

consideración se apoya en su experiencia personal, como sabemos sometida a múltiples sesgos, pero también en algunas evidencias científicas<sup>3</sup>. ¿Qué puede estar ocurriendo?

En el efecto logrado por un medicamento debemos diferenciar el efecto farmacológico y el efecto placebo. El primero se produce por la interacción del fármaco con los receptores biológicos, y es independiente de la confianza; por el contrario, el efecto placebo es inducido por el propio individuo y requiere de su confianza. En los ensayos clínicos, por ejemplo, utilizamos el enmascaramiento para permitir que el placebo induzca su efecto.

Así pues, los genéricos que no concitan apoyo entre médicos y pacientes difícilmente resultarán igual de efectivos. Además, esta desconfianza del paciente, seguramente inducida en parte por la desconfianza del médico, se traduce en un mayor incumplimiento posológico, lo que redundará también en una menor efectividad, la cual reforzará las dudas de los médicos<sup>1</sup>.

Probablemente la solución esté en una mayor formación de los clínicos, y en campañas informativas dirigidas a los pacientes<sup>4,5</sup>, sin olvidar que hay intereses espurios en que se mantenga la duda. Además, en nuestra sociedad de consumo existen dos dogmas: que precio y calidad están directamente relacionados, y que la marca es la garantía del producto. Cuando afirmamos que los genéricos, más baratos y sin marca (en el sentido popular de la expresión), son igualmente eficaces, estamos atentando simultáneamente contra ambas creencias.

Se ha argumentado que la existencia de genéricos perjudica gravemente la capacidad investigadora de la industria. Esto no es cierto. Hay genéricos en el mercado porque el fármaco ya superó el tiempo de comercialización en exclusiva, y éste es el tiempo que se considera necesario para que la industria rentabilice sus inversiones. El debate, por tanto y en todo caso, estribaría en la duración del tiempo de comercialización exclusiva, y no en la lógica optimización de los limitados recursos públicos una vez existe competencia en el mercado.

Por último, y más allá de la cuestión económica, la prescripción de genéricos presenta un valor añadido en la medida en que el facultativo receta en términos de principios activos. Esto puede permitir aislarlo mejor de la influencia de las marcas. En esta misma línea argumental, quizás lo más razonable sería eliminar los

nombres de fantasía de las especialidades farmacéuticas, de forma que desde el principio de su comercialización saliesen al mercado bajo la denominación común española seguida del nombre del laboratorio propietario de la patente, al igual que ocurrirá una vez se conviertan en genéricos.

#### Contribuciones de autoría

F. Caamaño-Isorna es el único autor.

#### Financiación

Ninguna.

#### Conflictos de intereses

Ninguno.

#### Bibliografía

1. Sicras Mainar A, Navarro Artieda R. Influencia de la sustitución de medicamentos de marca por genéricos en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial y la dislipidemia. *Gac Sanit.* 2010;24:473-82.
2. Ruiz-Rico T, Moreno Villar A, Nacle López I. Algunas reflexiones sobre los medicamentos genéricos. *Farm Hosp.* 2008;32:182-3.
3. Cañadillas-Hidalgo FM, Sánchez-Álvarez JC, Serrano-Castro PJ. Consensus clinical practice guidelines of the Andalusian Epilepsy Society on prescribing generic antiepileptic drugs. *Rev Neurol.* 2009;49:41-7.
4. Federman AD, Halm EA, Zhu C. Association of in come and prescription drug coverage with generic medication use among older adults with hypertension. *Am J Manag Care.* 2006;12:611-8.
5. Valles JA, Barreiro M, Cereza G. Aceptación de los fármacos genéricos en equipos de atención primaria: efecto de una intervención educativa y de los precios de referencia. *Gac Sanit.* 2002;16:505-10.

Francisco Caamaño-Isorna<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Área de Medicina Preventiva, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España

<sup>b</sup> CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España  
Correo electrónico: francisco.caamano@usc.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.11.013>

## Consideraciones sobre la vacunación del adulto con enfermedad renal crónica

### Considerations in the vaccination of adults with chronic kidney disease

Sra. directora:

En España la prevalencia global de la enfermedad renal crónica ha sido estimada, según el estudio EPIRCE<sup>1</sup>, en un 6,8%, y en los mayores de 64 años aumenta hasta un 21,4%. No obstante, la prevalencia puede ser aún mayor en algunos grupos de riesgo. Un estudio realizado en atención primaria encontró que la prevalencia de enfermedad renal crónica en pacientes con diabetes de tipo 2 fue del 34,6%<sup>2</sup>.

Numerosos factores predisponen a los pacientes con enfermedad renal crónica a las infecciones, las cuales representan la segunda causa de muerte, en especial en los pacientes con insuficiencia renal terminal<sup>3</sup>. Pese a que muchos de los factores de riesgo para infección no son modificables (p. ej., edad o inmunosupresión),

pueden adoptarse algunas estrategias preventivas, incluyendo la reducción de la exposición a los agentes infecciosos de origen nosocomial (p. ej., evitando tanto los catéteres vasculares como los ingresos hospitalarios innecesarios) y las pautas efectivas de vacunación.

Entre las enfermedades inmunoprevenibles que afectan al paciente con enfermedad renal crónica, la neumonía neumocócica y la enfermedad neumocócica invasiva, así como la hepatitis B y la gripe, constituyen el blanco prioritario de las recomendaciones nacionales de inmunización de diferentes países, las cuales han sido objeto de revisión del grupo internacional Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO)<sup>4</sup>. No obstante, debido a la menor respuesta a la vacunación en los pacientes con enfermedad renal crónica, en especial en la insuficiencia renal terminal, existe controversia acerca de la efectividad de la vacunación en estos pacientes. Según una reciente revisión<sup>5</sup> comparando con pacientes sin enfermedad renal crónica, tan sólo entre el 50% y el 60% de los que tienen insuficiencia renal terminal desarrollan anticuerpos después de la vacunación contra la hepatitis B. Asimismo, sólo el 48% de los pacientes con enfermedad renal crónica mantienen

títulos protectores de anticuerpos 1 año después de la vacunación contra el neumococo.

En España, las últimas recomendaciones de vacunación del adulto del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad fueron publicadas en 2004, con una actualización para la vacuna del tétanos y la difteria en 2009. Además, hay diversos calendarios de vacunación en las comunidades autónomas, con similitudes y diferencias entre ellos. Al igual que en las guías internacionales recogidas por KDIGO<sup>4</sup>, los calendarios autonómicos del adulto comparten la indicación de las vacunas de la hepatitis B, neumocócica polisacárida y de la gripe en el paciente con enfermedad renal crónica; sin embargo, hay algunas diferencias en la indicación de otras vacunas. Asimismo, tanto en las recomendaciones nacionales como en las autonómicas, los pacientes con enfermedad renal crónica a menudo forman parte de un grupo heterogéneo en el que también están incluidos pacientes con otras enfermedades crónicas, por lo que pierden visibilidad como grupo diana importante.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, a continuación exponemos algunos puntos que consideramos que merecen atención en la vacunación de los pacientes con enfermedad renal crónica: primero, es preciso revisar las recomendaciones actuales de vacunación, teniendo en cuenta la variabilidad de la respuesta a la inmunización en estos pacientes, así como la epidemiología local de las distintas enfermedades inmunoprevenibles; segundo, conviene disponer de criterios unificados de vacunación para todo el territorio español; y por último, es necesario una mayor visibilidad de las recomendaciones específicas de vacunación del paciente con enfermedad renal crónica.

#### Contribuciones de autoría

A.E. González-Vélez y R. Rodríguez-Barrientos son los únicos responsables en cuanto a la concepción y el diseño final del manuscrito y su escritura, y se hacen responsables y aprueban la versión final.

#### Financiación

Ninguna.

#### Conflicto de intereses

Ninguno.

#### Bibliografía

- Otero A, De Francisco ALM, Gayoso P, et al. Prevalence of chronic renal disease in Spain: results of the EPIRCE study 1. *Nefrología*. 2010;30:78-86.
- Lou Arnal LM, Campos GB, Cuberes IM, et al. Prevalencia de enfermedad renal crónica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en atención primaria. *Nefrología*. 2010;30:552-6.
- U.S. Renal Data System: USRDS 2011 Annual Data Report: Atlas of chronic kidney disease in the United States. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Division of Kidney, Urologic & Hematologic Diseases; 2011.
- Kidney disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) [Internet]. New York: Excerpts of guidelines for immunization of patients with CKD against influenza, hepatitis B virus and pneumococcus in selected countries. (Consultado el 29/8/2012.) Disponible en: <http://www.kdigo.org/news.update.php>
- Holley JL. Immunization in patients with end-stage renal disease. [Monografía en Internet]. UpToDate; 2012. (Consultado el 29/8/2012.) Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

Abel Ernesto González-Vélez<sup>a,\*</sup> y Ricardo Rodríguez Barrientos<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

<sup>b</sup> Unidad de Apoyo Técnico, Unidad de Apoyo a la Investigación, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [abelernesto.gonzalez@salud.madrid.org](mailto:abelernesto.gonzalez@salud.madrid.org) (A.E. González-Vélez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.09.001>

## Reflexiones sobre las directrices de actividad física en España

### Reflections on physical activity recommendations in Spain

Sra. directora:

Existe cada vez más evidencia de que el sedentarismo es un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, y de que mayores grados de actividad física mejoran la salud de la población<sup>1</sup>. En el artículo recientemente publicado en su revista por Chodzko-Zajko et al.<sup>2</sup> se hace una revisión pormenorizada de las recomendaciones de actividad física para la población que figuran en las páginas web del Ministerio de Sanidad y de las Consejerías de Salud de las diferentes comunidades autónomas españolas, y se señala su falta de adecuación a las últimas directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2010<sup>1</sup>. Aunque sólo una comunidad autónoma (Andalucía) haya adecuado sus recomendaciones de actividad física a las realizadas para todo el mundo por la OMS<sup>1</sup>, esta misma organización destaca que lo realmente relevante, en salud pública, elevar los niveles de actividad física de la población, y para conseguirlo las directrices no son suficientes y «se deberían incorporar múltiples estrategias encaminadas a ayudar a las personas y a propiciar un entorno adecuado y creativo para la práctica de actividad física (...) con planteamientos multisectoriales y multidisciplinares (...) teniendo en cuenta las diferencias

culturales»<sup>1</sup>. Además, la evidencia científica nos dice que no hay garantías de que las directrices de actividad física de los organismos públicos encargados de la salud incrementen la adherencia a la actividad física<sup>3</sup>. Lo verdaderamente primordial, en prevención primaria, es aumentar el número de horas de actividad física en las escuelas, disponer de espacios seguros para la práctica de ejercicio físico, fomentar el uso de las escaleras en vez del ascensor, de la bicicleta para el ocio y el transporte, facilitar espacios como rutas para caminar e incentivar las caminatas, y promover el uso de podómetros sobre todo en la población sedentaria<sup>1,4</sup>. El asesoramiento y el consejo para aumentar la actividad física, desde atención primaria, también es una intervención relevante cuando se «vincula a la prevención y control de enfermedades no transmisibles, de la diabetes y la obesidad»<sup>1</sup>. A todo esto hay que añadir que, aunque las directrices de la OMS<sup>1</sup> se basan en la mayor evidencia científica, en algunos estudios se ha encontrado que grados de actividad física por debajo de las recomendaciones de la propia OMS ya generan una disminución del riesgo de determinadas enfermedades (cáncer incluido) y de mortalidad<sup>5</sup>. Otro aspecto importante en salud pública, y que no se comenta en el artículo de Chodzko-Zajko et al.<sup>2</sup>, es que, a pesar de que se cumplan las recomendaciones de actividad física que preconiza la OMS, permanecer más de un cierto número de horas sentado sin interrupciones presenta una asociación con mayor riesgo de obesidad y de síndrome metabólico<sup>6</sup>. Nosotros creemos que adecuar las directrices de actividad física que realizan los diferentes