

un fármaco de alta potencia se evidencia menos conveniente que el LZP.

Es necesario promover el uso racional de los fármacos para contribuir a un sistema sanitario equitativo y eficaz, en el que la implementación farmacológica se adecue a las necesidades reales e individuales, y las posibilidades diagnósticas y terapéuticas sean para toda la población.

## Agradecimiento

Al Dr. Oscar Bottasso por la revisión del presente trabajo.

## Bibliografía

1. Indec-Ministerio de Economía y Producción. INDEC. La industria farmacéutica en la Argentina. Primer trimestre del 2007. Argentina [citado 3 Ene 2008]. Disponible en: URL: [http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/13/farm\\_05\\_07.pdf](http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/13/farm_05_07.pdf).
2. Plan Estratégico Metropolitano. Región Rosario. Acuerdos Estratégicos Metropolitanos 2004. Rosario. Argentina [citado 14 Feb

2008]. Disponible en: URL: [http://www.pem.org.ar/biblioteca/articulos/plan\\_estrategicometropolitano\\_acuerdos\\_estrategicos\\_metropo.pdf](http://www.pem.org.ar/biblioteca/articulos/plan_estrategicometropolitano_acuerdos_estrategicos_metropo.pdf).

3. Drugs utilization review of benzodiazepine use in first nations and inuit populations. *Drugs Use Evaluation-Bulletin-September 2005- Canadá*. [citado 16 Abr 2008]. Disponible en: URL: [http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/nihb-ssna/\\_drug-med/2005\\_09\\_due-eum/index-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/nihb-ssna/_drug-med/2005_09_due-eum/index-eng.php).

Nora Beatriz Quaglia Planas\*, Jorgelina Paciaroni, María Mónica Elías y Mercedes Leiva

*Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, Universidad Nacional de Rosario, Argentina*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [nquaglia@fbioyf.unr.edu.ar](mailto:nquaglia@fbioyf.unr.edu.ar) (N.B. Quaglia Planas).

doi:10.1016/j.aprim.2008.12.008

## La visita domiciliaria como forma de enseñanza en la atención primaria de salud cubana

### The home visit as form of teaching in primary health care in Cuba

*Sr. Director:*

Desde 1983 se inició en Cuba la especialidad en medicina general integral, que constituye el perfeccionamiento del enfoque social de la medicina, premisa básica del sistema de salud de cualquier país del mundo. En la práctica cotidiana los médicos y el personal de enfermería de la atención primaria, combinando la atención individual con la familiar, actuarían de forma más eficaz sobre los problemas asistenciales. La familia, en conjunto con el individuo y la comunidad, es objeto de actuación profesional, no acudimos a la familia solamente para ver a un paciente enfermo, sino para evaluarla de forma integral, diagnosticar sus problemas y emprender acciones para solucionarlos, de ahí que la medicina familiar cubana sitúe la atención familiar de un área indiferenciada en un campo de actuación propio, con enfoque y paradigma definidos.

La forma de enseñanza, o forma organizativa docente, es la estructuración de la actividad conjunta del docente y los estudiantes para lograr los objetivos de una actividad determinada, dentro de ellas se describen la clase, la educación en el trabajo, el trabajo independiente, la consulta docente estudiantil, la actividad científica estudiantil y la práctica preprofesional<sup>1-3</sup>. Partiendo del principio que no se describe la atención domiciliaria (visita a la familia) como forma de enseñanza, nos propusimos realizar valoraciones teóricas y prácticas que justifiquen incluir esta actividad como tal, tanto en la formación de

estudiantes de pregrado como en el posgrado, lo cual resulta un programa en marcha en nuestro país.

La visita domiciliaria es la actividad conjunta que pueden desarrollar los docentes y educandos, para alcanzar los objetivos en la formación del profesional. Permite la incorporación de conocimientos, habilidades y valores, con metodología propia. Debe desarrollarse necesariamente en la práctica, aprovechando la diversidad de situaciones que aporta la familia. Permite, además, que cualquier evento que afecte a la salud individual pueda ser abordado en el contexto de una visita domiciliaria.

El método se basa en la solución de problemas mediante el trabajo independiente, que demuestra la capacidad de autonomía en un contexto de trabajo en grupo. La resolución de problemas es mayor en condiciones de actividad conjunta<sup>4</sup>.

Las habilidades a desarrollar son diagnosticar y tratar los problemas de salud de la familia, unidas a otras habilidades complejas, como interrogar, transcribir los datos a la historia clínica, elaborar, contrastar y comprobar hipótesis, decidir la terapéutica y evaluar resultados, además de habilidades de comunicación con el grupo.

Los medios empleados son las propias familias y las historias de salud familiar.

La evaluación se realizará mediante la observación del desempeño y la autoevaluación del estudiante.

De esta forma la visita domiciliaria, como práctica peculiar y distintiva de la medicina familiar, desde el punto de vista teórico y práctico, puede ser tipificada por primera vez en nuestro medio como forma de enseñanza en la atención primaria de salud.

## Bibliografía

1. Díaz Martínez PM, García Núñez R. Orientaciones metodológicas mínimas para el inicio de la labor docente. Cienfuegos. 2004.

2. Organización, Desarrollo y Control del Proceso Educativo en la Atención Primaria de Salud. La Habana: MINSAP; 2000. p. 1–6.
3. Reglamento para la Organización del Proceso Docente Educativo en los Centros de la Educación Médica Superior. La Habana: MINSAP; 1988. p. 13–24.
4. Louro BI, Infante PO, Cuesta FD. Manual de Intervención en Salud Familiar. 2000 [citado 29 Mar 2006]. Disponible en: [www.infomed.sldcu.bvs.aps.libros](http://www.infomed.sldcu.bvs.aps.libros).

Mabel Rocha Vázquez\* y María Aurelia San Juan Bosch

*Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mrv@cmc.cfg.sld.cu](mailto:mrv@cmc.cfg.sld.cu) (M. Rocha Vázquez).

doi:10.1016/j.aprim.2009.01.007

## Adecuación de la prescripción de antiinflamatorios

### Prescribing antiinflammatory drugs

*Sr. Director:*

El artículo de Carrillo et al publicado recientemente en esta revista<sup>1</sup> y titulado «Adecuación de la prescripción de antiinflamatorios no esteroideos y gastroprotección en atención primaria» concluye que la prescripción de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y la gastroprotección pueden considerarse inadecuadas en una cuarta parte de los pacientes. Esta conclusión no nos parece adecuada y precisa, en nuestra opinión, de una serie de puntualizaciones.

El consumo de AINE incrementa el riesgo de complicaciones digestivas a cualquier dosis y a cualquier duración del tratamiento. La sintomatología digestiva que presenta el paciente que toma AINE ha demostrado no ser un buen indicador para decidir qué pacientes necesitan gastroprotección. Los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de presentar una complicación digestiva están claramente definidos y se recogen en la [tabla 1](#)<sup>2,3</sup>.

Carrillo et al en su estudio consideran como prescripción inadecuada la prescripción conjunta de AINE con corticoides, anticoagulantes orales o ácido acetilsalicílico (AAS). Este hecho es contradictorio con su propio estudio, ya que posteriormente consideran adecuada la gastroprotección en estas situaciones. La referencia utilizada para considerar inadecuada la coprescripción de AINE con AAS, anticoagulantes o corticoides (MeReC Briefing Issue) no hace referencia en ningún momento a esta inadecuación, sino que considera estas situaciones como de riesgo. Por otra parte, hay recomendaciones más actuales, tanto en nuestro país<sup>4,5</sup> como internacionalmente<sup>6</sup>, sobre la prevención de toxicidad gastrointestinal por AINE. En ningún caso se considera la coprescripción como inadecuada. En el artículo de Carrillo et al la prescripción considerada inadecuada por toma conjunta de AINE con corticoides, anticoagulantes orales o AAS representa el 55,3% de las prescripciones inadecuadas. Por tanto, si se asume que esta prescripción no es inadecuada, el porcentaje de inadecuación se podría reducir hasta un 16,8% (80 de 476). Con estos resultados, las conclusiones deberían ser sensiblemente diferentes.

Los pacientes menores de 65 años presentan pluripatología de manera infrecuente. Son los pacientes mayores de 65

años los que requieren la asociación de AINE por patología inflamatoria a su tratamiento basal con corticoides, anticoagulantes orales o AAS. Por tanto, es posible que una edad avanzada como principal factor de riesgo de prescripción inadecuada sea simplemente consecuencia de considerar inadecuada esta coprescripción. Está muy establecido que la edad avanzada es un factor de riesgo de complicaciones digestivas y que necesita gastroprotección, pero no está establecido que sea inadecuado prescribir estos medicamentos a estos pacientes.

Otro punto importante es que los autores del estudio no hacen ninguna referencia en cuanto al tipo de tratamiento gastroprotector (inhibidores de la bomba de protones frente a antagonistas H2 frente a Coxibs). La evidencia científica muestran que los antagonistas H2 no son un tratamiento gastroprotector adecuado<sup>7</sup>. Sería interesante conocer qué porcentaje de tratamiento gastroprotector fue inadecuado debido al uso de fármacos ineficaces.

Finalmente, hay suficiente evidencia que avalan que los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina aumentan el riesgo de hemorragia digestiva, especialmente si se asocian a AINE<sup>3</sup>. Este factor debería tenerse en cuenta en estudios que valoran la indicación de la gastroprotección.

Teniendo en cuenta todos los puntos citados, es posible que sea necesario revisar las cifras de prescripción «inadecuada», tanto de AINE como de gastroprotección, que derivan del estudio de Carrillo et al<sup>1</sup>.

**Tabla 1** Factores de riesgo para la aparición de complicaciones digestivas en el paciente que recibe antiinflamatorio no esteroideo

Factores de riesgo	Aumento del riesgo
Historia previa de úlcera	5,2–6,7
Historia previa de complicación ulcerosa	12,6–18,9
Edad > 60 años	1,5–3
Edad > 75 años	3–6
Gravedad de la enfermedad de base	1,3–1,8
Dos AINE o AINE + antiagregante	12,7–14,5
AINE + anticoagulante	6,3–25,7
AINE + corticoide	4–12,7
AINE + ISRS	6–15

AINE: antiinflamatorio no esteroideo; ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.