

CARTAS AL DIRECTOR

¿Prescribimos correctamente el omeprazol?

Gastroprotección; Omeprazol; Prescripción farmacológica.

Sr. Director: El omeprazol es uno de los principios activos que más gasto genera dentro de los antiulcerosos, uno de los grupos farmacológicos con más impacto de facturación de farmacia en Catalunya.

El aumento del consumo de antiulcerosos (anti-H₂ e inhibidores de la bomba de protones) en los últimos años, en detrimento de los antiácidos, podría deberse al empleo conjunto y sistemático con AINE buscando gastroprotección.

Algunos estudios^{1,2} analizan las indicaciones de estos fármacos como gastroprotectores y observan con frecuencia la incorrecta prescripción, tanto por la falta de indicación como por ausencia de la misma cuando estaría indicada.

Los objetivos de este trabajo son conocer las diferentes indicaciones de prescripción del omeprazol en nuestra Dirección de Atención Primaria, así como identificar el origen de la misma. Para ello realizamos un estudio transversal en el que incluimos los nuevos tratamientos con omeprazol que 18 médicos de 3 áreas básicas realizaron durante 3 meses de 1999. Las variables objeto de estudio fueron: recetas prescritas de nuevos tratamientos con omeprazol, motivo de la prescripción, origen de ésta (propia o inducida), factores de riesgo que precisan de gastroprotección en caso de tratamiento con AINE: edad ≥ 64 años o edad < 64 años con antecedentes de úlcus, uso de corticoides vía oral y uso combinado de más de un AINE.

Sobre un total de 1.800 recetas de omeprazol prescritas durante los 3 meses 172 fueron de nuevos tratamientos (9,5%). En cuanto al motivo de prescripción, un 47,4% era debido a la toma concomitante de AINE (fig. 1), siendo la prescripción inducida –en cada una de las indicaciones– más frecuente que la propia, alrededor del 65%. La variable factores de riesgo que precisan de gastroprotección en caso de tratamiento con AINE observamos que un 40,7% de los pacientes era ≥ 64 años y el 35,8% eran pacientes < 64 años y sin ningún fac-

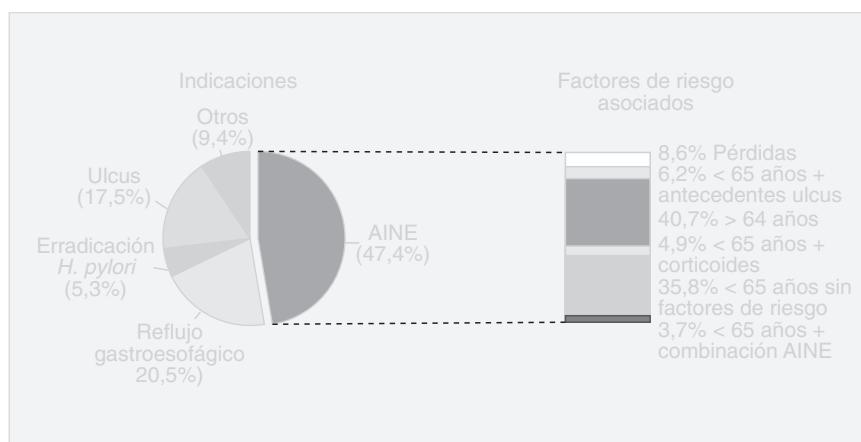


Figura 1. Prescripción del omeprazol. AINE: antiinflamatorios no esteroides.

tor de riesgo (fig. 1). No hemos encontrado ningún caso de indicación de tratamiento con omeprazol por insuficiencia renal, hipoalbuminemia, insuficiencia cardíaca o tratamiento con anticoagulantes orales. En algunos estudios^{2,3} se ha detectado que los médicos especialistas prescriben más omeprazol que los médicos de atención primaria; nosotros también observamos este hecho, aunque el número de casos recogidos limita la validez externa. Así mismo, y teniendo en cuenta estas limitaciones, coincidimos con otros trabajos publicados^{1,4} en que la prescripción de omeprazol en la mayoría de los casos (47,4%) tiene como finalidad la gastroprotección en la toma concomitante con AINE, y el elevado porcentaje de casos en que dicha indicación no está justificada (35,8%), por lo que no sólo tratamos sin evidencia de beneficio, sino que además lo hacemos con un fármaco de coste elevado.

Creemos que este último punto debería tenerse en cuenta a la hora de intentar reducir tanto los costes de prescripción farmacológica como los posibles efectos secundarios adversos debidos a interacciones medicamentosas.

**S. Riu i Moya, L. Bonet i Selga,
M. Fàbrega i Camprubí
y C. Ruiz Martín**

ABS Manresa-2. ICS. Barcelona.

1. Burrul M, Madridejos R, Gregori A, Busquets E. Antiinflamatorios no es-

teroideos y protección gastrointestinal: ¿prescripción adecuada en atención primaria? Aten Primaria 1996; 18 (9): 507-510.

2. Erviti J. Estudio multicéntrico prescripción-indicación de antiácidos y antiulcerosos en atención primaria. Aten Primaria 1999; 24 (3): 134-139.
3. Madridejos Mora R. Omeprazol y gastroprotección. Aten Primaria 1999; 23 (7): 441-444.
4. Sánchez Casado JI, Larrabe Medina J, Óscar Dos Santos J, Ojer Tsakiridu D, Ruiz Tamayo R, Bilbao Izaguirre J et al. Prescripción de antiinflamatorios no esteroideos y gastroprotectores. Adecuación a criterios de calidad en atención primaria. Aten Primaria 1997; 20 (3): 127-132.

De la medicina basada en la evidencia a la medicina basada en lo evidente

Ética; Medicina basada evidencia; Uso racional medicamentos.

Sr. Director: La celeridad con la que se producen cambios, tanto en medicina como en los demás aspectos de la vida, ha de ser equilibrada con buenas dosis de crítica y reflexión. Tras participar recientemente en un proyecto de ayuda humanitaria de 7 meses de duración en Nicaragua, creemos poder proporcionar algún apunte en este sentido.

La práctica médica se ha basado siempre en la tradición, hoy espoleada por el imparable avance tecnológico, la investigación clínica de alto nivel y el gran mercado terapéutico

médico-quirúrgico. Sin embargo, estos avances no son universales; viene bien recordar que únicamente favorecen a un mínimo porcentaje de la población mundial. En América Latina, África y Asia, la enfermedad más prevalente sigue siendo la pobreza y la injusticia social, que de momento no tienen cura.

Como muchos otros médicos, sabemos bien lo que significa ejercer la medicina sin posibilidad de acceso a pruebas analíticas ni radiográficas, con tan sólo el ingenio, un par de manos y un fonendoscopio, y no pudiendo prescribir casi nada dado que los pacientes no tienen dinero para medicinas, desgarrándose en una educación sanitaria con una población mayoritariamente analfabeta y con hábitos muy difíciles de cambiar. Así es como se ejerce hoy con tres cuartas partes de la población mundial, una medicina basada en lo evidente: la crudeza de una vida que marca reglas muy duras para el pobre. Esta situación no sería novedosa para nuestro bisabuelo o tío abuelo, a los que les tocó ejercer en condiciones parejas.

Ante los problemas mundiales, siempre surge una pregunta: «Y yo, ¿qué puedo hacer?», que suele ser contestada con silencio, pasividad o impotencia. Sin embargo, sí se pueden hacer cosas. El médico de familia tiene en su mano herramientas poderosísimas, entre las que destacan la prescripción y el consejo.

«Tirando de receta» se puede hacer mucho bien o mucho mal. Como se deduce del excelente artículo del Dr. Juan Gérvás sobre el abuso de la antibioterapia¹, aplicar el sentido común debe ser el primer movimiento del médico que, quiera o no, será siempre un agente de cambio en la conducta de sus pacientes. La moderación en el gasto farmacéutico y en otros no debería ser principalmente cuestión de gerentes pesados ni directores agobiados; debería partir de la conciencia del propio profesional², que no debe olvidar en qué mundo vive, un mundo en todo caso más grande que su zona de salud o incluso su país.

Dentro de la labor de consejo y acompañamiento en el tiempo³, que la atención primaria permite privilegiadamente, no nos deberíamos cansar de señalar los numerosos excesos que enferman a nuestra sociedad: exceso de calorías, de proteínas animales, de azúcares refinados, bebidas alcohólicas, tabaco, sedentarismo, drogas ilegales, polifarmacia, etc.

Atreviéndonos a ser educadores de salud dentro y fuera de nuestras consultas⁴, ya que ser médico no es sólo defender una posición detrás de una mesa.

Con todo esto, sólo nos gustaría añadir que la relación médico-paciente no implica únicamente a 2 personas. Si tenemos el suficiente grado de conciencia, podemos transformarla en una relación médico-humanidad, donde nos acordemos que somos muchos los que viajamos juntos.

S. Casado Buendía

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consulta privada. Madrid.

1. Gérvás J. La resistencia a los antibióticos, un problema de salud pública. Aten Primaria 2000; 25: 589-596.
2. Jolín L. Responsabilidad en la prescripción y relación con la industria farmacéutica. Aten Primaria 2000; 25: 507-508.
3. Martín Zurro A, Cano JF. Atención primaria. Barcelona: Doyma, 1994; 6-8.
4. Oakley P. Community involvement in health development. Ginebra: OMS, 1989; 8-18.

Prevalencia de la eyaculación femenina. Un estudio fracasado

Encuestas; Método investigación; No respuestas.

Sr. Director: La existencia de la eyaculación femenina, como expulsión a presión de un líquido durante el orgasmo, ajeno a las demás secreciones genitales propias de la excitación sexual, ha sido una creencia popular muy común durante centurias que careció de crédito científico hasta que la describieron algunos autores de reconocido prestigio. Pero no adquirió cierto interés entre los investigadores, y no se comenzó a hablar de ella en los medios de comunicación, hasta que Gräfenber la redescubrió, mediado el siglo XX, junto al no menos famoso *punto G*, que debe su nombre, precisamente, al patrón-mico del célebre ginecólogo alemán¹. Además del debate que existe sobre el polémico *punto*, la eyaculación femenina ha tenido servida su propia controversia desde el principio.

Son pocos los datos que se tienen sobre la frecuencia de este fenómeno entre las mujeres. Una investigación

comunica que un 60% de las mujeres refiere expulsar un líquido, sin eyaculación, durante el orgasmo. Las que lo eyaculan de un modo más o menos regular representarían otro 6% de ellas, existiendo un 13% que afirma haberlo hecho alguna vez en sus vidas².

No se dispone de nada parecido en nuestro país, razón por la que el autor intentó investigar este tópico enviando un cuestionario autoaplicado (de respuesta anónima) a 113 médicas residentes de segundo y tercer años que se encontraban haciendo la especialidad en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid durante el primer trimestre del año 2000. La edad media estimada en esta muestra es de unos 26 años. Previamente, se había probado la viabilidad del cuestionario en un grupo de 16 jóvenes recién licenciadas en medicina, que se encontraban en esos momentos preparando el examen MIR, a la que el autor tenía fácil acceso por las frecuentes visitas que hacía a nuestro servicio una de ellas que sirvió de portavoz. Sus respuestas eran, igualmente, anónimas.

El cuestionario despertó numerosos comentarios jocosos entre sus receptoras, y no pocas suspicacias que llegaron a oídos del autor; algunas dudaban de las intenciones científicas del mismo. Finalmente, de los 113 cuestionarios enviados, sólo se recibió *uno!* dentro del plazo establecido. Han pasado 5 meses desde que se remitió el cuestionario hasta el momento de escribir estas líneas, y sólo ha llegado otro más, a pesar de haberse remitido al mes de enviarse la encuesta otra carta rogando contestación. En total, pues, *dos respuestas!* (2% de los cuestionarios enviados).

¿Finalmente? En realidad, no. Pocos días después de enviarse esa carta, el jefe del Servicio de Psiquiatría donde trabaja el autor le hizo llegar el desasosiego que el director-gerente y el subdirector de docencia le habían transmitido a causa de dicha investigación. Al parecer, algunas de las encuestadas se habían sentido ofendidas en su intimidad y elevaron una protesta verbal ante las autoridades hospitalarias. El caso es que el autor tuvo que tomar la iniciativa de dar explicaciones ante instancias superiores sobre las intenciones de su encuesta.

Las cosas no fueron a más. Pero los resultados de la investigación tampoco.