

Medicalización de la vida: ¿vamos por el camino correcto?

No es extraño encontrar en nuestro país publicidad farmacéutica animando a utilizar determinados medicamentos para bajar de peso, fortalecer el vigor sexual o mejorar el estado de ánimo. De igual forma es frecuente encontrar prescripciones de adelgazantes o anabolizantes para mejorar la figura, o de multivitaminas y energizantes para estados de agotamiento físico.

Los ejemplos anteriores ilustran cómo muchas situaciones de la vida de las personas, que no son precisamente enfermedades, son tratadas como tales. Este fenómeno se conoce como medicalización de la vida.

El siguiente artículo es un resumen de un trabajo sobre medicalización de la vida publicado en el boletín vasco de medicamentos¹. Consideramos que sus argumentos son aplicables a nuestro contexto ya que Nicaragua no escapa a este proceso de medicalización.

Crear la percepción de enfermedad: estrategia de la medicalización

Medicalizar la condición humana supone aplicar una etiqueta diagnóstica a sentimientos o comportamientos desagradables o no deseables que no son claramente anormales.

Algunas formas de medicalización podrían describirse como invención de enfermedades:

- Percibir problemas naturales de la vida como problemas médicos: por ejemplo calvicie, embarazo, duelo.
- Percibir problemas personales y sociales como problemas médicos: timidez/fobia social.
- Sobredimensionar la frecuencia de síntomas: disfunción eréctil, disfunción sexual femenina, andropausia.
- Sobredimensionar la gravedad de síntomas leves: colon irritable
- Traducir el riesgo en enfermedad: hipercolesterolemia, osteoporosis.

- Traducir la presencia de factores genéticos en enfermedad: genes BRCA^a y cáncer de mama y ovario, hemocromatosis.

La idea de que “prevenir es siempre mejor que curar” está bien arraigada en la sociedad actual. Vivimos en la “cultura del riesgo”. El riesgo epidemiológico, la simple asociación estadística entre un factor de riesgo y una enfermedad, se convierte en cuasi enfermedad, o en causa necesaria y suficiente de la misma. Es más, se puede decir que el riesgo ha pasado a ser considerado una enfermedad prevalente.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que la prevención puede provocar iatrogenia, tanto por las actividades diagnósticas como por la instauración de tratamientos. El sobrediagnóstico crea ansiedad, detectamos enfermedades en personas que hubiesen vivido y muerto (por otra causa) sin que su enfermedad se hubiese detectado nunca. Este entorno excesivamente intervencionista ha

^a Son proteínas cuya principal función es la reparación del daño al ADN.



llevado a acuñar términos como la prevención cuaternaria, entendida como las acciones que se toman para identificar a los pacientes en riesgo de sobretratamiento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y para sugerirles alternativas éticamente aceptables.

Diferentes actores participan en la medicalización

Cada vez que se etiqueta una nueva “enfermedad”, curiosamente, existe siempre un tratamiento a mano para ella. Diferentes actores participan en el proceso de medicalización: industria farmacéutica, medios de comunicación, administración sanitaria, población y personal de salud.

LEA EN ESTE BOLETÍN

• Excellencis: AIEPI	pág. 5
• Misoprostol solo en situaciones específicas	pág. 6
• Manejo del síndrome de shock por dengue en niños	pág. 7
• Análisis de publicidad Farmacéutica “Medicamentos de venta libre”	pág.

Industria farmacéutica

Las empresas farmacéuticas destinan un porcentaje importante de su presupuesto a investigación y desarrollo (I+D). Esto no sólo genera beneficios sociales, también repercute en el poder económico de las grandes corporaciones farmacéuticas, situando su capacidad económica por encima de la de muchos países desarrollados.

Nos deberíamos preguntar si los recursos invertidos en I+D responden a las necesidades sociales o si, por el contrario, es el marketing el que está diseñando la percepción de las necesidades sociales a las que supuestamente responde la I+D de la industria farmacéutica.

El interés económico de la industria farmacéutica en persuadir a la población sana de que necesita atención para mantenerse así mediante chequeos y medicación preventiva resulta claro. En el Reino Unido el 70% de la población toma algún medicamento para tratar o prevenir enfermedades o para mejorar su bienestar.

Los elementos de marketing que emplea la industria son similares ya se trate de promocionar un medicamento, un instrumento diagnóstico o una nueva “enfermedad”: implica a líderes de opinión, sociedades científicas, grupos organizados de pacientes o medios de comunicación a los que la industria “desinteresadamente” les aporta información y financiación.

Otra forma empleada por la industria farmacéutica para lograr que los médicos prescriban es la facilitación de los medios diagnósticos a los centros sanitarios a un supuesto coste cero o mínimo.

Medios de comunicación

La salud “vende” y las noticias sobre salud son cada vez más habituales en los medios de comunicación. Pero lo noticiable se asocia a acontecimientos novedosos, inusuales, improbables o deseados, elementos muy poco habituales en medicina.

En esta búsqueda de lo noticiable, la visión que nos ofrecen los medios de

comunicación sobre el ámbito médico y la salud tiene aspectos claramente distorsionados:

- La medicina se presenta como una ciencia exacta y omnipotente.
- Se exagera la relevancia social de síntomas y enfermedades.
- Se favorece la utilización de medicamentos y técnicas intervencionistas en tanto que se trivializa la importancia de mantener un estilo de vida saludable.

Sin embargo, los medios de comunicación podrían ejercer una influencia positiva, si bien alejada del concepto de lo noticiable. Por ejemplo, en el uso de intervenciones de asistencia sanitaria, estimulando el uso de los servicios eficaces y desalentando los de efectividad no comprobada.

Administración sanitaria

En el proceso de medicalización la administración sanitaria es un actor menos evidente y habitualmente interviene por omisión.

Su misión es identificar las necesidades terapéuticas y definir y liderar las políticas sanitarias. Sin embargo, a menudo elude esta misión al rehuir la definición explícita de prestaciones incluidas y excluidas en las carteras de servicios o al asumir como válidas las innovaciones presentadas por la industria, sin una evaluación previa de su necesidad.

Las instituciones tienden a incluir tecnologías o intervenciones sanitarias no suficientemente valoradas que se sitúan en la “parte plana de la curva”, es decir aquella en la que los beneficios marginales que aportan son mínimos y a menudo inferiores a los riesgos o costes que suponen.

En el caso de las agencias reguladoras de medicamentos, se puede decir que el modelo vigente en la actualidad falla desde su base, ya que su objetivo principal es autorizar los nuevos medicamentos en el menor tiempo posible, desatendiendo otros criterios fundamentales como la necesidad y el valor relativo respecto a otras alternativas terapéuticas.

Población

Dentro de la cultura consumista imperante, la población asume con naturalidad, y entusiasmo incluso, el mensaje difundido por la industria farmacéutica, los medios de comunicación y los propios profesionales sanitarios de que ante gran parte de los procesos y problemas vitales, la medicina tiene la solución.

Así, cuanto mayor es la oferta de salud, mayor es la percepción de necesidades y enfermedades existente. Se exige a la medicina que ponga fin al sufrimiento corporal, conserve la juventud y prolongue la vida hasta el infinito.

El proceso de medicalización convierte a las personas en pacientes al considerarlas enfermas potenciales. Frecuentemente las terapias se prescriben sin dar a la persona la información adecuada sobre la naturaleza de los beneficios y efectos adversos, y por tanto, sin tener en cuenta las preferencias y valoración de los riesgos de cada uno.

La participación en toma de decisiones es un reto ineludible en la actualidad. Hay algunas evidencias de que las personas bien informadas son más conservadoras que el personal de salud en el caso de tratamientos preventivos con medicamentos.

Personal de salud

El personal médico se encuentran en el núcleo de la medicalización.

Son agentes imprescindibles para que este proceso prospere y blanco de una sociedad que demanda que la medicina dé solución a todos sus problemas.

Solicitan de sus instituciones una mayor inversión en sanidad para hacer frente a la situación actual de demanda creciente con recursos inadecuados. De hecho, ésta es una de las fuentes de insatisfacción profesional en todo el mundo.

EDITORIAL

Participaron en la **realización** de este boletín:
Lester Narváez, Carlos Fuentes, Federico Mairena,
Benito Marchand, Carlos Berrios,

Con la **colaboración** de:
Ever Dávila, Ana Paola Rodríguez (CIMED)
Sergio Palacio, (MINSa),
Orlando Rizo. (GRUNAMEB),
Ana Ara, Maria Jesús Ara (CMM),
Leonel Argüello (CEPS),
Justus Hofmeyr (East London Hospital Complex)

La impresión de este boletín es financiada por
Farmacéuticos Mundi

AIS Nicaragua es una ONG nacional que agrupa a personas de diversas instituciones y regiones del país con posibilidades y deseos de promover el uso apropiado de medicamentos y mejorar el acceso de toda la población a los medicamentos esenciales.

Es parte de la Red Internacional AIS, conocida en inglés como HAI y del Grupo Nacional de Promoción de la Medicina basada en evidencia (GRUNAMEB)

La COIME (Coordinación Interinstitucional de Medicamentos Esenciales) tiene como objetivo el fortalecimiento mutuo de los proyectos de medicamentos esenciales en el país.

Agrupando actualmente a las organizaciones siguientes:
Instituto Juan XXIII, Acción Médica Cristiana (AMC),
AIS-Nicaragua, PROSALUD-Dario,
Movimiento Comunal Nicaragüense,
Colectivo de Mujeres de Matagalpa, CISAS/Rama, Casa de la Mujer (La Paz Centro), Farmacéuticos Mundi (FARMA MUNDI), Médicos del mundo España, Centro de Estudios y Promoción Social (CEPS), Oxfam Bélgica, Dispensario San Antonio, Horizonte 3000, Central Sanitaria Suiza, ADDRA Somoto, Familias Unidas Estelí, CEDEMETRA, Asociación de mujeres Xilonem, Vicariato de Bluefields, Diócesis de Juigalpa, Fundación Nicafrance, INPRHU, Proyecto HOPE

Existen 3 ejes de trabajo:
Abastecimiento, Aspectos legales y Promoción del uso apropiado.

Este boletín es un **espacio de comunicación abierto** a todos los interesados/as en el uso apropiado de los medicamentos. Les invitamos a mandarnos informaciones o experiencias de interés para publicarlas en este boletín.

Las personas siguientes les pueden dar más información sobre la COIME y AIS Nicaragua
Carlos Fuentes Tel 772-7356, fax 772-2458
Correo electrónico: ais_nicaragua@yahoo.es
Correo postal: AIS Nicaragua
Apdo. 184, Matagalpa



Medicalización de la vida: una estrategia de la industria farmacéutica para ampliar sus mercados

La creación del consumidor insatisfecho al servicio de la producción abarca todos los aspectos de la vida. La salud no es ajena a esta realidad.

La salud aparece cada vez más como un artículo de consumo que se puede comprar en la farmacia: frente al dolor, el resfriado o el ardor de estómago tenemos una pastilla que nos permite "seguir con nuestro ritmo de vida".

La lógica de este modelo consumista de salud va mas allá: ya que los medicamentos "curan" las enfermedades, ¿por qué no ampliar la definición de "lo patológico" e incluir también circunstancias vitales como el embarazo, la menopausia, el envejecimiento y la infelicidad, factores de riesgo como la osteoporosis y la hipercolesterolemia o, incluso, aspectos estéticos como la calvicie y las arrugas?

La industria farmacéutica sabe utilizar muy bien esta lógica para promover la venta de medicamentos para situaciones que no son necesariamente enfermedades. En Nicaragua, por ejemplo, se promociona Cerebrofós en los medios televisivos como un energizante y vigorizante sexual (¿los problemas sexuales de las parejas son necesariamente una patología?). Por otro lado, la industria promueve que los médicos/as prescriban hipolipemiantes partiendo únicamente de la elevación del colesterol, lo cual no se justifica en la gran mayoría de las situaciones (ver boletín AIS No. 28).

Si el personal de salud, en particular los médicos/as, no adopta una actitud crítica ante la información médica, especialmente en la promoción farmacéutica, se corre el riesgo de caer en "la lógica de la medicalización", llevando a que se categoricen procesos normales de la vida como "procesos médicos" para los cuales curiosamente ya existen los medicamentos listos para utilizar.

Se cuenta con algunas herramientas para el análisis crítico de la información (Medicina Basada en Evidencia, Buenas Prácticas de prescripción). Las universidades, como entidades formadoras de recursos, y el MINSa como entidad rectora de la salud, tienen un papel clave en promover estas herramientas y mantener alerta al personal de salud ante la "medicalización" / "medicamentización" de la vida de los ciudadanos/as.



El personal médico y las sociedades científicas suelen participar con entusiasmo en la incorporación de nuevas tecnologías o la descripción de nuevas enfermedades. Ligado a la esperanza de proporcionar el máximo beneficio para los pacientes, está presente el deseo de que se amplíen las áreas de trabajo, se abran nuevas puertas al desarrollo profesional, la especialización y la superespecialización, conseguir más beneficios económicos (exceso de intervenciones cuando se paga por proceso) u obtener beneficios en términos de capacidad de influencia y prestigio.

Por otro lado, la incertidumbre es un factor importante ligado a la medicalización. En las áreas grises de la medicina, aquéllas en que los límites entre la normalidad y la patología son difíciles de establecer, abundan los ejemplos de medicalización.

Hacer una medicina más participativa supone también un cambio cultural por parte del médico/a que implica una pérdida de control y la exigencia de aprender otras habilidades, actitudes y aptitudes. Este cambio está comenzando a darse ya en la población con el aumento del nivel educativo y el mayor

acceso a la información (Internet, medios de comunicación).

¿Vamos en la dirección adecuada?

La categorización de los problemas vitales como “problemas médicos” merma la capacidad de decisión de las personas sobre sus propias vidas. De esta manera, las personas se convierten en “pacientes” y los problemas sociales se transforman en enfermedades individuales.

La oleada de “epidemias del siglo XXI” que nos invade (obesidad, osteoporosis o depresión, por poner unos ejemplos) puede ser sólo el preludio de lo que está por venir. La utilización acrítica de los avances en genética podría convertirnos en una sociedad en la que la totalidad de la población tenga identificado al menos un factor de riesgo de enfermedad y, siguiendo con el pensamiento dominante, haya de ser por tanto tratada médicamente.

Pero, ¿favorece a alguien la catalogación de grandes masas de población como enfermas? Del análisis realizado se deduce que todos los participantes en la “medicalización de la vida” recibimos alguna compensación de la misma. Sin embargo, nos parece obvio que este

modelo no favorece a la sociedad en su conjunto y que, es más, su extensión obliga a sustraer recursos de otros ámbitos con una mayor rentabilidad social. Quizá nos deberíamos plantear si el modelo de medicalización de la vida es sostenible social y económicamente. La cultura dominante nos condiciona a que actuemos como seres pasivos. Las formas no médicas de afrontar las dificultades se están devaluando y olvidando y la capacidad de valerse por sí mismo y sentirse capaz de superar los problemas se está reduciendo.

Los profesionales sanitarios tienen ante sí importantes retos: compartir su poder y devolver la capacidad de decisión a los pacientes, estimular la autonomía y el auto cuidado, potenciar el conocimiento de cuidados sanitarios simples y efectivos y resistir a la categorización de los problemas vitales como médicos.

Es necesario recordar que *no todo síntoma expresa enfermedad* y que, a pesar de los asombrosos adelantos de la medicina moderna, *hay todavía mucho que no se puede curar*.

Referencia

1. Servicio Vasco de Salud. Medicalización de la vida – creación de enfermedades. *INFAC*. 2005. Volumen 13, Nº. 7.

Invitación a curso sobre análisis crítico de la promoción farmacéutica

AIS-Nicaragua ha desarrollado un módulo de formación sobre “**Análisis crítico de la promoción farmacéutica**”, con el objetivo de fomentar una actitud crítica entre el personal de salud y contrarrestar los efectos negativos de la promoción farmacéutica inapropiada.

El curso es gratuito y se desarrollará en dos encuentros los días **sábado 19 de Agosto** (9 am - 2 pm), y **sábado 2 de septiembre** (9 am - 5 pm) en Matagalpa. Se garantizará material didáctico, alimentación y el transporte desde Matagalpa al local del curso, así como alojamiento al final del segundo encuentro.

El cupo es limitado. Las personas interesadas deben confirmar su participación lo antes posible. Llamando al teléfono 772 - 7356

¿Cómo y dónde conseguir los boletines AIS-COIME?



Este boletín se publica trimestralmente en 8,000 ejemplares. Está destinado a prescriptores/as, farmacéuticos y a todas las personas interesadas en la promoción del uso apropiado de los medicamentos. Se distribuye gratuitamente a través de los coordinadores CURIM o docentes de los SILAIS, en las Facultades de Medicina y Farmacia (Managua y León), responsables docentes de Hospitales y las oficinas de AIS-Nicaragua.

Si está interesado/a en recibir el boletín AIS-COIME por correo, contáctese a la siguiente dirección: AIS-Nicaragua Banco UNO 2 c ½ al este. Apdo. Matagalpa, Nicaragua. Apdo postal 184. Tel. (505) 772-7356. Telefax. (505) 772-2458. E-mail: ais_nicaragua@yahoo.es

Puede descargar los boletines en www.aislac.org



Marque una sola respuesta por pregunta

1. Los SIGNOS GENERALES DE PELIGRO en un niño/a de 2 m a < cinco años son:

- a. Rigidez de nuca, respiración aumentada, no se alimenta.
- b. Somnolencia, fiebre elevada, vomita todo.
- c. No puede beber o comer, vomita todo, convulsiones, anormalmente somnoliento (letárgico o inconsciente).
- d. Todas las respuestas anteriores son correctas.
- e. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

Niveles de certeza:

No estoy seguro / Más o menos seguro / Seguro / Totalmente seguro

2. Para clasificar la enfermedad de un niño/a de 4 meses como NEUMONIA GRAVE es necesario la presencia de:

- a. Respiración rápida y fiebre
- b. Tiraje subcostal
- c. Fiebre y crépitos a la auscultación
- d. Todas las respuestas anteriores son correctas.
- e. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

Niveles de certeza:

No estoy seguro / Más o menos seguro / Seguro / Totalmente seguro

3. De acuerdo a la guía AIEPI, ¿A partir de cuántas respiraciones por minuto se clasifica como neumonía a una niña/o de 2m a 11 meses?

- a. 40 por minuto
- b. 60 por minuto
- c. 30 por minuto
- d. Todas las respuestas anteriores son correctas.
- e. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

Niveles de certeza:

No estoy seguro / Más o menos seguro / Seguro / Totalmente seguro

4. Los criterios para tratar con antibiótico, a una niña/o de 3 años con problema de garganta son:

- a. Fiebre, tos, dolor de garganta y ganglios cervicales anteriores agrandados.
- b. Ganglios cervicales anteriores crecidos y dolorosos, y exudado blanco en garganta.
- c. Ganglios cervicales crecidos o exudado blanco en garganta.
- d. Todas las respuestas anteriores son correctas.
- e. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

Niveles de certeza:

No estoy seguro / Más o menos seguro / Seguro / Totalmente seguro

5. En un niño/a de 1 mes clasificado como Posible Infección Bacteriana Grave o Enfermedad Grave, las 4 acciones principales a realizar para tratar en el puesto de salud son:

- a. Dar 1era dosis de antibiótico, vacunar, mantener bien abrigado y referir urgentemente.
- b. Ingresar en observación, administrar antibióticos, brindar líquidos parenteral, abrigar
- c. Dar primera dosis de antibióticos, agua azucarada si no puede mamar, proteger del frío y referir urgentemente.
- d. Todas las respuestas anteriores son correctas.
- e. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

Niveles de certeza:

No estoy seguro / Más o menos seguro / Seguro / Totalmente seguro

6. En niñas/os menores de 5 años con neumonía no grave, la OMS recomienda lo siguiente:

- a. Administrar antibiótico por tres días.
- b. Amoxicilina o cotrimoxazol son de primera elección.
- c. Administrar la amoxicilina en dos tomas por día.
- d. Todas las respuestas anteriores son correctas.
- e. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

Niveles de certeza:

No estoy seguro / Más o menos seguro / Seguro / Totalmente seguro

7. Las tres reglas básicas habituales del PLAN A de manejo de la diarrea son:

- a. Suero oral, abundantes líquidos, y continuar con la alimentación
- b. Suministrar líquidos parenterales, realizar un examen de heces e ingresar
- c. Dar antiparasitarios, continuar alimentación, orientar cuando regresar
- d. Todas las respuestas anteriores son correctas.
- e. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

Niveles de certeza:

No estoy seguro / Más o menos seguro / Seguro / Totalmente seguro

8. La guía AIEPI recomienda el uso de antibióticos en los siguientes casos de diarrea:

- a. Sospecha de cólera
- b. Disentería
- c. Diarrea con fiebre
- d. Todas las respuestas anteriores son correctas.
- e. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

Niveles de certeza:

No estoy seguro / Más o menos seguro / Seguro / Totalmente seguro

9. Según las recomendaciones de la OMS, el tratamiento de la otitis media crónica es:

- a. Secado del oído y quinolonas tópicas durante 2 semanas.
- b. Secado del oído y antibiótico oral apropiado durante 2 semanas.
- c. Secado del oído durante dos semanas.
- d. Todas las respuestas anteriores son correctas.
- e. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

Niveles de certeza:

No estoy seguro / Más o menos seguro / Seguro / Totalmente seguro

10. La consulta de seguimiento recomendada en la guía AIEPI para una niña/o de 3 años debe realizarse después de:

- a. 3 días en caso de neumonía no grave.
- b. 5 días en caso de disentería.
- c. 2 días en caso de otitis media aguda
- d. Todas las respuestas anteriores son correctas.
- e. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

Niveles de certeza:

No estoy seguro / Más o menos seguro / Seguro / Totalmente seguro

Para conocer su puntaje, las respuestas correctas y las últimas recomendaciones del MINSA y de la OMS sobre estos temas visite la dirección www.excellencis.org, e inscribase. Es sencillo, gratis, educativo y divertido.

Inducción del parto: Misoprostol vaginal, sólo en situaciones muy específicas.

En Nicaragua, el misoprostol (cytotec®) tableta oral de 200mcg, es utilizado en indicaciones obstétricas como la inducción del trabajo de parto.

El SILAIS Matagalpa preocupado por la utilización de este medicamento en esta indicación, nos preguntó lo siguiente: ¿Está indicado el misoprostol por vía vaginal en la inducción del parto, cuál es su dosis y sus principales reacciones adversas?

Este artículo presenta un resumen sobre el uso de misoprostol vaginal en la inducción del parto; su eficacia, seguridad, coste en comparación al método convencional (oxitocina) utilizado en la inducción del parto. La mayoría de la información proviene de las revisiones realizadas por el centro de revisiones sistemáticas de Cochrane.

Misoprostol más efectivo que métodos convencionales en la inducción del parto

En una revisión sistemática se encontró que el misoprostol vaginal administrado a dosis de 25 mcg cada 3 horas o más, resulta más efectivo que otros métodos convencionales (incluyendo oxitocina) para la maduración e inducción del trabajo de parto, riesgo relativo de imposibilidad de lograr parto vaginal dentro de un lapso de 24 horas (0,66^a IC 95 % 0,44 – 1).¹

Mayor frecuencia de complicaciones con el uso del misoprostol

La aparición de hiperestimulación uterina fue más frecuente con la administración de misoprostol vaginal que con oxitocina (RR: 2,22 IC 95% 1,77 – 2,79). La ruptura uterina se considera una complicación rara de la inducción de labor con misoprostol en mujeres con o sin cesárea previa, aún con dosis bajas.¹

^aSi el riesgo del grupo experimental es inferior al del grupo control, el RR es <1 (si se evalúa un evento deseado significa que el tratamiento es peor que el control, y si el evento es algo no deseado significa que el tratamiento es mejor que el control).

Manejo inadecuado de una presentación inapropiada.

En Nicaragua sólo está disponible la tableta de misoprostol de 200 mcg no ranurada para uso oral, registrada para su uso en el tratamiento de las úlceras gástricas (Dirección de acreditación y regulación de medicamentos y alimentos. MINSA)

La dosis de misoprostol que se reportó en el SILAIS de Matagalpa para la inducción del parto era de ¼ (50 mcg) de la tableta oral administrada por vía vaginal, repitiéndola a las 6 horas (100mcg) si fuera necesaria.

Según la OMS la dosis que se recomienda es de 25 mcg (comprimido vaginal) depositado en el fornix posterior de la vagina, esta dosis debe ser repetida en 6 horas si es requerida. Si no existe respuesta después de 2 dosis de 25 mcg, la dosis debe incrementarse a 50 mcg cada 6 horas. La dosis no debería exceder los 200mcg. Se recomienda el monitoreo estricto de la frecuencia cardíaca fetal y la contractilidad uterina durante y después de la administración del misoprostol.²

Misoprostol intravaginal recomendado por la OMS, sólo en situaciones muy específicas

En el 2005, un comité de expertos de la OMS analizó la evidencia sobre el uso del misoprostol para inducir el parto, dando como resultado su inclusión a la 14va lista de medicamentos esenciales en la presentación de comprimidos vaginales de 25 mcg, como alternativa a la oxitocina en la inducción de labor, pero advirtiéndolo sobre la necesidad de una vigilancia estricta por el personal de salud.²

La OMS recomienda utilizar el misoprostol vaginal solamente en 2 situaciones específicas²:

- Pre-eclampsia severa o eclampsia cuando el cervix no está dilatado y una cesárea segura no es viable o la criatura es prematura para sobrevivir.
- Muerte fetal en útero, si la mujer no

ha entrado en trabajo de parto espontáneo después de 4 semanas y las plaquetas están disminuyendo.

Los motivos de inclusión para estas indicaciones son los siguientes:

- La oxitocina no es eficaz en un cervix no dilatado.
- Los posibles efectos en el feto no son de preocupación en estas dos situaciones.
- El misoprostol es mucho más económico que dinoprostona (medicamento de elección en estas indicaciones específicas).

En conclusión

- El misoprostol vaginal es más efectivo que los métodos convencionales de inducción del parto.
- Sin embargo por la preocupación de los posibles efectos adversos sobre el feto, la OMS solo recomienda utilizar misoprostol como primera elección en la inducción del parto en situaciones muy específicas tales como; mujeres con preclampsia severa o eclampsia con cervix no dilatado o muerte fetal.
- La dosis recomendada es de 25 mcg intravaginal cada 4 a 6 horas. Dosis máxima 200 mcg.

Sería conveniente que se registre la presentación recomendada por la OMS y que se valore la inclusión de misoprostol vaginal en la lista de medicamentos esenciales de Nicaragua para las indicaciones antes mencionadas.

Referencias

1. Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM Misoprostol vaginal para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>.
2. World Health Organization . 14th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines. Misoprostol applications. 7-11 March 2005 [online] <http://mednet3.who.int/>

Manejo del síndrome de shock por dengue en niños/as: Cristaloideos son de primera elección

El dengue hemorrágico se caracteriza por 4 manifestaciones clínicas principales: fiebre alta, eventos hemorrágicos, frecuentemente hepatomegalia y, en casos severos, signos de falla circulatoria. Estas personas pueden presentar shock hipovolémico resultante de la fuga de plasma. A esto se denomina Síndrome de Shock por Dengue (SSD), y puede ser fatal.¹

La principal anormalidad fisiopatológica encontrada en el dengue hemorrágico es un aumento de la permeabilidad vascular que da lugar a una pérdida de plasma desde el compartimiento vascular. Esto resulta en hemoconcentración, baja presión de pulso, y otros signos de shock, si la pérdida de plasma se empeora. El segundo cambio es un trastorno en la hemostasis que involucra cambios vasculares, trombocitopenia y coagulopatía.¹

Desde las primeras epidemias de dengue en Nicaragua ha existido la controversia sobre el manejo del shock por dengue hemorrágico, particularmente sobre la mejor forma de manejar las pérdidas plasmáticas que llevan al shock y a la muerte, y sobre todo en niños/as, grupo con las mayores tasas de morbilidad y mortalidad en nuestro país. En este artículo presentamos la respuesta a una pregunta que frecuentemente se realizan en los servicios de pediatría sobre la efectividad comparada entre las soluciones coloides (Dextran 70, albúmina, y almidón hidroxietílico) y las soluciones cristaloides (solución Hartman, y solución salina normal), en esta indicación.

Cristaloideos con ventajas en el manejo de la hipovolemia por otras causas

No se encontraron revisiones sistemáticas (RS) que compararan coloides y cristaloides en el manejo del SSD en personas adultas, aunque sí para otras condiciones asociadas con hipovolemia. Un meta-análisis de 18 ensayos controlados aleatorizados (ECA), demostró un aumento de la mortalidad de

aproximadamente 6 %, con un NND^a = 17, en personas con hipovolemia, quemaduras o hipoproteïnemia que recibieron albúmina sola o en adición a las soluciones cristaloides, en comparación con los tratados con cristaloides. Este aumento se observó además en cada subgrupo de personas^{2,3}

Otro meta-análisis de 42 ECA y 2 revisiones sistemáticas (RS), una de ellas de la colaboración Cochrane, no encontraron aumento en la sobrevivencia de pacientes que recibieron albúmina, en comparación con los tratados con cristaloides. Además, un tratamiento con albúmina resultó 30 veces más caro que un tratamiento con cristaloides. En la RS del Grupo Cochrane sobre albúmina en personas críticamente enfermas se reportó un aumento significativo del riesgo de morir en el grupo que recibió albúmina, especialmente en personas con quemaduras o hipoalbuminemia. En la segunda RS, se reportó un aumento insignificante en la mortalidad en el grupo con albúmina.^{2,4,5}

SSD en niños/as: cristaloides tan efectivos como los coloides pero mucho mas económicos

Se encontraron solamente 3 ECA sobre el manejo del SSD en niños. El primer ECA incluyó a 50 niños/as vietnamitas de 5 a 15 años con SSD y comparó 4 regímenes de líquidos intravenosos para la resucitación aguda: 2 regímenes de cristaloides (Solución salina normal, y solución ringer lactato, 25 niños/as) y 2 regímenes de soluciones coloides (dextran 70 o gela fundin, 25 niños/as). Tanto cristaloides como coloides se administraron a una tasa de infusión de 20 mL/kg en la primera hora, seguidos de 10 mL/kg en la segunda hora. En las siguientes horas, todos los niños/as recibieron líquidos intravenosos a discreción del médico/a consultante con las guías OMS como referencia.

^aNND se refiere al número de personas que deben recibir el tratamiento para que se produzca 1 efecto desfavorable adicional. Este ejemplo debería interpretarse así: se necesitaría tratar con albúmina a 17 personas en estado de hipovolemia para obtener 1 muerte adicional de las que obtendríamos si tratáramos con cristaloides.



Todos los niños/as se recuperaron con el solo uso de la terapia IV, y no se encontró diferencias en la tasa de recurrencia de shock entre los grupos, ni en el requerimiento de más infusiones de cristaloides o coloides dentro de las 2 horas de infusión y recuperación completa del shock. Tampoco se encontró diferencia significativa entre los grupos en la duración media del shock.^{6,7}

El segundo ECA de 2001 se desarrolló también en Vietnam con otros 111 niños/as. Ambos estudios fueron similares en objetivos y procedimientos, excepto que en el ECA de 2001, todos los niños/as que no mejoraron o empeoraron, recibirían infusiones adicionales de coloides (dextran 70) a discreción del médico/a consultante. Todos los niños/as de ambos grupos se recuperaron, y no se encontraron diferencias significativas en el volumen total de líquido infundido hasta la recuperación total del shock o en la proporción de niños o niñas que requirieron infusiones adicionales después de la primera hora.^{7,8}

El último estudio, publicado en 2005, no encontró diferencias en cuanto a la necesidad de utilizar líquidos coloides de rescate en niños/as con síndrome de shock por dengue moderadamente severo en aquellos que utilizaron solución lactato de Ringer versus los que usaron Dextrán 70 ó almidón hidroxietílico (otro coloide). Solamente se observó que con la solución lactato de Ringer la recuperación del hematocrito era más lenta, así como el tiempo de recuperación inicial, el cual fue marginalmente más prolongado.^{9,10}

Efectos adversos ligeramente mas frecuentes con coloides

En el primer ECA mencionado, no se encontraron efectos adversos atribuibles al uso de coloides o cristaloides, sin embargo el tamaño de la muestra pudo haber sido insuficiente para la detección de reacciones adversas poco frecuentes. En el segundo ECA, 6 niños desarrollaron fiebre y escalofríos después de completar el tratamiento con coloides. Dos que recibieron coloides tuvieron recurrencia de shock, quienes sí respondieron al tratamiento con cristaloides. Uno en el grupo con gela fundin tuvo una severa epistaxis que requirió transfusión, y otro en el grupo dextran desarrolló un gran hematoma en un sitio de trauma menor. Treinta y cinco niños/as distribuidos por igual en los 4 grupos requirieron tratamiento diurético por 1 ó 2 días después de la recuperación del shock.⁷

Los coloides se recomiendan solamente como segunda alternativa

En una búsqueda de guías de práctica clínica sobre el manejo de la fiebre por dengue hemorrágico sólo se encontró una guía basada en opinión de expertos,

la cual recomienda que si el shock persiste después de iniciar la resucitación con líquidos cristaloides a 10 – 20 ml/kg/hora, deben ser administradas entonces las soluciones plasmáticas coloidales o expansores del plasma.¹⁰

Conclusiones

- En personas adultas, los cristaloides fueron más efectivos que los coloides (en términos de mortalidad) para tratar la hipovolemia producida por causas diferentes del SSD.
- Las soluciones cristaloides son tan efectivas como las soluciones coloidales en el manejo inicial de shock por dengue en niños/as, son más seguras y mucho más económicas. Expertos recomiendan el uso de coloides solamente cuando los cristaloides han fracasado en la reanimación inicial del shock por dengue.
- Existe un amplio consenso de que la terapia intravenosa con cristaloides debería ser universalmente utilizada en niños/as con fiebre por dengue hemorrágico o síndrome de shock por dengue.
- No se dispone de evidencia sobre resultados clínicamente importantes dentro de la primera hora de infusión, debido a que los ECA disponibles

midieron resultados a 1 ó 2 horas después de iniciar la infusión IV, pudiendo pasar inadvertidos efectos clínicos importantes antes de ese periodo.

Referencias

1. World Health Organization. Dengue haemorrhagic fever: Diagnosis, treatment, prevention and control. 2nd edition, 1997.
2. Alderson P, Schierhout G, Roberts I, Bunn F. Colloids versus crystalloids for fluid resuscitation in critically ill patients. The Cochrane Database of Systematic Review. Vol. (2), 2004
3. Thomson – Micromedex. Drug Information for the Health Care Professional. USP-DI 2006.1
4. Wilkes MM, Navick RJ. Patient Survival After Human Albumin Administration: A Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. Ann Int Med 2001; 135: 149 – 164.
5. Choi P T, Yip G, Quinonez L G, Cook D J. Crystalloids vs. colloids in fluid resuscitation: a systematic review. Critical Care Medicine, 1999;27(1):200-210.
6. Dung NM, Day NPJ, Tam DTH, et al. Fluid replacement in dengue shock syndrome: a randomized, double-blind comparison of four intravenous fluid regimens. Clin Infect Dis 1999;29:787-794.
7. British Medical Journal Group. Infectious disease: Dengue fever. Clinical evidence. Web publication date: 01 April 2005 (based on November 2004 search) con acceso en www.clinicalevidence.com el 03.07.06
8. Ngo NT, Cao XT, Kneen R, et al. Acute management of dengue shock syndrome: a randomized double-blind comparison of 4 intravenous fluid regimens in the first hour. Clin Infect Dis 2001;32:204-213.
9. Wills BA, Dung NM, Loan HT, et al. Comparison of three fluid solutions for resuscitation in dengue shock syndrome. N Engl J Med 2005;353:877-89.
10. Ministerio de Salud. Centro de Información en Medicina (CIMED). Consulta terapéutica ¿Cuál es la eficacia comparada de los coloides versus cristaloides, en el manejo del síndrome de shock por dengue en niños?. septiembre de 2005. Disponible en www.minsa.gob.ni

YASMIN® sin ventajas sobre otros anticonceptivos hormonales combinados

En Nicaragua Yasmin® ha sido ampliamente promocionado como anticonceptivo hormonal combinado (ACO), con supuestas ventajas sobre otros ACO con respecto a efectos benéficos sobre la piel y la ganancia de peso.

Desde 2002 la revista online Worstpill.org^a ha incluido a Yasmin® en la lista de medicamentos como “no usar”, las razones fueron las siguientes¹:

- 1.El componente drospirenona causa elevación sanguínea de los niveles de potasio que puede causar serios problemas cardíacos y otros problemas de salud como cambio en balance ácido de la sangre y debilidad muscular.
- 2.No existe evidencia que demostrara que Yasmin® fuera superior a otros anticonceptivos con más experiencia de uso.

^aWorstpill.org forma parte de la organización Public Citizen; grupo en los EE.UU sin fines de lucro, que defiende los derechos del consumidor en los Estados Unidos.

En una revisión del Centro Vasco de Información de Medicamentos se encontró que Yasmin® no tiene ventajas sobre otros anticonceptivos orales con mayor experiencia de uso, respecto a ganancia de peso, condiciones de la piel o síndrome premenstrual.^{2,3}

Además sus potenciales riesgos cardiovasculares y de tromboembolismo venoso no están adecuadamente documentados. También podría aumentar los niveles de potasio si se usa junto con fármacos con el mismo potencial (IECA, ARA II, diuréticos ahorradores de potasio o AINE durante largos periodos).^{2,3}

Los ACO tradicionales (ej. lofemenal) son mucho más económicos que Yasmin® (8 a 10 veces en Nicaragua).

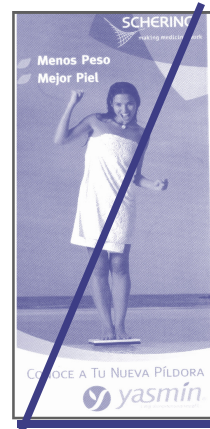
En conclusión:

- Yasmin® no ha demostrado ser más

eficaz y mejor tolerado que los ACO de mayor experiencia de uso

- Es mucho más caro que otros ACO.

Por lo tanto Yasmin® no debe ser recomendado como ACO de elección para el control de la natalidad.



Referencias

1. Worst Pills Best Pills , Reports of Blood Clots With the Use of the Oral Contraceptive Drospirenone With Ethinyl Estradiol (YASMIN) May, 2003. [online] 13 junio 2006. www.worstpills.org
1. Centro Vasco de Información de Medicamentos. ¿Anticonceptivos que hay de nuevo? Infac. Volumen 12. Septiembre/Octubre 2004. [online] www.osasun.ejgv.euskadi.net/
2. NHS. New Drug evaluation YASMIN. Vol. Nº 53. January 2003. [online] <http://www.nyrdtc.nhs.uk>



Promoción farmacéutica en Nicaragua: Reincidencia e irrespeto a la autoridad

Durante 2005, la Red de vigilancia de la promoción farmacéutica identificó varias irregularidades en la promoción de medicamentos. En la tabla siguiente se presenta un resumen de los problemas identificados, acciones tomadas por la DARMA y los resultados del monitoreo del cumplimiento de esas medidas.

Estas irregularidades reflejan la falta de respeto de la industria farmacéutica a las leyes nacionales y a los criterios éticos para la promoción farmacéutica de la OMS. Es necesario fortalecer los mecanismos de regulación para evitar que se viole la legislación y que los infractores reincidan, y que la industria farmacéutica asuma su responsabilidad.

Invitamos a todas las personas interesadas en apoyar el trabajo de la DARMA, a participar a título personal o a través de organizaciones civiles en la Red de vigilancia de la promoción farmacéutica poniéndose en contacto con; AIS Nicaragua, Apdo. Postal 184, Matagalpa, Nicaragua. Tel. 772 7356, Fax. 772 2458 ais_nicaragua@yahoo.es

Empresa y producto	Irregularidad notificada	Acción tomada por la DARMA	Resultado del monitoreo por la Red
Pfizer Viagra®	Afiches dirigidos a la población Violación ley 292 (arto 84) Notificada Septiembre 2004	En Marzo 2005 se solicitó retiro del material de las farmacias.	En abril 2006, continuaba este tipo de propaganda en farmacias de Matagalpa y León
Teramed- Nortripar®	Promoción de Indicaciones no autorizadas Violación ley 292 (arto 81) Notificado Septiembre 2004	En Febrero 2005 se suspendió comercialización y se ordena modificar prospecto	En mayo 2005 se confirmó el retiro del producto. En abril 2006, el producto no estaba disponible en farmacias de Matagalpa
Bayer - Levitra®	Afiches dirigidos a la población Violación ley 292 (arto 84) Notificado Abril 2005	Mayo 2005, inspección a farmacias para verificar la presencia de material y notificación de infracción a Bayer.	En abril 2006, continuaba este tipo de propaganda en farmacias de Matagalpa
Varias empresas Nortripar®, Plantax® y Zoxanid®	Promoción de indicaciones no autorizadas Violación ley 292 (arto 81) Notificado Octubre 2005	Octubre 2005, se orienta decomisar Plantax® y Zoxanid®	En abril del 2006, Nortripar® no estaba disponible. Plantax®, Zoxanid® y Takinox® se promueven en múltiples indicaciones

Código de Conducta para Medicamentos

Como una medida complementaria a la regulación de la buena terapéutica, en Australia desde 1960 se estableció una serie de normas para la comercialización y prescripción de medicamentos, se le denominó Código de conducta de medicamentos. El documento provee lineamientos para un apropiado comportamiento de la industria farmacéutica en las actividades de promoción dirigidas a profesionales de salud y público en general.

El fiel cumplimiento de estas normas corre a cargo de un comité. Las funciones asignadas al Comité involucran la recepción y evaluación de denuncias y la vigilancia y monitoreo de las actividades de promoción de medicamentos.

Las faltas son sancionadas con acciones correctivas y multas. El Código actual-

mente se encuentra en su 15va edición y como parte de su política de transparencia constantemente hace público las evaluaciones y las medidas adoptadas a las faltas detectadas.

En la tabla 1 (*ver página 10*) se presenta una muestra de sanciones impuestas entre julio 2004 y junio 2005.

En Nicaragua la regulación de las actividades de promoción son regidas por la Ley de medicamentos y farmacias. Esta ley presenta algunos vacíos en el procedimiento para sancionar las infracciones en la práctica no se aplican sanciones económicas.

El crecimiento agresivo de las actividades de promoción y constante desacato a esta ley por la industria farmacéutica plantea la necesidad de contar con nor-



mas claras que definan el procedimiento para el monitoreo de las actividades de promoción y enérgicos mecanismos de sanción a los infractores.

Referencia

- Medicines Australia. Code of Conduct. 14th ed. Canberra: Medicines Australia; 2003. / 2005 Code of Conduct Annual Report. Canberra: Medicines Australia; 2005. www.medicinesaustralia.com.au

Tabla 1. Sanciones por faltas al Código de Conducta de Medicamentos de Australia durante el periodo Julio 2004 - Junio 2005

Compañía	Marca	DCI	Infracción cometida	Sanción impuesta
Aspen	Tazac®	Nizatidina	Promoción de efecto no aprobado.	Retiro de material promocional.
Astra Zeneca	Symbicort®	Budenosina / eformoterol	Reunión promocional con comité revisor.	Multa \$ 25,000.
Bayer & GlaxoSmith Kline	Levitra®	Vardenafil	Promoción del producto en sitio Web educacional dirigido al público en general.	Retiro de publicidad al público en general de su web site y Multa \$ 100,000.
Boehringer Ingelheim	Asasantin®	Aspirina / dipiridamol	Promoción de productos antes de su aprobación para comercialización	Multa \$ 10,000.
Roche	Xenical®	Orlistat	Promoción de información. No balanceada por televisión	Multa \$ 20, 000.
Pfizer	Celebrex®	celecoxib	Publicidad engañosa al público en general. Envío de cartas promocionales a profesionales Sanitarios.	Multa \$ 30,000. Multa \$ 25,000



OMS promoverá investigación y desarrollo de medicamentos para necesidades específicas de países en desarrollo

La 59ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) reunida en Mayo en Ginebra (Suiza) resolvió crear una estructura internacional que defina prioridades y mecanismos de sostenibilidad para la Investigación y desarrollo (I+D) de nuevos medicamentos y tecnologías médicas esenciales, que satisfagan las necesidades, particularmente de los países en desarrollo.

El debate inició hace varios años cuando diferentes actores involucrados en la promoción del acceso a medicamentos esenciales, llamaron la atención sobre la casi ausencia de I+D de medicamentos para enfermedades que afectan a países en desarrollo. Así, entre 1975 y 2004, de 1,556 nuevos medicamentos aprobados sólo 18 eran para enfermedades tropicales. La Iniciativa de medicamentos para Enfermedades Olvidadas, grupo coordinado por HAI (Acción Internacional para la Salud), Consumer Project and Technology y Médicos sin Fronteras, es una expresión de esta preocupación.

Las discusiones en la 59ª aludían las deficiencias del actual sistema de pa-

tentes para responder las necesidades relevantes de salud pública y su función prioritaria donde los mercados son lucrativos y las utilidades son elevadas. La resolución aprobada por la 59ª AMS fue sustentada por un informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública (difundida en Abril del 2006), que insta a investigar cómo mejorar el acceso a insumos médicos para tratar enfermedades de alta incidencia en países en desarrollo, considerando las regulaciones en materia de propiedad intelectual.

Este informe, la resolución al Consejo Ejecutivo de la OMS presentada por Kenia y Brasil en Noviembre del 2005, y una Petición Mundial sobre investigación y desarrollo para las enfermedades olvidadas consensuada por 162 personalidades del mundo científico, ganadores del premio Nobel, funcionarios gubernamentales, ONG y respaldada por más de 2,500 científicos y expertos de todo el mundo; sirvieron de base para lograr el consenso.

Entre las principales recomendaciones de la 59ª AMS (WHA59.24. 27.05.06)

están: priorizar la salud y los medicamentos, procurar que los tratados comerciales consideren las flexibilidades establecidas en el acuerdo ADPIC, establecer un grupo de trabajo a fin de elaborar una estrategia y plan de acción que proporcione una base más firme y sostenible para actividades esenciales de investigación y desarrollo. Este plan debe proponer prioridades y objetivos claros para la investigación y el desarrollo orientadas por las necesidades de los países en desarrollo. El grupo deberá presentar el trabajo final ante la 61ª Asamblea Mundial de la Salud.

Referencias

- Promoverán I+D que atiendan necesidades de salud pública. Correo de AIS. Edición 85. Perú, Abril 2006. http://www.aislac.org/index.php?IDInforma=noticias/2006/noticias_29.htm
- CIPIH report: main recommendations. http://www.who.int/bulletin/volumes/84/5/CIPIH_report/en/index.html
- OMS. Salud pública, innovación, investigaciones sanitarias esenciales y derechos de propiedad intelectual: hacia una estrategia y un plan de acción mundiales. 59ª Asamblea Mundial de la Salud. Mayo 27, 2006. <http://www.aislac.org/>

¡ ALTO A ESTE TIPO DE PROMOCIÓN !



Estos panfletos con muestras médicas se distribuyeron con ediciones de La Prensa del 17/5/2006 y 7/6/2006.

“La publicidad para medicamentos de venta libre, deberá respetar los criterios éticos de promoción de la OMS.”

Ley de medicamentos y farmacias, arto. 66 reglamento

“Lo anuncios destinados al público en general deben incluir información sobre: principales indicaciones, precauciones, contraindicaciones y advertencias e información sobre el precio.”

Criterios éticos para la promoción de medicamentos de la OMS, arto. 16

“Muestras médicas al público: la distribución masiva con fines de promoción es de difícil justificación y deberían adoptarse medidas muy restrictivas (OMS). En Nicaragua, existe un vacío en la Ley 292 sobre este aspecto”

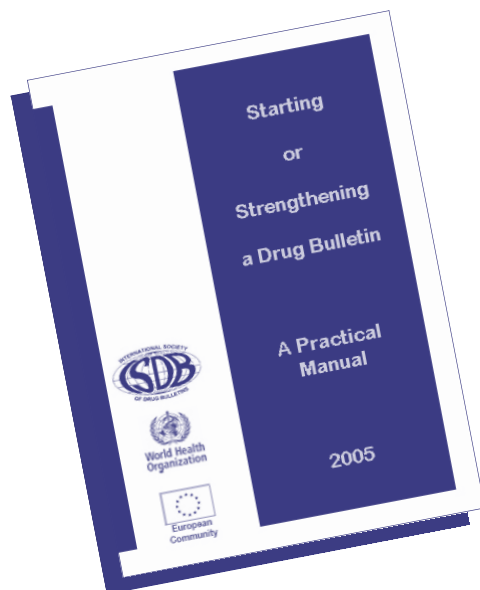
¡ LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN DEBEN RESPETAR LA LEY 292 !



Invitamos a las personas que quieren reaccionar frente a estas violaciones a unirse a la Red de vigilancia de la promoción farmacéutica.
Contáctanos: ais_nicaragua@yahoo.es

PUBLICACIONES

Cómo iniciar o fortalecer un boletín sobre medicamentos, un manual práctico (ISDB 2005)



Este manual elaborado por la ISDB (International Society of Drug Bulletins) está dirigido a quienes pretenden iniciar, ya editan o colaboran con un boletín sobre medicamentos; a organizaciones que patrocinan o financian un boletín y a todas aquellas personas interesadas en el uso racional de los medicamentos. Su propósito es ayudar a decidir sobre el estilo y el método más apropiado para editar un boletín, cómo organizarlo y consolidarlo.

En el manual se comparte la experiencia de boletines de diversas partes del mundo incluyendo el de AIS Nicaragua, a modo de recomendaciones sobre cómo definir los objetivos, el tipo de contenido y cómo obtener recursos para iniciar o sostener un boletín.

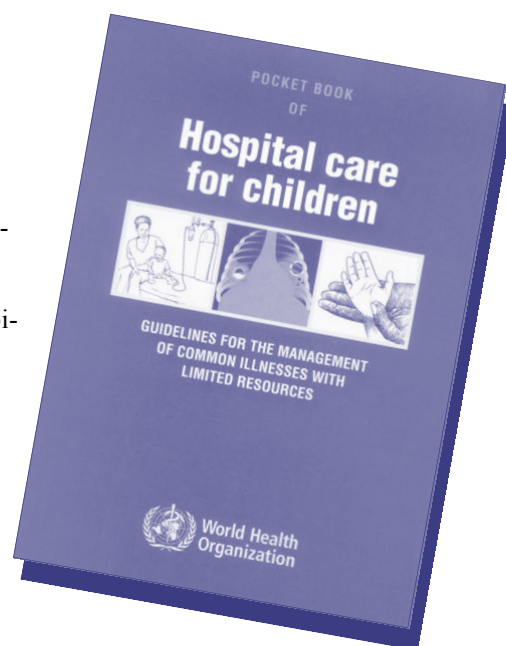
Una versión gratuita de este manual puede obtenerse en:
https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/startingstrengdrugbulletin.pdf

Manual para la atención pediátrica en hospitales pequeños (OMS 2005)

Es un manual enfocado en el manejo de las principales causas de mortalidad infantil, neumonía, diarrea, desnutrición severa, malaria, meningitis, sarampión, infección del VIH y condiciones relacionadas. Además aborda problemas neonatales y condiciones quirúrgicas de los niños/as que pueden ser manejados en hospitales pequeños. Sus recomendaciones están basadas en una revisión de las evidencias actualmente disponibles, sobre el manejo de niñas/os a nivel hospitalario y ambulatorio donde se cuenta con instalaciones básicas de laboratorio y medicamentos básicos.

Está dirigido al personal médico y enfermería asignados a la atención pediátrica en el primer nivel de atención en países en desarrollo. Es parte de una serie de documentos y herramientas de apoyo a la AIEPI.

Una versión gratuita de este manual puede obtenerse en:
http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/CHILD_HEALTH/PB.htm



humor

