

explicación del fracaso preventivo: la «pandemia» mundial de hipovitaminosis D que afecta también a España, demostrada en distintos grupos de población, sobre todo personas mayores, incluyendo mujeres con tratamientos antiosteoporosis<sup>4</sup>, problema que parecen desconocer la mayoría de los profesionales y responsables sanitarios.

La insuficiencia de vitamina D imposibilita el adecuado aprovechamiento del calcio, y la carencia de ambos afecta a la osteoformación. Parece ineludible el uso en ancianos de suplementos, cuyo incumplimiento terapéutico es aún más frecuente que el de los tratamientos antirresortivos (comentado por García-Guerra), y se relaciona generalmente con el rechazo del calcio (dependiente de la dosis), o con la consideración de que se trata de un tratamiento redundante y de segunda línea. El incumplimiento de los suplementos se ha relacionado con el fracaso de los fármacos antirresortivos<sup>5</sup>.

Las prioridades de la solución serían: 1) vitamina D; 2) calcio; y 3) el fármaco antirresortivo, cada uno con dosis y administración apropiada.

Considerando el estatus nutricional y de vitamina D en la población española con mayor riesgo de fracturas, la gran mayoría debería recibir diariamente 800-2.000 UI de colecalciferol<sup>6</sup> y 300 mg de calcio<sup>4</sup>, asociación imposible de conseguir con los suplementos combinados para adultos disponibles, aunque sí con los tradicionalmente pediátricos. Así, aunque en los tratamientos preventivos se asocian los componentes adecuados, posiblemente las dosis utilizadas no estén siendo apropiadas. Esta incoherencia involucra de forma directa a las autoridades reguladoras de los medicamentos ya que, al no estar sometida la comercialización de los suplementos a los rigores de novedades terapéuticas o a los genéricos, aparentemente se autorizan con la mera verificación de la presencia y calidad de sus componentes, pero no de su eficacia, pertinencia o bioequivalencia, lo que hace pensar que también están siendo tratados por la administración sanitaria como terapias secundarias.

Administración, evaluadores y profesionales sanitarios deberían dejar de girar en torno a los dictados de los intereses comerciales para reflexionar conjunta y urgentemente

sobre el problema socioeconómico sanitario del aumento de fracturas ligado a la edad, analizándolo en su globalidad.

## Bibliografía

1. Guerra-García MM, Rodríguez-Fernández JB, Puga-Sarmiento E, Charle-Crespo MA, Gomes-Carvalho CS, Prejiguerio-Santás A. Incidencia de la fractura de cadera osteoporótica en Galicia en relación con la dispensación de medicamentos con indicación en su prevención y tratamiento. *Aten Primaria*. 2011;43: 82-8.
2. Instituto de Información Sanitaria. Estadísticas comentadas: La atención a la fractura de cadera en los hospitales del SNS [publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [citado 3 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>.
3. Imaz-Iglesia I, Rubio-González B, López Delgado ME, et al. Análisis coste-utilidad de los tratamientos farmacológicos para la prevención de fracturas en mujeres con osteoporosis en España. *IPE 63/2010*. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)-Instituto de Salud Carlos III-Ministerio de Ciencia e Innovación; diciembre de 2010 [citado 21 Feb 2011]. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/publicaciones/documentos/63.Osteoporosis.Coste.utilidad.farmacos.pdf>.
4. Quesada-Gómez JM, Sosa-Henríquez M. Nutrición y osteoporosis. *Rev Osteoporos Metab Miner*. 2010;2 [Epub ahead of print] [citado 21 Feb 2011]. Disponible en: <http://www.revistadeosteoporosisymetabolismomineral.com/Pdf/EPub/NutricionyosteoporosisCalcioyvitaminaDpdf.pdf>.
5. Adami S, Isaia G, Luisetto G, Minisola S, Sinigaglia, Gentiella R, et al. Fracture incidence and characterization in patients on osteoporosis treatment: The ICARO Study. *J Bone Miner Res*. 2006;21:1565-70.
6. Thacher TD, Clarke BL. Vitamin D insufficiency. *Mayo Clin Proc*. 2011;86:50-60. doi:10.4065/mcp.2010.0567. Disponible en: <http://www.mayoclinicproceedings.com/content/86/1/50.full.pdf+html>.

Ana Isabel Rigueira García

Área Sanitaria de Avilés-SESPA, Asturias, España  
Correo electrónico: [arigueira1@gmail.com](mailto:arigueira1@gmail.com)

doi:10.1016/j.aprim.2011.03.009

## Respuesta de los autores

### Author's reply

Sr. Director:

Queremos agradecer el interés en nuestro artículo<sup>1</sup> y compartimos plenamente la necesidad de la reflexión sobre este problema de gran magnitud.

El estudio sobre la evolución de la incidencia de la fractura de cadera en Galicia<sup>1</sup> fue ampliado a nivel nacional, reproduciéndose los mismos resultados. Estos fueron presentados en el Congreso Nacional de Medicina General celebrado en Granada en 2010<sup>2</sup>. Ambos estudios, de carácter observacional y no diseñados para probar hipótesis, reflejan nuestra realidad asistencial.

Los datos epidemiológicos acerca de la incidencia de la fractura de cadera en España muestran que Galicia es la segunda comunidad autónoma con menor incidencia, después de Canarias<sup>3</sup>. Comunidades con mayor índice de insolación, como Andalucía, Valencia, Baleares o Murcia, presentan tasas de fractura superiores, lo que hace presuponer que otros factores, además de la vitamina D, influyen en la osteoformación. Por otra parte, en el año 2009, la Biblioteca Cochrane<sup>4</sup> publicó una revisión sistemática, con el rigor metodológico al que nos tiene acostumbrados, en la que se pretendía aclarar, basándose en las pruebas disponibles, la función que representa la vitamina D en la prevención de fracturas asociadas a la osteoporosis senil o posmenopáusia. En dicha revisión, en la que se incluyeron 45 ensayos, se concluyó que los pacientes de edad avanzada

frágiles e institucionalizados pueden presentar menos fracturas de cadera si se les administra la vitamina D con calcio; sin embargo, su efectividad en los pacientes de edad avanzada, que viven en la comunidad, no está clara, como tampoco lo está la dosis de vitamina D que sería eficaz.

No se puede responsabilizar solo al incumplimiento del fracaso terapéutico. Son muchos los factores involucrados. Recientemente Abrahamsen et al.<sup>5</sup> publicaron los resultados de un estudio en el que se asocia el consumo prolongado de inhibidores de la bomba de protones (IBP) con la pérdida de eficacia de alendronato. En un país como España, a la cabeza de Europa en el consumo de IBP, es un factor adicional que se debe tener en cuenta. Además, el uso prolongado de bifosfonatos se ha relacionado con un incremento de las fracturas atípicas como refleja el estudio publicado por Park-Wyllie et al.<sup>6</sup>, lo que constituye, sin duda, otro motivo más para la reflexión.

Son muchos los factores etiológicos implicados en la fractura de cadera y el evidente fracaso en su prevención debe ser abordado de manera multidisciplinaria.

## Bibliografía

1. Guerra García MM, Rodríguez Fernández B, Puga Sarmiento E, Charle Crespo A, Gomes Carvahlo C, Prejigheiro Santás A. Incidencia de la fractura de cadera osteoporótica en Galicia en relación con la dispensación de medicamentos con indicación en su prevención y tratamiento. *Aten Primaria*. 2011;43:82-8.
2. Guerra García MM, Rodríguez Fernández B, Charle Crespo A, Puga Sarmiento E, Gomes Carvahlo C, Prejigheiro Santás A. Incidencia de la fractura de cadera en España en relación con la dispensación de medicamentos con indicación en su prevención.

En: XVII Congreso Nacional y XI Internacional Medicina General y de Familia. Granada: SEMG; 2010.

3. Serra JA, Garrido G, Vidan M, Maranon E, Branas F, Ortiz J. Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. *An Med Interna*. 2002;19:389-95.
4. Avenell A, Gillespie WJ, Gillespie LD, O'Connell D. Vitamina D y análogos para la prevención de fracturas asociadas con la osteoporosis senil y postmenopáusica [revisión Cochrane traducida]. En: Biblioteca Cochrane Plus Oxford: Update Software Ltd.; 2009, número 3. Disponible en: <http://www.update-software.com> [traducida de The Cochrane Library, 2009; Issue 2 Art no:CD000227. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.].
5. Abrahamsen A, Eiken P, Eastel RL. Proton pump inhibitor use and the antifracture efficacy of alendronate. *Arch Intern Med*. 2011.doi:10.1001/archinternmed.2011.20.
6. Park-Wyllie L, Mamdani M, Juurlink D, Hawker G, Gunraj N, Austin P, et al. Use and the risk of subtrochanteric or femoral shaft fractures in older women. *JAMA*. 2011;305:783-9.

María Mercedes Guerra-García<sup>a,\*</sup>, José Benito Rodríguez-Fernández<sup>b</sup>, Elías Puga-Sarmiento<sup>b</sup> y María Ángeles Charle-Crespo<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Farmacéutica de Atención Primaria, Centro de Saúde de Porriño, Xerencia de Atención Primaria de Vigo, Vigo, España*

<sup>b</sup> *Medicina de Familia, Centro de Saúde de Porriño, Xerencia de Atención Primaria de Vigo, Vigo, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

[maria.mercedes.guerra.garcia@sergas.es](mailto:maria.mercedes.guerra.garcia@sergas.es)

(M.M. Guerra-García).

doi:10.1016/j.aprim.2011.04.002

## Puntualización de la respuesta estudiantil

### Clarification of the student response

Sr. Director:

En respuesta al artículo de los doctores Alejandro Villena Ferrer et al<sup>1</sup> recientemente publicado, desearía mostrar mis felicitaciones a los autores por su artículo, así como realizar una serie de puntualizaciones en el uso que esta revista nos permite a todos.

Felicitarnos por lo acertado de vuestra frase («No se puede elegir lo que no se conoce») ya que es real como la vida misma, cuando contactamos con los alumnos del pregrado de nuestra facultad. A todos se les viene a la cabeza centros de salud llenos de pacientes en los que el médico de familia se dedica más a temas de «papeles» que a situaciones clínicas. Es lo que ellos nos comentan, si bien también te dicen que no quieren ser en el futuro ese médico de familia mediocre de una serie que a todos se nos venía a la cabeza. Tenemos para elegir varios... que para nada ha mejorado nuestra situación.

Recordar a todos que parte de la inmovilidad vetusta que nuestras universidades (y en especial facultades de medicina) está por nosotros motivada. Revisen la cuantía de solicitantes de plazas vinculadas con la universidad (casi

siempre los mismos) y el porcentaje de médicos de familia que disponen de su grado de doctor universitario. Es francamente pobre, sin añadir el escaso interés que en el pregrado mostramos en general los médicos de familia. Pueden revisar el número de solicitantes de plazas docentes en atención primaria: paupérrimo.

Recalco la importancia de que tenga el alumnado una gratificante e estimulante estancia en las rotaciones que en atención primaria realicen. Es el mejor caldo de cultivo para inducir a la elección de nuestra especialidad.

Es algo digno de elogiar el «desinteresado interés» que muchos tenemos en la docencia pregrado y posgrado, dado que no se reconoce de forma económica en la mayoría del Estado y en otras tan solo se gratifica con reconocimientos en currículum y en méritos a algunas plazas. Por todos es sabido que la docencia implica un mayor esfuerzo y dedicación tanto de forma sincrónica como al finalizar la jornada laboral asistencial, sin que se reconozca de la forma e intensidad adecuada.

Entiendo que debe ser labor consensuada y colegiada de todas las sociedades de la medicina de atención primaria nacional solicitar y presionar para que exista una docencia real en todas nuestras facultades de Medicina en forma de asignatura obligatoria. No podemos entender en la realidad asistencial nacional mayoritaria que es la atención primaria de la Sanidad nacional, tenga que convivir con médicos