productos pueden afectar la farmacoterapia.

Por ejemplo, los alimentos enriquecidos con calcio podrían reducir la absorción de antibióticos como las tetraciclinas y quinolonas. Alimentos ricos en fibra pueden afectar la absorción del acetaminofén y la amitriptilina. Pero lo que si no se ha podido demostrar es que el calcio o la fibra de estos alimentos puedan ser asimilados correctamente por el organismo.

No es cuestión de desvirtuar los beneficios de los productos funcionales —si es que los tienen—, pero generalizar sus pretendidos resultados a toda la población, es donde puede estar el inconveniente, ya que estos no curan, no previenen por sí solos y no son

Ricardo E. Ávila D.
Químico Farmacéutico
Farmacéutico Clínico,
Magister en Salud
Pública, Universidad del
Norte

Miembro del Programa
de Farmacovigilancia
Secretaría de Salud del
Atlántico.

Palabras clave
medicalización, vida
saludable, consumismo

indispensables en la dieta, son una opción para tener en cuenta en circunstancias concretas (5).

Para mantenerse sano no necesariamente se debe acudir a la suplementación con productos que prometen ser la solución a los requerimientos físicos y mentales, con el simple hecho de programar la cotidianidad con una alimentación variada se puede asegurar la incorporación y aprovechamiento de todos los nutrientes que necesitamos para crecer y vivir saludablemente, acompañada del ejercicio físico y un estilo de vida saludable.

Referencias

1. Webb G. Modern Nutrition in Health and Disease, 9th edition. M. E. Shils, J. A. Olsen, M. Shike and A. C. Ross (editors). 1999. Baltimore: Williams & Wilkins. \$105.00. ISBN 0-683-30769-X. Br J Nutr [Internet]. el 9 de octubre de 1999 [citado el 12 de octubre de 2017];82(4):331–2. Disponible en: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0007114599001555
2. de Domingo-Bartolomé M, López-Guzmán J. La “medicalización” de los alimentos. Pers y Bioética [Internet]. 2014;18(2):170–83. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/4256/pdf>
3. Wilkinson RG, Pickett K. Desigualdad: Un análisis de la (in)felicidad colectiva. Turner Publicaciones S.L.; 2009. (Noema [Turner]).
4. P. Rodriguez Zoya. Alimentación y medicalización . Análisis de un dispositivo de cuidado personal y potenciación de la salud. Sociologica. 2015;86:201–34.
5. Benavente-García O. Antioxidantes en la salud, en la enfermedad y en la alimentación - Alimentos funcionales. 2012;(116):1–116.

Cartas al Editor

El Comité Ejecutivo de Redacción recibe cartas, que deben tener menos de 250 palabras. Antes de que se tome la decisión de publicar, las cartas que hacen referencia a un artículo publicado se pueden enviar al autor para que este genere una respuesta. Cualquier carta puede ser enviada a un experto para hacer comentarios.

Cuando se publican las cartas, estas suelen ir acompañadas en la misma edición de las respuestas o comentarios. El Comité filtra las declaraciones descorteses, inexactas o difamatorias. Las cartas son sub-editadas antes de su publicación. Se solicita a los autores de las cartas que declaren cualquier conflicto de intereses. La decisión de publicación del Comité es final.

Farmacovigilancia en el Atlántico

Efectos Indeseables del Reporte de Eventos Adversos en la Publicidad de Medicamentos

Resumen

Es usual que la publicidad de los medicamentos cuente con información dependiente de los fabricantes, en donde los eventos adversos se listan información sobre su gravedad e incidencia. Esto puede producir el “efecto de dilución”, en que el individuo sesga la importancia de la información dándole indistinto valor a la severidad de los riesgos potenciales, y favoreciendo una excesiva imagen de confianza.

Las bases de datos sobre eventos adversos de los medicamentos se incrementan en la medida que el tiempo y la población expuesta va aumentando desde la aprobación del nuevo producto por las agencias regulatorias. Estas a su vez, obligan al reporte completo de todos los eventos adversos que tengan alguna evidencia de relación con el uso del medicamento. Sin embargo, cuando se trata de medicamentos de venta libre las regulaciones son más laxas en la medida que se asume que los riesgos son menores. En Colombia el INVIMA autoriza la información a divulgar por los responsables de los registros sanitarios de los medicamentos tanto de venta libre, como bajo fórmula médica acorde con lo estipulado en el registro (1-3).

De esta forma es usual que la publicidad de los medicamentos para el público como para los profesionales de la salud y en especial para los médicos prescriptores, cuente con información dependiente de los fabricantes, en donde los eventos adversos se listan sin ninguna categorización en cuanto a su gravedad e incidencia, en el aparte de “contraindicaciones” descritos en el registro sanitario (4). Esta situación

sucede de forma similar en muchos países del mundo generando en algunos casos preocupaciones sobre su control e influencia en el uso (5).

Ante este panorama, unos autores de la Escuela de Negocios de la Universidad de Londres han publicado recientemente un estudio de cómo la selección y el orden no prioritario de la divulgación de eventos adversos a los medicamentos pueden enmascarar en la publicidad a la población en general, cuáles son importantes y cuáles no (6). Los investigadores diseñaron 5 estudios que incluyeron 3.059 estadounidenses expuestos a diversas descripciones de eventos adversos de 5 medicamentos, y finalizando con un meta-análisis de estos mismos ensayos. Los resultados mostraron que cuando las personas leen u oyen la información sin la distinción entre riesgo leves o severos, ocurre lo que en psicología se conoce como “efecto de dilución”, en que el individuo sesga la importancia de la información dándole indistinto valor a la severidad de los riesgos potenciales, y favoreciendo una excesiva imagen de confianza. En uno de los diseños, este comportamiento se comprobó cuando por el contrario se les expuso la información de manera categorizada de la severidad de los eventos adversos, produciendo

Máximo Rodríguez M.
Químico Farmacéutico,
Magíster en
Farmacología
Profesor Asociado, Dpto.
de Farmacia, Universidad
Nacional de Colombia

Palabras clave
eventos adversos,
publicidad de
medicamentos,
contraindicaciones,
farmacovigilancia

una mejor interpretación por la persona, y permitiendo así valorizar aquellos más severos. Los autores concluyen que, aunque los fabricantes están obligados a divulgar todos los efectos adversos, la forma indiscriminada de exponerlas genera una percepción sobrevalorada de seguridad. Además, incluso se produce un efecto paradójico de impulsar su utilización.

Las críticas sobre el contenido y las estrategias de publicidad al público y a los prescriptores por diferentes medios no ha sido escasa y se ha enfocado a sugerir mayores controles a las agencias regulatorias. Una revisión sistemática hasta febrero de 2006 encontró que la publicidad en revistas médicas de 26 países se considera de baja calidad con fuerte sesgo para influenciar la decisión de prescriptores (7). Por otro lado, Atherly y Rubin (8) hallaron que la información directamente al consumidor incrementa inobjetablemente las ventas de los medicamentos, a través de información poca específica que sube los costos en los sistemas de salud, objetando así el costo-efectividad de este tipo de publicidad (9). Otra revisión más reciente también expresó críticas sobre las técnicas utilizadas por la industria farmacéutica al hacer gran énfasis en aumentar las ventas en detrimento de verdadera información para el bienestar de los pacientes (9).

En nuestro país, las regulaciones de publicidad del INVIMA son muy generales y con respecto a aspectos de seguridad son igualmente genéricas como "No exceder su consumo" o "Leer indicaciones y contraindicaciones" (2). De esta manera la información que se divulga no puede evitar las consecuencias no intencionadas causando así indiferencia sobre los potenciales riesgos del uso de medicamentos. Cuando esta normativa se enfoque a informar claramente de forma discriminada los riesgos según su severidad, en el efecto en los diversos sistemas, con valores de incidencia, y descripción suficiente sobre las

precauciones y contraindicaciones, el sesgo advertido en el estudio británico se puede evitar en bien de la sociedad que espera un uso racional de los medicamentos.

Referencias

1. INVIMA. Instructivo: requisitos para la radicación de publicidad. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/images/stories/formatotramite/PM01-RS-I2.pdf>
2. INVIMA. ABC de Publicidad Medicamentos. Disponible en: https://www.invima.gov.co/images/stories/ABCpublicidad/Cartilla_Medicamentos.pdf
3. INVIMA. Guía para la elaboración y armonización de insertos e información para el prescriptor de medicamentos y productos biológicos. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/images/stories/formatotramite/PM01-RS-G50.pdf>
4. INVIMA. Sistema de trámite en línea. Consulta datos de productos. Disponible en: http://farmacovigilancia.invima.gov.co:8082/Consultas/consultas/consreg_encabcum.jsp
5. Saul, S. Senate leader calls for limits on drug ads. The New York Times Politics (2 July 2005).
6. Sivanathan N, Kakkar H. The unintended consequences of argument dilution in direct-to-consumer drug advertisements. Nat Hum Behav [Internet]. 2017; Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0223-1>
7. Othman N, Vitry A, Roughead EE. Quality of pharmaceutical advertisements in medical journals: A systematic review. PLoS One. 2009;4(7).
8. Atherly A, Rubin PH. The Cost-Effectiveness of Direct-to-Consumer Advertising for Prescription Drugs. Med Care Res Rev [Internet]. el 7 de mayo de 2009;66(6):639–57. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1077558709335362>
9. Babar ZUD, Siraj AM, Curley L. A review of DTCA techniques: Appraising their success and potential impact on medication users. Res Soc Adm Pharm [Internet]. 2017;1–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.04.005>

Actualización de Seguridad de Medicamentos

Imatinib (Glivec® y genéricos): Evaluación del riesgo de disminución de la función renal durante el tratamiento a largo plazo

Visión general

Health Canada realizó una revisión de seguridad para evaluar el riesgo de disminución de la función renal asociada al tratamiento a largo plazo con imatinib. Esta revisión de seguridad fue provocada por nuevas publicaciones científicas al respecto.

Una disminución de la función renal durante el tratamiento a largo plazo significa una pérdida progresiva de la función renal con el tiempo. En la mayoría de las personas, la disminución gradual de la función renal ocurre naturalmente con la edad o como resultado de otras condiciones médicas, como la diabetes o la hipertensión. Una pérdida progresiva de la función renal puede conducir a enfermedad renal crónica o insuficiencia renal o insuficiencia renal grave. La insuficiencia renal aguda se produce repentina y rápidamente, y es un riesgo conocido para muchos fármacos contra el cáncer.

El imatinib es un agente antineoplásico del grupo de los inhibidores de proteína cinasa. Es comúnmente usado para tratar la leucemia mielógena crónica (CML), pero también se usa para tratar otros cánceres de sangre o tumores sólidos.

En el momento de la revisión, Health Canada había recibido 30 informes de función renal disminuida o anormal relacionada con el imatinib. El fabricante

encontró 63 informes adicionales en todo el mundo sobre la disminución de la función renal relacionada con el imatinib. El estudio de estos casos proporcionó pruebas limitadas de una relación causal. La información de seis ensayos clínicos sugirió que los pacientes en tratamiento a largo plazo con imatinib gradualmente pierden parte de su función renal a una tasa que puede ser más rápida de lo normal. La pérdida progresiva de la función renal fue mayor en el primer año de tratamiento.

Información para profesionales de la salud

El tratamiento a largo plazo con imatinib puede resultar en una disminución de la función renal. Los pacientes tratados con imatinib en estudios clínicos tuvieron una disminución en el tiempo en la tasa de filtración glomerular estimada (eGFR). La monitorización de la función renal debe realizarse antes de iniciar el tratamiento y periódicamente después.

Referencias

Imatinib Mesylate (GLEEVEC and generics) - Assessing the Risk of Decline in Kidney Function During Long-Term Treatment. Health Product InfoWatch, April 2017. Disponible en: https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/dhp-mps/alt_formats/pdf/medeff/bulletin/hpiw-ivps_2016-04-eng.pdf

Nota Importante

A menos que se manifieste explícitamente debe entenderse que el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) no ha hecho ninguna publicación sobre estas notas, por tanto la información suministrada aquí solo tiene fines informativos y bajo ninguna circunstancia debe considerarse como alguna medida sanitaria oficial en Colombia.

La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) recomienda medidas adicionales para prevenir el uso de micofenolato en el embarazo

Visión general

La EMA ha advertido que el medicamento micofenolato (CellCept® y genéricos) no debe usarse durante el embarazo a menos que no haya una alternativa adecuada para prevenir el rechazo del trasplante. Esta re-evaluación de los beneficios y seguridad de estos productos, proporcionó información actualizada sobre el riesgo de defectos de nacimiento y abortos espontáneos cuando las mujeres embarazadas fueron expuestas al micofenolato.

Los medicamentos con micofenolato están destinados a pacientes que han tenido un trasplante de órganos. Ayudan a prevenir que el cuerpo rechace el órgano trasplantado mediante la supresión del sistema inmunológico.

Aunque la información del producto para estos medicamentos ya contiene advertencias contra el uso durante el embarazo, ahora se fortalecerán significativamente mediante la adición de nuevas contraindicaciones, consejos e información.

Información para profesionales de la salud

El Invima informa a los profesionales de la salud, pacientes y cuidadores:

- No debe usarse durante el embarazo a menos que no haya una alternativa adecuada para prevenir el rechazo del trasplante. El embarazo debe descartarse mediante el uso de una prueba sensible en suero u orina; se recomienda una prueba de 8 a 10 días antes de comenzar el tratamiento con micofenolato y otra inmediatamente antes de comenzar el tratamiento.

- El micofenolato no debe usarse en mujeres en edad fértil a menos que estén usando métodos anticonceptivos altamente efectivos. Las mujeres deben usar dos métodos confiables de anticoncepción simultáneamente antes de comenzar y durante el tratamiento, y durante 6 semanas después de parar el tratamiento.
- Se recomienda a los hombres sexualmente activos (incluidos los vasectomizados) que toman micofenolato que utilicen preservativos para el sexo durante el tratamiento y durante los 90 días posteriores.
- Los pacientes deben ser advertidos de no donar sangre durante o 6 semanas después de suspender el tratamiento, y los hombres no deben donar esperma durante la terapia o 90 días después de finalizar.

Referencias

1. European Medicines Agency. EMA recommends additional measures to prevent use of mycophenolate in pregnancy. Disponible en: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2015/10/news_detail_002418.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1
2. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. Información para profesionales de la salud, pacientes y cuidadores: Micofenolato (Mofetilo y Sódico). Disponible en: https://www.invima.gov.co/images/pdf/farmacovigilancia_alertas/2016/INFORME-PROFESIONALES-ACIENTES-Y-CUIDADORES-MICOFENOLATO1.pdf

Quetiapina: ¿Produciendo Reacciones Hepáticas?

Visión general

La quetiapina pertenece al grupo de medicamentos denominados antipsicóticos atípicos. Funciona modificando la actividad de determinadas sustancias naturales en el cerebro. Se utiliza para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia (una enfermedad mental que provoca la alteración de los pensamientos, pérdida del interés en la vida y emociones intensas o inapropiadas), y otros desórdenes mentales como el trastorno bipolar (una enfermedad que provoca episodios de depresión, manía y otros estados de ánimo anormales)

La quetiapina es ampliamente metabolizada por el hígado. Pueden producirse elevaciones en los niveles de las enzimas hepáticas, particularmente aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT) y gamma glutamiltransferasa. Durante el seguimiento post-comercialización se ha notificado raramente hepatitis e insuficiencia hepática. El mecanismo exacto de estas reacciones hepáticas es actualmente desconocido.

El Centro de Monitoreo de Reacciones Adversas (CARM por sus siglas en inglés) de Nueva Zelanda ha recibido 13 informes de reacciones hepatobiliares con el uso de quetiapina. La mayoría de estos informes se refiere a aumentos de las enzimas

hepáticas (también conocido como "función hepática anormal"). También ha habido un caso de un quiste hepático y un caso de insuficiencia hepática reportados al CARM.

Información para profesionales de la salud

- Se recuerda a los profesionales de la salud el riesgo potencial de efectos adversos hepáticos asociados con el uso de quetiapina.
- Pueden ser necesarios ajustes de la dosis o una dosis inicial reducida de quetiapina.
- **Se recomienda precaución en pacientes con insuficiencia hepática conocida, en pacientes que están siendo tratados con medicamentos potencialmente hepatotóxicos o si hay signos o síntomas de insuficiencia hepática emergentes del tratamiento.**

Referencias

New Zealand Medicines and Medical Devices Safety Authority. Quetiapine — Delivering Hepatic Reactions? Prescr Updat [Internet]. 2017;38(2):18. Disponible en: http://www.medsafe.govt.nz/profs/PUArticles/PDF/PrescriberUpdate_June2017.pdf

Nota Importante

Los editores enfatizan que los profesionales de la salud deben aconsejar a sus pacientes para que NO abandonen ningún medicamento sujeto a una comunicación de seguridad. Si usted o sus pacientes tiene alguna preocupación con un medicamento, comuníquese con nosotros al correo electrónico: farmacovigilancia@atlantico.gov.co

Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica

El Concepto de Valor en Salud

Resumen

El incremento de los costos de atención de salud obliga a plantear nuevas estrategias diferentes a la simple contención de costos. Desde hace unos años se ha planteado redireccionar las atenciones en salud a aquellas que generen resultados de “alto valor”.

Máximo Rodríguez M.

Químico Farmacéutico,
Magíster en
Farmacología
Profesor Asociado, Dpto.
de Farmacia, Universidad
Nacional de Colombia

Palabras clave

salud, atención en
salud, costo-efectividad,
tecnologías sanitarias

El incremento vertiginoso e imparable de los costos de atención de salud ha obligado a plantear nuevas estrategias diferentes a la simple contención de costos. Los sistemas de prestación de servicios de salud en el mundo siguen sufriendo de la cada vez más escasa disponibilidad de recursos para su sostenimiento. El aumento mayor en magnitud e intensidad en las atenciones no necesariamente ha llevado a obtener los mejores resultados definitivos en salud, cuando se evalúan desde la perspectiva amplia del paciente individual y la sociedad.

Tradicionalmente en atención de salud se ha considerado que “entre más, es mejor” y que “todo vale por el bien de los pacientes”. Como consecuencia, se ha producido una intensa utilización de recursos diagnóstico, terapéuticos, paliativos y de rehabilitación que en muchos casos no generan resultados sanitarios concluyentes y representativos (1).

Por tanto, desde hace unos años se ha planteado redireccionar las atenciones a aquellas que generen resultados sanitarios de “alto valor” y cuyas inversiones de recursos para alcanzarlos sean compensables con dichos resultados. Esto se interpreta en que, por una parte, se deben descartar aquellas atenciones que independiente del valor aportan poco valor, como el uso de fármacos con el mismo perfil de efectividad y

seguridad, pero más costosos. Y por otra, aceptar aquellas más costosas, pero con evidencia de mayores resultados, como medicamentos que aumentan realmente la efectividad sobre una patología, o disminuyen la aparición de eventos adversos. Es decir, es posible disponer de atenciones más costosas que las usuales, pero más efectivas en resultados, en una proporción aceptable (2).

La definición clásica del término según Michael Porter es “el resultado en salud que se alcanza por cada moneda gastada” (3), expresado como una razón tomando como numerador el “resultado” en el paciente y como denominador el “costo” de todo lo que implica alcanzar el resultado. Si bien es un concepto semejante al análisis de costo-efectividad o costo-utilidad en el marco clásico de evaluaciones económicas, hay algunas diferencias que se enfocan en la preocupación por proveer beneficios reales a los pacientes, y que se derivan de la interpretación del numerador y denominador. El resultado debe ser integral desde un estado de recuperar un nivel de salud (o salvar la vida), seguido de un estado de recuperación de los mínimos para retornar a las actividades diarias, y finalmente un estado de alcanzar la sostenibilidad de un nivel de salud aceptable. Las acciones para alcanzar estos logros deben estar sólidamente sustentados con la mejor evidencia

disponible. La mejor forma es conocer estudios de comparaciones entre diferentes intervenciones y seleccionando resultados fuertes, como disminución de mortalidad. Igualmente, se deben evaluar los daños a corto, mediano y largo plazo, en las diferentes alternativas comparadas, para poder disponer de un panorama amplio sobre los resultados beneficiosos (2).

Por otro lado, los costos deben corresponder no solamente a los directos (personal de salud, tecnologías diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, por ejemplo), sino en lo posible aquellos indirectos más complicados de medir (tiempo del cuidador, ausencia laboral, etc.), realizando un análisis de sus características y magnitudes. Esto implica desglosar minuciosamente todos los recursos empleados en cada atención analizada (2). Una guía esquemática de cómo aplicarla, ha sido descrita en cinco pasos así (4):

1. Entender los beneficios, los daños y los costos relativos de las intervenciones que está considerando.
2. Disminuir o eliminar el uso de intervenciones que no brindan beneficios o pueden ser perjudiciales.
3. Elegir las intervenciones y ajustes de atención que maximicen los beneficios, minimicen los daños y reduzcan los costos (utilizando datos comparativos de efectividad y costo-efectividad).
4. Personalizar un plan de atención con el paciente que incorpore sus valores y se ocupe de sus preocupaciones.
5. Identificar las oportunidades a nivel de sistema para mejorar los resultados, minimizar los daños y reducir las acciones inútiles de la atención médica.

Algunas experiencias en este sentido han demostrado como la selección apropiada, oportuna y en las magnitudes adecuadas de medios de diagnóstico ha generado valor en las atenciones, como el evitar el frotis de Papanicolaou cada tres años, en lugar del anual (5), o de RMN

rutinarios para lumbalgias (6). En aspecto farmacoterapéuticos, como el uso de HBPM en pacientes de alto riesgo en vez de heparina no fraccionada para evitar TVP (7), o warfarina en fibrilación atrial no valvular, en lugar de aspirina (8).

El reto del concepto será crear una cultura anexa de “conciencia de costo” no solamente en el personal y las organizaciones sanitarias, sino en políticas y por sobre todo en los pacientes, que deberían reclamar atenciones de alto valor.

Referencias

1. Porter ME. What Is Value in Health Care? *N Engl J Med* [Internet]. el 23 de diciembre de 2010;363(26):2477–81. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMp1011024>
2. Owens DK, Qaseem A, Chou R, Shekelle P; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. High-value, cost-conscious health care: concepts for clinicians to evaluate the benefits, harms, and costs of medical interventions. *Ann Intern Med*. 2011 Feb 1;154(3): 174-80.
3. Porter ME, Teisberg EO. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press, 2006.
4. Smith CD; Alliance for Academic Internal Medicine–American College of Physicians High Value; Cost-Conscious Care Curriculum Development Committee. Teaching high-value, cost-conscious care to residents: the Alliance for Academic Internal Medicine–American College of Physicians Curriculum. *Ann Intern Med*. 2012 Aug 21;157(4): 284-6.
5. Brown AD, Garber AM. Cost-effectiveness of 3 methods to enhance the sensitivity of Papanicolaou testing. *JAMA*. 1999; 281: 347-53.
6. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, et al; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med*. 2007;147:478-91.

7. Beitland S, Sandven I, Kjærvik LK, Sandset PM, Sunde K, Eken T. Thromboprophylaxis with low molecular weight heparin versus unfractionated heparin in intensive care patients: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Intensive Care Med.* 2015 Jul;41(7):1209-19.
8. Gage BF, Cardinalli AB, Albers GW, Owens DK. Cost-effectiveness of warfarin and aspirin for prophylaxis of stroke in patients with nonvalvular atrial fibrillation. *JAMA.* 1995;274:1839-45.

Los riesgos de tomar medicamentos

Tomar medicamentos implica algunos riesgos. Es importante que el profesional de la salud esté consciente de los riesgos de cada medicamento y “sopesarlos” frente a los beneficios antes de decidirse a recetarlos.

Algunos de los riesgos del uso de medicamentos incluyen: reacciones adversas y otros efectos indeseados cuando se combinan con ciertos alimentos, bebidas, vitaminas y hierbas medicinales, o cuando el medicamento no está dando los resultados esperados (fallo terapéutico) y si éste causa más problemas de salud. Sólo usted puede decidir qué nivel de riesgo es aceptable para sus pacientes.

Algunos consejos

- Esté informado. Consulte con el farmacéutico u otro profesional de la salud sobre todos los aspectos del medicamento. El farmacéutico puede ayudarle a identificar las posibles interacciones dañinas con otros medicamentos que esté tomando.
- Indague sobre las condiciones de salud que tenga su paciente, como alergias, y qué medicamentos, incluyendo productos naturales, está tomando actualmente.
- Pregunte por cualquier dificultad que su paciente pueda tener con los medicamentos.
- Sospeche y reporte cualquier situación que pueda estar relacionada con el medicamento.

Educación Sanitaria

Guía para la preparación y administración parenteral de medicamentos: **Atropina**

MEDICAMENTO DE ALTO RIESGO

1. Nomenclatura

Clasificación farmacológica: Agente anticolinérgico; Antídoto; Agente antiespasmódico (1,2).

Indicaciones (adultos y pediátricos): Se utiliza para tratar los problemas con el ritmo cardíaco, problemas estomacales o intestinales y ciertos tipos de envenenamientos (intoxicación con insecticidas organofosforados, carbamatos o agentes nerviosos). También se usa antes de una cirugía para disminuir la producción de saliva (2-4).

Riesgo en el embarazo: La atropina cruza la placenta humana. Si se usa como antídoto debe tener en cuenta la salud y el pronóstico de la madre; se debe administrar si hay una clara indicación de uso. Los medicamentos utilizados para el tratamiento del paro cardíaco en el embarazo son los mismos que en la mujer no embarazada. **Para estas indicaciones, NO se debe suspender debido a su potencial de teratogenicidad** (1,2,4).

Lactancia: Cantidades mínimas de atropina se excretan en la leche materna. La atropina puede suprimir la lactancia o causar eventos adversos en el lactante (los datos son contradictorios). El fabricante recomienda que se tenga cuidado al administrar atropina a las mujeres lactantes (2,4,5).

Código A.T.C.: A03BA01 (6)

Medicamento incluido en el Plan de Beneficios: Si (7)

Medicamento de control especial: No (3)

2. Preparación y administración

Se puede administrar por vía intramuscular, intravenosa o subcutánea.

Inyección intravenosa directa (IV): Se puede administrar sin diluir o diluida en 10 mL de agua estéril para inyección (2). Inyectar a través del sitio 'Y' o mediante una llave de paso de 3 vías a una velocidad de 0,6 mg durante 1 minuto. Las dosis inferiores a 0,4 mg o la administración IV durante más de 1 minuto pueden causar una disminución paradójica de la frecuencia cardíaca que generalmente se resuelve en aproximadamente 2 minutos (1,8,9).—**Durante la reanimación cardiopulmonar en adultos (RCP):** puede administrarse por vía intravenosa mediante inyección en bolo en una vena periférica, seguido de una inyección de 20 mL de líquido IV (eg. Solución de cloruro de sodio al 0,9%).

Administración Intramuscular: Inyectar en una gran masa muscular (e.g. Glúteo). Aspirar antes de la inyección para evitar la administración en un vaso sanguíneo. **Un enrojecimiento intenso de la cara y el tronco puede ocurrir de 15 a 20 minutos después de la inyección IM. Esto se llama "descarga de atropina" y no es dañino cuando ocurre (1).**

Administración subcutánea: inyectarse subcutáneamente teniendo cuidado de no inyectar por vía intradérmica.

Otras vías de administración inyectable

Infusión intraósea: Durante la reanimación cardiopulmonar, la misma dosis puede administrarse a través de la vía intraósea cuando el acceso IV no está disponible.

Administración endotraqueal: diluir en 5 a 10 mL de agua estéril o solución salina isotónica. Administrar a través del tubo endotraqueal (ET).

Nota importante: la atropina no está aprobada por el INVIMA para la administración intraósea o endotraqueal.

3. Estabilidad

La atropina se puede almacenar a temperaturas de hasta 28,9 °C por hasta 45 días y tolera picos de temperatura de hasta 51,7 °C durante un tiempo acumulativo de 795 minutos (13,25 horas) sin experimentar degradación (11). **No utilizar si la solución no es transparente o contiene precipitados (1,2,4,8-11).**

4. Compatibilidad

Es compatible con: Solución de cloruro de sodio 0,9% (solución salina isotónica), Agua estéril para inyección. **En ausencia de estudios de compatibilidad, este medicamento no debe mezclarse con otros.**

Se ha informado que la atropina es **compatible mezclado en bolsa** con: DOBUTamina, furosemida, meropenem, netilmicina, bicarbonato de sodio, verapamilo; en **jeringa** con: fentanilo, heparina, hidrOXizina, meperidina, morfina, pentobarbital; en **sitio 'y'** con: abciximab, amiodarona, etomidato, fentanilo, heparina, hidrocortisona, hidromorfona, meropenem, metadona, morfina, nafcillina, cloruro de potasio, propofol, sufentanil, tirofiban, vitaminas b y c.

5. Reacciones adversas

Sin frecuencias definidas: Síntomas anticolinérgicos (Midriasis, Hipertermia, Taquicardia, Arritmia Cardíaca, Retraso en el vaciado gástrico), Ataxia, Fiebre, Dolor de cabeza, Insomnio, Boca seca, Anhidrosis, Urticaria, Vacilación Urinaria, Piel seca, Visión borrosa, Cicloplejía, Fotofobia, Anhidrosis, Palpitación, Disnea, Íleo paralítico, Edema pulmonar (1,2,4,10).

6. Parámetros a vigilar

Para el personal de enfermería (8,9):

- Esté atento a la taquicardia en pacientes con problemas cardíacos porque puede conducir a fibrilación ventricular.
- Esté atento a las reacciones adversas (como sequedad en la boca y estreñimiento) que varían con la dosis.
- Controle la ingesta de líquidos y la producción de orina. El fármaco causa retención de orina y vacilación urinaria.

7. Precauciones especiales

- Tenga precaución en la neuropatía autónoma, isquemia miocárdica, insuficiencia cardíaca, íleo paralítico, insuficiencia hepática, hernia de hiato asociada a esofagitis por reflujo, hipertiroidismo, miastenia grave e insuficiencia renal (En general, bloqueo de efectos muscarínicos) (1,2,4,10).
- La atropina se identifica en los criterios de Beers como una medicación potencialmente inadecuada que debe evitarse en pacientes de 65 años o más (independientemente del diagnóstico o condición) debido a sus propiedades altamente anticolinérgicas y una eficacia incierta como antiespasmódico (12).
- En pacientes con enfermedad arterial coronaria con uso recurrente de atropina, es esencial que la dosis total se limite a 2 o 3 mg (como máximo 0.03 a 0.04 mg/kg) para evitar los efectos perjudiciales de la taquicardia inducida por atropina en la demanda de oxígeno del miocardio.
- Evitar el uso concomitante con IMAO's como la Selegilina (Selegil®)
- **No es necesario seguimiento con pruebas de laboratorio.**

8. Medicamentos disponibles en Colombia

Atropina 1 mg/mL solución inyectable (varios laboratorios). Consulte los productos en: http://farmacovigilancia.invima.gov.co:8082/Consultas/consultas/consreg_encabcum.jsp

Referencias

1. Atropine: Drug information [Base de datos en Internet]. Waltham, MA: UpToDate® Inc. [Consultada 13 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
2. Atropina: Ficha de medicamento [Base de datos en Internet]. Oxford: ClinicalKey®, Elsevier Inc. [Consultada 13 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#/>
3. Sistema de Vigilancia Sanitario, SIVICOS [Base de datos en Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. [Consultada 6 de octubre de 2017]. Disponible en: http://farmacovigilancia.invima.gov.co:8082/Consultas/consultas/consreg_encabcum.jsp
4. Medicamentos a un clic [Base de datos en Internet]. Bogotá D.C.: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. [Consultada 13 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.medicamentosauclinc.gov.co/>
5. U.S. National Library of Medicine. Toxicological Data Network: LactMed [Base de datos en Internet]. Bethesda: National Institutes of Health, Health & Human Services. Actualizado periódicamente. [Consultada 13 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://toxnet.nlm.nih.gov/>
6. Atropine en: ATC/DDD Index [Base de datos en Internet]. Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Actualizado periódicamente [Consultada 13 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1687 del 22 de mayo de 2017. Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones.
8. Skidmore-Roth L. Mosby's 2014 Nursing Drug Reference: Elsevier Health Sciences; 2013.
9. Karch AM. 2012 Lippincott's Nursing Drug Guide: Wolters Kluwer Health; 2012.
10. Atropina B. Braun 0,5 mg/mL solución inyectable en: Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS [Base de datos en Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. [Consultada 13 de octubre de 2017]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/cima/dochtml/ft/49070/FichaTecnica_49070.html#6-datos-farmac-uticos
11. Gill MA, Kislik AZ, Gore L, Chandna A. Stability of advanced life support drugs in the field. Am J Health Syst Pharm. marzo de 2004;61(6):597–602.
12. Samuel MJ. American Geriatrics Society 2015 updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2015;63(11):2227–46.

Responsables

Michael Macias Vidal, QF, Magíster en Epidemiología

Ricardo Enrique Ávila De la Hoz, QF, Especialista en Farmacia Clínica, Magíster en Salud Pública

Revisó: Máximo Rodríguez Márceles, QF, Magíster en Farmacología

Mensaje de los responsables

Durante las reuniones para la Armonización de la Gestión Técnica de Medicamentos y Dispositivos Médicos de la Secretaría de Salud del Atlántico se sugirió la publicación de la presente guía con el fin de apoyar a las instituciones prestadoras de servicios de salud en la adopción de las guías de preparación y administración de medicamentos, particularmente los utilizados en los carros de paro.

En este sentido, la Secretaría de Salud del Atlántico a través de este medio recomienda tener en cuenta, para efectos de prescripción y administración de este medicamento, la siguiente guía con los objetivos de mejorar su uso en el ámbito hospitalario y asegurar en las instituciones prestadoras de servicios de salud una mejor atención en salud.

Farmacología sin corbatas

Efectividad del tratamiento antichagásico en la fase crónica de la enfermedad de Chagas

Resumen

En la década de los 80s el tratamiento para la eliminación del parásito *Trypanosoma cruzi*, en pacientes con la enfermedad en estado crónico de Chagas se consideraba inútil. Hoy en día, hay evidencia sobre la importancia de la erradicación del parásito para detener el proceso patogénico.

Máximo Rodríguez M.
Químico Farmacéutico,
Magíster en
Farmacología
Profesor Asociado, Dpto.
de Farmacia, Universidad
Nacional de Colombia

Palabras clave
enfermedad de
Chagas, *Trypanosoma*
cruzi, antichagásicos,
efectividad

Desde los años 80s el tratamiento para la eliminación del vector, el parásito *Trypanosoma cruzi*, en pacientes con la enfermedad en estado crónico de Chagas se considera inútil ya que la cardiopatía y los efectos digestivos se consideraban que eran a razón de mecanismos autoinmunes independientes de la presencia del parásito (1). Adicionalmente, algunos estudios no encontraron correlación entre la presencia del parásito y la progresión de la cardiopatía (2), induciendo así a otros múltiples factores causales de estas manifestaciones, como autoinmunidad, denervación autonómica, y desórdenes de la microcirculación (3,4).

Como consecuencia, algunos países líderes en América como Brasil y Argentina tomaron la decisión de excluir el tratamiento antiparasitario de las guías de manejo en pacientes con la patología crónica (5,6).

No obstante, posteriores estudios han indicado evidencia que la presencia del parásito es fundamental para disparar y sostener el proceso patogénico. Dentro de estas evidencias se destacan (7,8): la respuesta inmune inflamatoria se dispara y se sostiene con la presencia

del parásito, correlación del estado de inmune del huésped con estados crónicos de la enfermedad y reactivación en inmunosupresión como en pacientes con VIH-SIDA, y progresión de la enfermedad si no hay eliminación completa del parásito y por ende, ausencia de detección de marcadores serológicos.

De esta forma se ha revaluado el papel de los antiparasitarios efectivos para la infección: benzonidazol y nifurtimox (9). Los eventos adversos a estos son mayoritariamente en adultos, como síndrome de Stevens-Johnson con incidencia alrededor de 1 en 3.000 paciente tratados (10), lo que sin embargo no debe descartar el estricto seguimiento a un tratamiento crónico con estos medicamentos.

Estas nuevas evidencias que se contraponen a clásicos paradigmas farmacoterapéuticos tomará su tiempo para el reconocimiento, y deberá estar aunado al desarrollo de nuevas técnicas de marcadores inmunológicos que verifiquen la completa erradicación del parásito y al resolución o control de las patologías subsecuentes.

Referencias

1. Brener Z. 1984. Recent advances in the chemotherapy of Chagas' disease. Mem. Inst. Oswaldo Cruz 79:149–155.
2. Andrade ZA. 1999. Immunopathology of Chagas disease. Mem. Inst. Oswaldo Cruz 94:71–80.
3. da Cunha AB. 2003. Chagas' disease and the involvement of the autonomic nervous system. Rev. Port. Cardiol. 22:813–824.
4. Rossi MA, Tanowitz HB, Malvestio LM, Celes MR, Campos EC, Blefari V, Prado CM. 2010. Coronary microvascular disease in chronic Chagas cardiomyopathy including an overview on history, pathology, and other proposed pathogenic mechanisms. PLoS Negl. Trop. Dis. 4:e674.
5. Resolución de la Secretaría de Programas de Salud Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. 1983. Normas para atención médica del infectado Chagásico. Norma no. 28/99. Ministerio de Salud y Acción Social y COFESA, Buenos Aires, Argentina.
6. The National Health Foundation of Brazil. 1997. Etiological treatment for Chagas disease. Parasitol. Today 13:127–128.
7. Viotti R, Alarcón de Noya B, Araujo-Jorge T, Grijalva MJ, Guhl F, López MC, Ramsey JM, Ribeiro I, Schijman AG, Sosa-Estani S, Torrico F, Gascon J; Latin American Network for Chagas Disease, NHEPACHA. Towards a paradigm shift in the treatment of chronic Chagas disease. Antimicrob Agents Chemother. 2014;58(2):635-9.
8. Zhang L, Tarleton RL. Parasite persistence correlates with disease severity and localization in chronic Chagas' disease. J Infect Dis. 1999 Aug;180(2):480-6.
9. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Guía de Atención Clínica de la enfermedad de Chagas 2010. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia%20de%20atencion%20clinica%20de%20chagas%202010.pdf>
10. Yun O, Lima MA, Ellman T, Chambi W, Castillo S, Flevaud L, Roddy P, Parreño F, Albajar Viñas P, Palma PP.

¡Notificación de los eventos adversos con medicamentos y otros productos medicinales

Si usted desea reportar voluntariamente los eventos adversos, problemas de calidad del producto, errores de medicación o el fallos terapéuticos relacionados con el uso de un medicamento u otros productos medicinales (homeopáticos, preparados herbales, etc) comercializados en Colombia, puede hacerlos a través del [Formulario de Reporte de Sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos \(FOREAM\)](#)

Si usted está en el Departamento del Atlántico puede diligenciar el FOREAM y enviarlo por correo electrónico al Programa Departamental de Farmacovigilancia, escribiendo a la dirección de correo electrónico: farmacovigilancia@atlantico.gov.co

Escanea con tu teléfono móvil el código QR



Preguntas Frecuentes

¿Tratamiento para sífilis gestacional con penicilina G sin prueba de sensibilidad?

Resumen

La sífilis gestacional continua siendo un problema de salud pública a nivel mundial. El tratamiento estándar es la bencilpenicilina G. Por el riesgo de reacciones alérgicas existe la inquietud si a las madres seropositivas se les debe aplicar la prueba de sensibilidad a la penicilina. El consenso es que el riesgo de evitar el tratamiento estándar es mayor que la probabilidad muy baja de una reacción anafiláctica.

Máximo Rodríguez M.
Químico Farmacéutico,
Magíster en
Farmacología
Profesor Asociado, Dpto.
de Farmacia, Universidad
Nacional de Colombia

Palabras clave

sífilis gestacional,
prueba de sensibilidad,
desensibilización,
penicilina

Respuesta

Dada las reconocidas consecuencias de la transmisión madre-feto de la infección por sífilis, como muerte fetal, parto prematuro, muerte perinatal, bajo peso e infección del recién nacido, la detección y tratamiento de la enfermedad es una política de salud pública mundial (1). La OMS estima que alrededor de 1,5 millones de embarazadas pueden estar infectadas por sífilis activa, generando cerca de 3,6 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y costos globales anuales superiores a los \$390 millones de dólares (2).

El tratamiento estándar en pacientes a las cuales en los controles prenatales se le haya detectado anticuerpos a la *treponema* es la bencilpenicilina G (en sus diferentes formas de presentación), aunque el tratamiento óptimo de acuerdo al estado de gestación y de la infección, siga siendo motivo de controversias (3). No obstante, por las conocidas incidencias de reacciones alérgicas a este tipo de medicamento betalactámico existe la inquietud si a todas las madres seropositivas se les debe aplicar la prueba de sensibilidad a la penicilina. Como consecuencia se puede producir una barrera para el tratamiento de una

enfermedad prevenible con efectos sanitarios y económicos globales ya descritos, o por otra parte, la aparición de un efecto adverso inmediato de anafilaxis en que si las condiciones de manejo no son las adecuadas puede llegar a ser mortal. Las guías de manejo de sífilis gestacional estipulan que el tratamiento con penicilina G debe realizarse incluso en madres con reacciones de sensibilidad previas, realizando la denominada “desensibilización” que no es más que la generación de tolerancia a los determinantes mayores de la molécula que median las reacciones por inmunoglobulina E (IgE), tipo I (4).

La guía del Centro para Prevención y Control de Enfermedades de EU (CDC, por sus siglas en inglés) establece que la prueba de sensibilidad para proceder luego a la desensibilización se debe realizar según antecedentes de la paciente, considerando: a) historia de anafilaxis a penicilina u otra reacción mediada por IgE, con diagnóstico de asma u otra enfermedad que sea riesgosa con anafilaxis; b) está siendo tratada con bloqueadores beta-adrenérgicos (5). Igualmente, la Guía de Práctica Clínica en Colombia (6) al respecto enfatiza que “En

gestantes con prueba rápida treponémica positiva (aplicada en el sitio de atención), se recomienda NO realizar prueba de alergia a la penicilina". Una revisión sistemática hasta diciembre de 2012 que evaluó la incidencia de eventos adversos serios a penicilina benzatínica donde incluyó 3.466.780 pacientes de los cuales 1.244 eran embarazadas, encontró un riesgo de muerte combinado virtualmente de cero, y de incidencia de casos de anafilaxis entre 0 y 3 por cada 100 mil tratamientos, aunque con una calidad de evidencia muy bajo (7).

Conclusiones

De esta forma, los autores de la revisión, así como los de las guías (CDC y del MSPS de Colombia), consensuan que es mayor el riesgo de evitar el tratamiento estándar que la probabilidad muy baja de una reacción anafiláctica en una madre seropositiva embarazada. Esto no exime las medidas preventivas de educación y dotación que deben disponer los centros de atención para el eventual manejo del evento adverso severo (8).

Nota de los editores

Esto no pretende ser una guía definitiva, sino un consejo general basado en la evidencia presentada por el autor. Puede no ser aplicable en todas las circunstancias. Busque el consejo apropiado si tiene dudas. Cada situación debe examinarse individualmente.

Referencias

1. Rothschild BM (2005) The history of syphilis. *Clin Infect Dis* 40: 1454–1463
2. World Health Organization (2012) Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: Promoting better maternal and child health and stronger health systems. Geneva, Switzerland
3. Walker GJ. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2001:CD001143.
4. Macy E. Penicillin allergy: optimizing diagnostic protocols, public health implications, and future research needs. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2015 Aug;15(4):308-13
5. Centers for Control and Prevention of Diseases. Management of Persons Who Have a History of Penicillin Allergy [Internet]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/pen-allergy.htm#box2> (Consultado 03 de julio de 2017).
6. Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita GPC-2014-41 [Internet]. Bogotá, agosto 2014. Disponible en: <https://www.minsa-lud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc%20%E2%80%9393guia-completa-sifilis.pdf> (Consultado 03 de julio de 2017).
7. Galvao TF, Silva MT, Serruya SJ, Newman LM, Klausner JD, Pereira MG, Fescina R. Safety of benzathine penicillin for preventing congenital syphilis: a systematic review. *PLoS One*. 2013;8(2):e56463
8. Wendel GO, Jr, Stark BJ, Jamison RB, Melina RD, Sullivan TJ. Penicillin allergy and desensitization in serious infections during pregnancy. *N Engl J Med* 1985;312:1229–32
9. WHO Recommendations on Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage and the WOMAN Trial. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/pph-woman-trial/en/



Hechos simples para usar adecuadamente los antibióticos

- 1. Establecer políticas y ejecutar acciones** para racionalizar el uso de antibióticos en las instituciones de salud.
- 2. Fortalecer** los comités de prevención de infecciones y de farmacia y terapéutica
- 3. Regular efectivamente** los incentivos monetarios que pueden existir para recetar antibióticos.
- 4. Implementar programas** para desincentivar, en las comunidades, el uso de antibióticos sin prescripción médica.
- 5. Realizar una evaluación** comparativa de la frecuencia de infecciones asociadas a la atención en salud.
- 6. Nada como la prevención** para evitar el uso indebido de antibióticos.
- 7. Mejorar los laboratorios de microbiología** para que ofrezcan resultados más precisos.
- 8. Generar cambios en la formación** de los prescriptores en lo que se refiere al uso y abuso de los antibióticos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Acceda a la nota original ingresando en su explorador de Internet favorito la siguiente dirección web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/antibiotic-resistance/es/>

Suscripciones

La Secretaría de Salud del Atlántico publica cuatro números al año, en forma impresa y en línea del BIMA. Todo el contenido es gratis y esta disponible en texto completo ingresando a la página web: www.atlantico.gov.co.

Usted puede recibir una **alerta de correo electrónico** cuando el BIMA publique nuevos números en línea.

La **copia impresa** se distribuye gratuitamente a los profesionales médicos, odontólogos, farmacéuticos y enfermeras dentro de la red de prestadoras del departamento.

Suscríbese o actualice sus datos enviando los datos de abajo a esta dirección de correo electrónico: farmacovigilancia@atlantico.gov.co. En el asunto del mensaje escriba alguna de las siguientes opciones:

- Envíame una copia impresa (solo para instituciones de salud de la red departamental)
- Cambiar mi dirección para la copia impresa
- Detener el envío de la copia impresa

Datos para la suscripción

- Nombre completo
- Correo electrónico
- Profesión
- Dirección / nueva dirección

Oficina editorial

Para la correspondencia general, tales como cartas al editor o sugerencias, contáctese con El Editor.

Correspondencia	Dilia Borge Bonadiez Secretaría de Salud del Atlántico Calle 40 entre Cra. 45 y 46 Barranquilla (CO)
Teléfono	(5) 330 7053
Fax	(5) 330 7444
Email	farmacovigilancia@atlantico.gov.co
Sitio web	www.atlantico.gov.co
Twitter	@PFVAtlantico

Comité ejecutivo de redacción

Directora

Dilia E. Borge B.

Director de producción

Ricardo Ávila D-H

Editor médico

Hernán Argote B.

Editores adjuntos

Michael Macias V.

Máximo Rodríguez M.

Declaración de responsabilidad

La información aquí publicada está destinada a profesionales de la salud. El comité editorial ha tenido cuidado para asegurar que es precisa al momento de la publicación. Esta información no pretende ser un sustituto del criterio médico y no debe ser utilizada exclusivamente para diagnosticar o tratar una condición médica.

Donde sea permitido por la ley, la Secretaría de Salud del Atlántico se exime de toda responsabilidad por cualquier pérdida, daño o perjuicio derivado del uso de esta información. Las opiniones expresadas en esta publicación no son necesariamente las del comité editorial o de alguno de sus miembros.

© 2017 Departamento del Atlántico • ISSN 2346-2671 (Papel) – 2346-2671 (Web-Online)

El propietario de los derechos de esta publicación es la Gobernación del Atlántico. Cualquier reproducción parcial o total está autorizada siempre que el contenido no se cambie, el material no se utilice para promover o respaldar algún producto o servicio y se reconozca esta publicación u otras partes de ella, como fuente. El **Boletín de Información de Medicamentos del Atlántico** es publicado y distribuido por la Secretaría de Salud del Atlántico en aras de un uso más seguro y eficiente de los medicamentos.

Publicado por