

Consecuencias de la automedicación con medicamentos que requieren receta

Sr. Director: Querría felicitar a Barbero-González et al¹ por su trabajo sobre la dispensación sin receta médica de medicamentos que sí la exigen legalmente, ya que sin duda es un tema de gran interés, dado que estos estudios descriptivos ayudan a conocer cuáles pueden ser las medidas que se deben tomar para poder atajar el problema.

En estudios llevados a cabo sobre la automedicación no responsable con medicamentos que requieren receta se han encontrado también altos niveles de incumplimiento del requerimiento de la receta médica. Así, en Galicia, en una encuesta a pacientes, al 31% de los usuarios se les habían dispensado medicamentos que requieren receta sin la preceptiva prescripción médica², y encuestas a profesionales que trabajan en oficinas de farmacia han detectado que porcentajes elevados de farmacéuticos dispensan medicamentos que requieren receta médica sin que ésta se haya realizado³.

Si se quisiese extrapolar los resultados del estudio de Barbero-González et al¹ al conjunto del Estado español, debería tenerse en cuenta en la interpretación del trabajo, que las 17 comunidades autónomas están representadas de modo asimétrico puesto que de las 139 farmacias que participaron en el estudio, el 65% de ellas (90 farmacias) se encuentran situadas en 3 comunidades autónomas (Euskadi, Cataluña y Valencia), otras comunidades autónomas están representadas en menor número, mientras que hay 4 comunidades en las que no existe ninguna farmacia incluida en el estudio (Cantabria, Murcia, Baleares y Canarias). La automedicación no responsable con medicamentos que requieren receta puede presentar riesgos sanitarios, pero también puede generar conflictos entre pacientes y profesionales de atención primaria cuando éstos solicitan medicamentos bajo la excusa de «lo debo en la farmacia».

Palabras clave: Automedicación. Medicamentos con receta médica. Farmacia.

En ocasiones saltan a la luz casos de agresiones físicas a médicos por parte de pacientes que no han visto satisfecho su deseo de la cumplimentación de determinadas recetas médicas⁴, que muy probablemente no representen más que la punta de un iceberg. La necesidad de corregir la prescripción inducida en atención primaria por parte de oficinas de farmacia ya ha sido expresada por otros autores⁵.

Es, sin duda, la automedicación no responsable con antibióticos la más preocupante, dado que tiene consecuencias para la comunidad por generación de resistencias microbianas.

Otros países miembros de la Unión Europea están investigando la automedicación con antibióticos en España. Un estudio por investigadores de Finlandia realizado en Andalucía, entre finlandeses con residencia prolongada en España, ha encontrado que al 41% de aquellos sujetos se les había dispensado antibióticos sin receta médica⁶.

Los autores concluyen que en Finlandia no es posible adquirir antibióticos sin receta y que los pacientes están habituados a una estricta política en materia de antibióticos y afirman que la situación en España es debida a que hay un escaso control sobre el cumplimiento de las leyes que regulan la receta médica y las oficinas de farmacia.

Es perfectamente conocido que la tasa de resistencias microbianas es muy inferior en los países nórdicos comparados con España. En un reciente estudio en Suecia se ha detectado que sólo el 0,4% de los pacientes había consumido antibióticos sin receta⁷, y los autores atribuyen la enorme diferencia con los resultados en el sur de Europa al hecho de que en Suecia todas las farmacias pertenecen a una única sociedad pública, mientras que en el sur de Europa las farmacias compiten entre ellas.

Todos los implicados deberíamos encaminar acciones que prevengan la automedicación no responsable. Los profesionales sanitarios y la administración deberían implicarse en campañas de educación sanitaria a la población sobre las consecuencias negativas de la automedicación no responsable. La administración debería implementar los mecanismos de control de la legislación y reglamentación en materia de receta médica en las oficinas de farmacia y los farmacéuticos deberían adquirir una posición firme frente a la dispensación de

medicamentos de receta médica cuando ésta no se presente, siendo de utilidad el conocimiento de habilidades para enfrentarse a usuarios conflictivos que realicen peticiones fuera de la legalidad.

Eduardo Carracedo Martínez

Área Sanitaria de Santiago de Compostela.
Servicio Gallego de Salud (SERGAS).
La Coruña. España.

1. Barbero-González A, Pastor-Sánchez R, del Arco-Ortiz de Zárate, et al. Demanda de medicamentos de prescripción sin receta médica. *Aten Primaria*. 2006; 37:78-87.
2. Lado Lema E. Influencia de las actitudes y expectativas de los usuarios en la prescripción de medicamentos: un estudio de cohortes [tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2002.
3. Caamaño F, Tome-Otero M, Takkouche B, Gestal-Otero JJ. Influence of pharmacist's opinions on their dispensing of medicines without requirement of a doctor's prescription. *Gac Sanit*. 2005;19:9-14.
4. Siles N. Agredir a un médico del SNS se considera delito de atentado. *Diario Médico* 2005 Nov 5. [citado 10 marzo 2006]. Disponible en: <http://www.diario-medico.com>
5. Jubete-Vazquez MJ. Automedicación en España ¿Qué podemos hacer? *Aten Primaria*. 2004;34:445-6.
6. Vaananen MH, Pietila K, Airaksinen M. Self-medication with antibiotics-Does it really happen in Europe? *Health Policy* 2006. En prensa.
7. Svensson E, Haaijer-ruskamp FM, Lundborg CS. Self-Medication with Antibiotics in a Swedish General Population. *Scand J Infect Dis*. 2004;36:450-2.

Osteoporosis posmenopáusica y ultrasonidos

Sr. Director: En relación con el interesante artículo «Actitud ante una mujer posmenopáusica que consulta por sofocos y dis-

Palabras clave: Osteoporosis posmenopáusica. Ultrasonografía ósea cuantitativa. Densidad ósea.

pareunia» de los doctores Sánchez Mariscal et al¹, publicado en el número de febrero de esta Revista, quisiera añadir unos comentarios acerca de la densitometría ósea y sus indicaciones.

La definición actualmente aceptada de osteoporosis es la de una enfermedad esquelética sistémica caracterizada por una masa ósea baja y un deterioro de su microarquitectura, que aumenta la fragilidad ósea y el riesgo de fracturas. Aunque también contribuyen otros factores, esta definición implica que la masa ósea es el principal determinante para que se produzca una fractura y, de hecho, su cuantificación es la base diagnóstica de la osteoporosis². Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994 propuso un umbral de densidad mineral ósea (DMO) con fines diagnósticos, que procede de la distribución de la masa ósea en mujeres jóvenes sanas³. Debido a que la masa ósea en la población tiene una distribución normal los valores de DMO se expresan en forma de valores absolutos (g/cm²) y en desviaciones estándar, en relación con una población de referencia, reduciendo el problema asociado a las diferencias de calibración de instrumentos. Según la definición de la OMS, alrededor de un 30% de las mujeres posmenopáusicas tienen osteoporosis³. Estos datos coinciden con el riesgo de fractura que tiene una mujer a lo largo de su vida, que es del orden del 40%, y apoyarían el hecho de que entre un 85% y un 95% de las fracturas por fragilidad se asocian a una osteoporosis densitométrica. La baja sensibilidad de la densitometría ósea hace que no pueda recomendarse como técnica de cribado poblacional, aumentando su sensibilidad clínica cuando la masa ósea se mide en personas que presentan diversos factores de riesgo de fractura⁴.

Aunque la predicción del riesgo de fractura es mejor cuando se mide la DMO directamente en los huesos que se afectan con mayor frecuencia (columna vertebral y cadera), la medición en huesos periféricos es técnicamente más fácil. Múltiples estudios transversales y prospectivos, sugieren que la medición ultrasónica del hueso periférico puede ser una alternativa rápida y sin irradiación para determinar el riesgo de fractura⁵.

En nuestro estudio, realizado en mujeres posmenopáusicas⁶, se determinó la masa ósea a través de una ultrasonografía ósea

cuantitativa (UOC). Ésta mostró que un 50,4% de las mujeres tenía osteoporosis. Si hubiéramos aplicado los criterios de indicación de densitometría de la Agència d'avaluació de Tecnologia Mèdica y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, sólo estarían indicadas el 55,6% de las densitometrías. De las que no lo estaban, en un 41,2% la ultrasonografía ósea mostró osteoporosis.

Esto podría justificar la integración de la UOC entre las estrategias de cribado en atención primaria para identificar a mujeres posmenopáusicas en riesgo de sufrir fracturas osteoporóticas.

Javier Reyes Balaguer

Servicio de Alergia. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

1. Sánchez Mariscal D, Bailon Muñoz E. Actitud ante una mujer posmenopáusica que consulta por sofocos y dispareunia. *Aten Primaria*. 2006;37:167-72.
2. Peris P. Densitometría ósea, 2000. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:540-542.
3. WHO Technical Report Series 843 Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Ginebra: World Health Organization, 1994.
4. Genant HK, Cooper C, Poor G, et al. Interim report and recommendations of the World Health Organization task-force for osteoporosis. *Osteoporosis Int*. 1999;10:259-64.
5. Rodríguez García A, Martín Peña G, Vázquez Díaz M, et al. Estimación del riesgo de fracturas osteoporóticas mediante medición ultrasónica del hueso. *Rev Clin Esp*. 2000;200:193-7.
6. Reyes Balaguer J, Moreno Olmos MJ. Prevalencia de osteopenia y osteoporosis en mujeres posmenopáusicas. *Aten Primaria*. 2005;35:342-7.

Réplica

Sr. Director: Agradecemos los comentarios que, en su atenta carta, realiza Reyes Balaguer¹ sobre nuestro artículo «Actitud

Palabras clave: Posmenopausia. Sofocos. Dispareunia.

ante una mujer posmenopáusica que consulta por sofocos y dispareunia»² publicado en el número del 28 febrero de su Revista. Sin embargo, nos gustaría realizar algunas puntualizaciones a sus comentarios.

El hueso es uno de los tejidos con mayor actividad de recambio; desde el nacimiento la función de remodelado óseo mantiene un predominio de la fase de formación frente a la destrucción, de manera que la densidad mineral ósea (DMO) va aumentando desde el nacimiento hasta los 30-35 años, edad a la que se alcanza el pico máximo. A partir de esa edad se mantienen equilibradas formación/destrucción, que permanecen en meseta durante unos años. A partir de los 40-45 años se invierte el proceso de recambio fisiológico y predomina la acción de los osteoclastos (destrucción) sobre la de los osteoblastos (formación), dando como resultado una disminución progresiva de la DMO, por lo que, en determinadas situaciones, si no se ha alcanzado un pico de masa ósea adecuado o existen factores coadyuvantes, esta pérdida de masa ósea puede llegar a un punto crítico o umbral de fractura. La DMO es una variable con cambios fisiológicos que no deben inducir a medicar. De la misma manera que la hipercolesterolemia es un factor de riesgo para presentar cardiopatía isquémica, la DMO baja es un factor de riesgo para predecir fracturas, pero ninguna de las dos situaciones son en sí mismas una enfermedad.

Los criterios densitométricos de osteoporosis publicados por la OMS en 1994 establecen una gradación de la «pérdida de DMO», uno de los factores de riesgo para presentar fracturas, y no se deben utilizar para diagnosticar o tratar sin tener en cuenta otros factores.

Estudios epidemiológicos que han valorado el peso de la «densidad mineral ósea disminuida» frente a otros factores de riesgo no densitométricos (alteraciones de la microarquitectura o de la geometría y riesgo de caídas) muestran con claridad que son mucho más importantes los factores de riesgo no densitométricos que la DMO baja. Cummings et al³ constatan que en mujeres con DMO baja con pocos factores de riesgo, la probabilidad de fractura es menor que en aquellas con más factores de riesgo y densitometría normal, por lo que no se puede afirmar, como recoge Reyes, «...que la

DMO es el principal determinante para que se produzca una fractura...».

La asociación entre el riesgo de fractura y la DMO no es la misma a lo largo de toda la vida; este riesgo se incrementa con la edad y por debajo de los 65 años (sin otros factores de riesgo presentes) suele ser bajo. Sin embargo, con el paso de los años, para la misma persona con idéntica DMO y en presencia de otros factores de riesgo (riesgo de caída), el riesgo de fractura ósea puede ser hasta 40 veces mayor⁴.

Evidentemente, la baja sensibilidad (40%), y una especificidad del 85% que implica una tasa importante de falsos positivos, no permiten la utilización de la densitometría como prueba de cribado. Tras el diagnóstico de baja DMO y antes de iniciar un tratamiento, se debe tener en cuenta el valor predictivo positivo de la prueba. Este valor depende de la prevalencia de la enfermedad, por lo que la aplicación de la densitometría en poblaciones de bajo riesgo (< 65 años) resulta muy poco eficiente, dado el bajo valor predictivo positivo que presenta. Resulta muy recomendable para entender este tema de una manera amena el artículo de Materhs et al⁵, «El guardián y el mago». Aunque Reyes Balaguer¹ recoge que «...múltiples estudios transversales y prospectivos sugieren que la medición ultrasó-

nica del hueso periférico puede ser una alternativa rápida y sin irradiación para determinar el riesgo de fractura», actualmente, para medir DMO se recomienda usar la densitometría fotónica dual de rayos X (patrón de referencia) sobre la región anatómica que presenta riesgo de fractura (cuello de fémur y vértebras lumbares L2-L4). Aunque se ha utilizado la determinación de la DMO en huesos periféricos (falanges), no se dispone de estudios de referencia para valorar el valor predictivo de esta medición y el riesgo de fractura en otras localizaciones. Los ultrasonidos presentan una gran variabilidad de equipos y de técnicas de medición, que no permiten la comparación de parámetros. Sólo se ha demostrado su asociación con el riesgo de fractura a partir de los 65-70 años y no en todos los estudios⁶. Tampoco se ha conseguido correlacionar las mediciones entre la DEXA y los ultrasonidos en distintas localizaciones, por lo que los ultrasonidos no se recomiendan actualmente para el diagnóstico, el tratamiento ni el seguimiento de la osteoporosis⁷.

**Emilia Bailon Muñoz
y María Dolores Sánchez Mariscal**
Unidad Docente MFyC. Granada.
España.

1. Reyes J. Osteoporosis posmenopáusica y ultrasonidos. *Aten Primaria*. 2006;38: 62-3.
2. Sánchez Mariscal MD, Bailon Muñoz E. Actitud ante una mujer posmenopáusica que consulta por sofocos y dispareunia. *Aten Primaria*. 2006;37:167-72.
3. Cummings SR, Nevitt MC, Browner WS, Stone K, Fox KM, Ensrud KE, Cauley J, Black Dennis, Voght TM, for the Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *N Engl J Med*. 1995; 333:767-73.
4. Leslie WD, Metge C, Ward L. Contribution of clinical risk factors to bone density-based absolute fracture risk assessment in postmenopausal women. *Osteoporos Int*. 2003; 14: 334-338.
5. Mathers N, Hodgkin P. El guardián y el mago: un cuento de hadas. *BMJ*. 1989;298: 172-4.
6. McGrother CW, Donaldson MMK, Clayton D, Abrams K, Clarke M. Evaluation of a Hip Fracture Risk Score for assessing Elderly Women: The Melton Osteoporosis Fracture (MOF) Study. *Osteoporos Int*. 2002;13:89-96.
7. Grupo de trabajo de menopausia y posmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y posmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.

AGENDA

Cursos

Universidad de Valladolid
Facultad de Medicina
7.ª Edición Especialista Universitario
en Homeopatía

Inicio: 17 de noviembre de 2006.

Finalización: 15 de junio de 2008.

Preinscripción: hasta el 20 de octubre de 2006.

Información:

Fundación General de la Universidad de Valladolid.

Plaza de Santa Cruz, n.º 5.

47002 Valladolid.

E-mail: información@funge.uva.es