

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).

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

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).

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 + corticóide	4–12,7
AINE + ISRS	6–15

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

## Financiación

El Instituto de Salud Carlos III ha financiado el CIBEREHD.

## Bibliografía

1. Carrillo Santistevé P, Amado Guirado E, De la Fuente Cadenas JA, Pujol Ribera E, Tajada C, Calvet S, et al. Adecuación de la prescripción de antiinflamatorios no esteroideos y gastroprotección en atención primaria. *Aten Primaria*. 2008;40:559–64.
2. Lanas A, García-Rodríguez LA, Arroyo MT, Gomollón F, Feu F, González-Pérez A, et al. Risk of upper gastrointestinal ulcer bleeding associated with selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors, traditional non-aspirin non-steroidal anti-inflammatory drugs, aspirin and combinations. *Gut*. 2006;55:1731–8.
3. Loke YK, Trivedi AN, Singh S. Meta-analysis: Gastrointestinal bleeding due to interaction between selective serotonin uptake inhibitors and non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008;27:31–40.
4. Calvet X, Gené E, Azagra R. Prevención de la toxicidad gastrointestinal por AINE en atención primaria. *Jano*. 2007;16:46:25–7.
5. Lanas A, Martín-Mola E, Ponce J, Navarro F, Pique JM, Blanco FJ. Estrategia clínica para la prevención de los efectos adversos sobre el tracto digestivo de los antiinflamatorios no esteroideos. Recomendaciones de la Asociación Española de Gastroenterología y de la Sociedad Española de Reumatología. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;26:485–502.
6. Chan FK, Abraham NS, Scheiman JM, Laine L. Management of patients on nonsteroidal anti-inflammatory drugs: A clinical

practice recommendation from the First International Working Party on Gastrointestinal and Cardiovascular Effects of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs and Anti-platelet Agents. *Am J Gastroenterol*. 2008;103:2908–18.

7. Rostom A, Dube C, Wells G, Tugwell P, Welch V, Jolicoeur E, et al. Prevention of NSAID-induced gastroduodenal ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(4)CD002296.

Emili Gené<sup>a,e,f,\*</sup>, Xavier Puigdengoles<sup>b,e</sup>,  
Xavier Calvet<sup>c,f</sup> y Rafael Azagra<sup>d,e</sup>

<sup>a</sup>Servei Urgencias, Hospital Sabadell, Institut Universitari Parc Taulí, Universitat Autònoma Barcelona, Barcelona, Espanya

<sup>b</sup>CAP St Fruitós, SAP Bages, Barcelona, Espanya

<sup>c</sup>Servei Digestiu Hospital de Sabadell, Institut Universitari Parc Taulí,

Universitat Autònoma Barcelona, Barcelona, Espanya

<sup>d</sup>Centre d'atenció primària Badia del Vallès,

Universitat Autònoma Barcelona, Barcelona, Espanya

<sup>e</sup>Grup de Patología Digestiva (CAMFiC)

<sup>f</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD)

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 29833egt@comb.es (E. Gené)

doi:10.1016/j.aprim.2009.01.009

## La polivalencia rural desde la práctica urbana

### Rural medicine aptitudes from the urban practice

*Sr. Director:*

El pasado mes de diciembre comencé lo que será mi último año y medio de formación en un centro urbano en Barcelona. Es un buen momento para recordar mis 2 meses previos de rotación rural.

En la consulta del médico rural encontré un armario, y su contenido difiere del de mi consulta actual: parte de ese material se encuentra en la consulta de la enfermera y parte no está en ningún sitio. El médico rural ofrecía una atención integral y polivalente que me sorprendió.

¿De qué depende el encuentro entre el médico y el paciente? De características varias del paciente, del médico y de la organización. En el proceso de la atención lo que cuenta es, sobre todo, la polivalencia y la competencia clínica del profesional. Cuanto mayor sea la polivalencia y la competencia clínica, mayor es la capacidad de resolución del médico<sup>1</sup>.

La polivalencia y la competencia clínica están relacionadas con la «integralidad», por definirse ésta como la respuesta a los problemas de salud frecuentes atendidos mediante la realización de las intervenciones que sean necesarias (lo que en un círculo virtuoso lleva a mantener la competencia clínica del médico)<sup>2</sup>.

El médico rural ofrece mayor polivalencia y atención integral que el médico urbano<sup>3</sup>, ¿por qué? Hay 3 factores fundamentales que pueden explicarlo:

El primero, la situación geográfica de aislamiento propia del entorno rural. Forzado por las circunstancias, el médico rural desarrolla capacidades y se surte de más material en la consulta, con el objetivo de disminuir las derivaciones al aumentar la capacidad de resolución<sup>4</sup>. Por ejemplo, tener una cizalla para retirar una escayola.

El segundo, la relación con la población atendida. Un mayor conocimiento «general» del paciente lleva a aplicar con mayor efectividad el teorema de Bayes, y a solicitar menos y más oportunas pruebas diagnósticas<sup>5</sup>. Además, este conocimiento lleva a un uso más racional de los recursos, al ofrecerse una atención más completa, cercana y adaptada al ambiente personal y social del paciente. Por contraste, en el medio urbano se suele desconocer gran parte de la vida del paciente fuera de la consulta.

Y el tercero, el mayor acceso al médico rural. En la organización rural no hay listas de espera para que el médico rural vea al paciente, y el médico atiende sus urgencias en la consulta o en el domicilio del paciente. A veces se ofrecen horarios alternativos, los familiares de los pacientes terminales que lo precisan tienen el teléfono del médico, etc. El mayor acceso da sentido a la mayor polivalencia, y viceversa. Por ejemplo, el material de sutura nos puede servir si atendemos urgencias como pacientes con heridas que requieren suturas. En el medio urbano, los pacientes se dirigen directamente a urgencias hospitalarias o a urgencias del centro de salud.