

Carta a la Directora

Haba tonka, gin tonic, Sintrom y cocina creativa: a des-propósito de un caso***Tonka bean, gin tonic, Sintrom and creative cuisine: a case study***

Sra. Directora:

Los anticoagulantes cumarínicos o antagonistas de la vitamina K (warfarina, acenocumarol, fenprocumona) presentan una estrecha ventana terapéutica, por lo que los tratamientos con estos fármacos requieren minuciosos ajustes de dosis basados en el control de los parámetros de coagulación o Ratio Normalizado Internacional (INR). Pequeñas variaciones en el INR pueden suponer un importante incremento del riesgo hemorrágico o trombótico en el paciente, y estas variaciones con frecuencia vienen determinadas por interacciones con otros fármacos, con alimentos o con otros productos naturales. El consumo excesivo de ciertos alimentos, como los ricos en vitamina K (hígado o cereales verdes), papaya, té o proteínas de la soja, pueden alterar la eficacia o la seguridad de los anticoagulantes cumarínicos. También se han descrito interacciones clínicamente relevantes de los anticoagulantes cumarínicos con productos de origen animal (como el remedio chino guilinggao) y con determinadas plantas medicinales, en especial las ricas en cumarinas o con propiedades antiagregantes (angelica, fenogreco, jengibre, ginkgo, ginseng, sauce blanco, tamarindo, danshen, perlas de ajo, etc.). Se dispone de pocos datos para evaluar la prevalencia de este tipo de posibles interacciones, pero se ha descrito que en Estados Unidos, en 1997, el 18,4% de los pacientes tratados con fármacos consumían alguna planta medicinal o una vitamina a dosis altas¹⁻³.

Uno de los productos naturales de los que se señala que interacciona con los anticoagulantes cumarínicos merece un análisis individual: el haba tonka. La búsqueda en Google de *haba tonka* muestra 110.000 resultados en español. En ellos se informa de que es la semilla del árbol *Dypterix odorata*, originario de América tropical, que posee una fragancia evocadora de la vainilla y el clavo, que se ha utilizado como aromatizante del tabaco y también en cosmética. Además, en Internet abundan referencias y recomendaciones para su uso como condimento en repostería y en cocina creativa (la búsqueda de *haba tonka cocina* muestra 8.820 resultados), de manera que en la red se consiguen fácilmente recetas para elaborar especialidades culinarias como pollo de corral en pepitoria con haba tonka, bizcocho de cuajada y haba tonka, bombones de haba tonka, etc., algunas de ellas aportadas por cocineros de renombre. Igualmente, parece que si se ralla una pequeña cantidad de haba sobre el gin tonic le da un «toque singular» (la búsqueda de *haba tonka gin tonic* aporta 272 resultados).

Pero lo que confiere el aroma a vainilla al haba tonka es un anticoagulante, la cumarina, que constituye el 1% a 3% del peso total de la semilla fermentada, aunque en algunas variedades puede llegar al 10%, y también se ha aislado 7-hidroxycumarina⁴. A consecuencia de su contenido en cumarínicos, la ingestión de haba tonka implica importantes riesgos.

La Food and Drug Administration de Estados Unidos prohíbe la adición a alimentos de uso humano de cumarina y productos que la contengan, como el haba tonka⁵. En España, el Código Alimentario de 1967 prohíbe específicamente la incorporación a los alimentos de agentes aromáticos que contengan en su composición

cumarina o haba tonka^{6,7}, y no hemos encontrado ninguna norma que derogue esta prohibición.

A pesar de ello, el haba tonka puede adquirirse en tiendas de especias y de productos culinarios. Así, en la sección del *gourmet* de un conocido centro comercial se venden unos elegantes botes metálicos con 60 g de haba tonka a 9,99 €, con un etiquetado en el cual, junto con el contenido (haba tonka 100%), figuran recomendaciones de uso para aromatizar diversos postres y bebidas como el gin tonic, pero sin ninguna advertencia sobre los peligros asociados a su ingestión.

Nos encontramos, pues, además de ante un producto con una actividad anticoagulante considerable, con unas circunstancias derivadas de su uso particular que pueden incrementar su peligrosidad:

- Si un paciente en tratamiento anticoagulante es el consumidor final de una receta de cocina elaborada con este producto, sufriría una interacción fármaco-«alimento» con una relevancia clínica importante, por la adición de los efectos farmacológicos de ambos productos y asociada a alteraciones graves de la coagulación.
- En el envase del producto no se hace ninguna advertencia a los usuarios, a quienes no se les informa de su posible toxicidad ni de aspectos básicos como el de mantener el producto lejos del alcance de los niños.
- Los riesgos de un consumo abusivo de haba tonka pueden potenciarse, además, por las sugerencias que se hacen sobre su uso asociado al de una bebida alcohólica.

Prueba del riesgo que comporta el consumo de este producto es un caso encontrado en la búsqueda en Google con las palabras *haba tonka gin tonic*, en el cual, en un foro dedicado a la obtención del gin tonic perfecto, en un mensaje de diciembre de 2010 el usuario señala que para preparar un gin tonic ideal: «*el ingrediente . . . era el haba tonka*», que fue rallado en el gin tonic que consumió, pero además, como el haba tonka le produjo «curiosidad», masticó e ingirió la mitad de la semilla restante de la aromatización, con la consiguiente aparición de mareos, náuseas y vómitos como efectos de aparición rápida, apareciendo a las 24 horas una importante equimosis conjuntival que fue clínicamente atribuida a los esfuerzos vomitivos⁸.

Creemos que la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición debería aclarar la legalidad de la comercialización del haba tonka para los usos en que se publicita o recomienda, y tomar las medidas pertinentes si la comercialización no se atiene a ella. En el caso de que estuviera permitida, consideramos que debería incluir condiciones restrictivas para su comercialización; por ejemplo, que en el etiquetado figure que contiene cumarina, que se mencione la conveniencia de mantener el envase lejos del alcance de los niños, que su uso está contraindicado en pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales y que no se recomiende su incorporación a bebidas alcohólicas.

Bibliografía

1. Ulbricht C, Chao W, Costa D, et al. Clinical evidence of herb-drug interactions: a systematic review by the natural standard research collaboration. *Current Drug Metabolism*. 2008;9:1063-120.

2. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA*. 1998;280:1569-75.
3. Información técnica de Coumadin® (warfarina sódica); texto actualizado enero 2010. Bristol-Myers Squibb Pharma Company. Princeton, NJ, EE.UU.
4. Información de haba tonka en drugs.com. Disponible en: <http://www.drugs.com/npp/tonka-bean.html>.
5. Code of Federal Regulations (CFR). Title 21: Food and Drugs. Part 189 - Substances Prohibited From Use in Human Food. Section 189.130.
6. Decreto 2484/1967, de 21 de septiembre, por el que se aprueba el Código Alimentario Español. B.O.E. n° 248 de 17 de Octubre de 1967. p. 14180-7.
7. Conclusión del Código Alimentario Español aprobado por Decreto 2484/1967, de 21 de septiembre. B.O.E. n° 248 de 17 de octubre de 1967. p. 14423-48.
8. [ipunkrock.com](http://www.ipunkrock.com) (Consultado el 13/2/2010). Disponible en: <http://www.ipunkforos.com/viewtopic.php?f=2&t=254818&start=360>.

Antonio García Sabina^{a,*}, Miguel González López^b
y Ramón Martínez Pacheco^c

^a Servicio de Farmacia, Hospital Lucus Augusti, Lugo, España

^b Servicio de Hematología, Hospital Lucus Augusti, Lugo, España

^c Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica, Facultad de Farmacia, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antonio.garcia.sabina@sergas.es
(A. García Sabina).

doi:10.1016/j.gaceta.2011.04.005

La información sanitaria se enreda en la informática

Health information is hampered by an antiquated computer system

Estamos inmersos en la llamada «sociedad de la información», en la cual la adquisición, el almacenamiento, el procesamiento, la evaluación, la transmisión y la diseminación de la información, con vistas a la creación de conocimiento y a la satisfacción de las necesidades de las organizaciones, tienen un papel central. En el ámbito sanitario, los médicos utilizan aproximadamente un tercio de su tiempo registrando y sintetizando información¹. Si bien los profesionales reciben y producen mucha información, se requiere un «sistema» para que ésta pueda ser agregada, comparada y analizada; en definitiva, para que tenga utilidad práctica. Esta preocupación nos viene de antaño, ya que en 1971 la Organización Mundial de la Salud definió un sistema de información sanitario como «una estructura para la recogida, el procesamiento, el análisis y la transmisión de la información necesaria para la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios, así como para la investigación y la docencia»².

Actualmente nos encontramos en la era del desarrollo tecnológico, cuya aplicabilidad al manejo de la información es mayor de lo que podíamos imaginar. Sin embargo, no es suficiente tener un buen programa informático y que cada profesional disponga de un ordenador en la consulta. Para que un sistema de información sea eficiente, hay que tener claro qué hacer con él y ser capaces de llevar a cabo dicho cometido. Y es en este aspecto dónde el sistema sanitario está enredado. Si nos comparamos con otras administraciones del estado español, el sistema sanitario queda en una situación bastante atrasada, y sirvan como ejemplo las siguientes comparaciones.

En algunos servicios de urgencias hospitalarias, los médicos se ven obligados a reconstruir los antecedentes clínicos del paciente, ayudado por éste o sus familiares, ya que en muchos hospitales no hay una historia clínica única del paciente en la que se centralice su historial clínico. Esto está ocurriendo mientras el ciudadano recibe en su casa el borrador de la declaración de la renta con cuentas corrientes de las que ni se acordaba.

Compartir y comunicar información entre atención primaria y especializada es un aspecto deficiente, aunque ésta se facilite desde el mismo sistema público sanitario. Sin embargo, la Agencia Tributaria y la Administración de la Seguridad Social cruzan habitualmente sus datos para decidir si mantienen o reducen la cuantía de la pensión a sus afiliados. A su vez, los registros de la Seguridad Social se enlazan con el Registro de Mortalidad para dar de baja a los fallecidos (y que no sigan cobrando una pensión)³. ¿Por qué este cruce no puede hacerse con el sistema sanitario para que el

médico identifique que un paciente no acude a su consulta porque ha fallecido?

Para que un profesional sanitario consiga un listado de los pacientes atendidos en su consulta durante un periodo de tiempo, tiene que hacer una solicitud expresa y esperar que la unidad de informática correspondiente sea capaz de devolverle dicha información. Sin embargo, en un plazo máximo de 10 días cada español que se encuentre activo laboralmente puede solicitar y recibir en su domicilio su Informe de Vida Laboral, en el cual figuran las altas y bajas en los diferentes regímenes del Sistema de la Seguridad Social.

A la luz de estos ejemplos, nos cuestionamos el porqué de tantas diferencias entre administraciones, y sobre todo por qué no aplican todas los mismos o parecidos sistemas de información.

El problema en el sistema sanitario reside en las dificultades para crear información relevante, en la falta de homogeneidad y de sistematización en la recogida de la información, en la escasa y tardía difusión, y en el análisis incompleto de los resultados. Además, en el marco actual de descentralización administrativa ha aumentado la dispersión en los modos de generar y utilizar la información, debido al desarrollo desigual de los sistemas de información en cada comunidad autónoma⁴. Actualmente no contamos con indicadores mínimos de ámbito autonómico, ni central, que nos permitan comparar la situación de la atención sanitaria en España. Y sin buena información será difícil establecer comparaciones en el desempeño de los servicios de salud y evaluar los progresos.

En conclusión, y según el último informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria⁵, es necesaria una profunda reforma de los sistemas de información sanitaria, que se encamine hacia la creación de un sistema de información global.

Contribuciones de autoría

B. Moreno ha redactado en su totalidad este texto.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A la Junta de Andalucía (Consejería de Salud: 05/353, PI-0338/08, PI-0332/08 y Consejería de Innovación, Ciencia y Empresa: CTS-587, P10-CTS-5862) y al Ministerio de Sanidad y Política Social (Fondo de Investigaciones Sanitarias: RedIAPP RD06/0018/0039).