

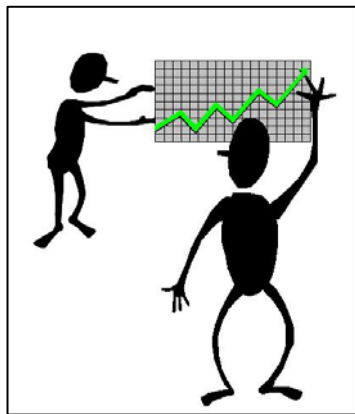
## Indicadores ¿de calidad? de prescripción: dónde, cuando, como y por qué

La prescripción farmacológica es un asunto complejo en el que intervienen numerosos factores y agentes. A pesar de no ser fácil, la evaluación de su calidad es de enorme importancia dado el gran impacto sanitario y económico de la utilización de los medicamentos.

El indicador de calidad de prescripción se ha definido como un elemento medible del ejercicio de la prescripción, para el que hay evidencia o consenso de que puede ser usado para evaluar la calidad y, por tanto, ser capaz de modular la calidad de la atención proporcionada.

Para que un indicador<sup>1</sup> sea útil debe ser:

- **Concreto:** cuanto mejor definido esté el enunciado, menor variabilidad de interpretación por los profesionales implicados.
- **Objetivo:** debe evitar evaluaciones subjetivas en la medida de lo posible.
- **Específico:** tiene que identificar únicamente "verdaderos problemas" de calidad en la prescripción
- **Clínicamente válido** de acuerdo con los conocimientos actuales de la evidencia y el conocimiento de los profesionales.
- **Relevante:** sólo se deben definir los indicadores necesarios para mejorar la calidad de la prescripción sobre nuestros pacientes.



- **Eficiente:** debe evitar duplicidades y grandes esfuerzos en la recogida de la información.
- **Priorizado** de acuerdo a su influencia en el resultado de la mejora de calidad de la prescripción.
- **Ágil:** el sistema debe permitir la transmisión rápida de la información a los prescriptores sobre la evolución de sus indicadores.

- **Flexible** para adaptarse a distintos niveles de agregación de la información según el nivel de usuario.
- **Fiable:** los resultados del indicador son atribuibles única y exclusivamente al prescriptor, sin influencias de agentes externos (como atención especializada, pacientes desplazados, sustituciones,...).
- **Integrado** con los sistemas de información existentes, que permitan comparar resultados con otros centros similares.

Además, para la correcta consecución de los mismos, deberían ser **participativos, consensuados y aceptados** por todos los agentes implicados en el proceso de evaluación de la calidad.

El año 1996, el profesor PJ Saturno<sup>2</sup> pronosticó que una correcta medida de la calidad de la prescripción se realiza mediante el análisis de la relación medicamento-enfermedad-paciente.

Ahora, la literatura española ha reflejado un creciente interés en conseguir que los indicadores de calidad de la prescripción sean válidos<sup>3</sup> y se han desarrollado sistemas de información ágiles y rápidos para su seguimiento por el propio prescriptor.

Estos indicadores de prescripción, ahora, forman parte de los "Acuerdos de Gestión", diseñados por la administración sanitaria de todas las CCAA para evaluar la calidad de la prescripción proporcionada por los facultativos sanitarios (médicos y farmacéuticos de AP y AE) a los pacientes, y en función de unos objetivos fijados establecer un incentivo. Y aquí es cuando la cosa se líaa.

En la blogosfera sanitaria se han podido leer debates referentes a la realidad de estos [Acuerdos de Gestión Clínica](#), sobre [la consecución de un uso racional del medicamento](#), reflexiones acerca de [cómo medir la eficiencia en el consumo de fármacos](#) o la aportación de la [Historia Clínica Electrónica a la calidad asistencial](#).

Los indicadores de calidad de prescripción que están incluidos en estos Acuerdos de Gestión 2009 se pueden conocer a través de los propios Sistemas de Salud, de publicaciones en la prensa sanitaria o a través de sociedades científicas.

La SVMFyC acaba de publicar en su web un documento donde realizan algunas consideraciones sobre los indicadores de farmacia del Acuerdo de Gestión de Atención Primaria para el año 2009 de la Agencia Valencia de Salud<sup>4</sup>. Concluyen, tras las argumentaciones expuestas (ver texto), que "el **Grupo de Medicamentos de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria** considera que los indicadores presentados por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios para el presente año **no son adecuados** para evaluar a los prescriptores y deberían ser sustituidos por otros con sentido clínico".

- 1.- [Lorenzo S y col. Claves para facilitar la implementación de las GPC durante el proceso de elaboración. Guías de práctica clínica en el SNS. 2007. En: <http://www.guiasalud.es>.](#)
- 2.- [Saturno PJ. Monitorización del uso de medicamentos para mejorar la calidad de la prescripción. Problemas, métodos e indicadores. Aten Primaria. 1996;18:331-9.](#)
- 3.- [Torrecilla-Rojas y col. Definición y validación de indicadores de calidad de la prescripción en atención primaria. Aten Primaria. 2006;37:273-7.](#)
- 4.- [http://www.svmfyc.org/Grupos/Publicaciones/INDICADORES\\_DE\\_FARMACIA\\_2009\\_CV\\_COMENTARIOS\\_GRUP\\_DEL\\_MEDICAMENT.doc](http://www.svmfyc.org/Grupos/Publicaciones/INDICADORES_DE_FARMACIA_2009_CV_COMENTARIOS_GRUP_DEL_MEDICAMENT.doc)

## Progresivo aumento de la prescripción de antiulcerosos en España

La revista Información Terapéutica del SNS ha publicado los datos de prescripción de antiulcerosos en España entre los años 2000 y 2008<sup>1</sup>, reflejando como principales resultados:

- un incremento de su utilización en este periodo del 200,8%
- modificación sustancialmente de su perfil de uso, disminuyendo el empleo de los Anti-H<sub>2</sub> y concentrándose la utilización en los IBP, sobre todo en el omeprazol.

El indicador utilizado para estos estudios de utilización de medicamentos es la dosis diaria definida por 1000 habitantes y día (DHD) y, si bien en los antidiabéticos este no refleja la realidad de la prevalencia de la enfermedad por existir terapia combinada de varios fármacos del mismo grupo terapéutico, en el caso de los antiulcerosos podemos asumir una relación directa, de tal manera que si en el año 2008 se han prescrito 100,26 DHD, quiere decir que actualmente **10 de cada 100 españoles adscritos al SNS están tomando un antiulceroso (y subiéndolo)**.

Lo que se desconoce es la indicación para la que se utilizan,

aunque el autor hipotetiza que mayoritariamente se emplean para la profilaxis de lesiones gastrointestinales inducidas por AINEs. Así, el incremento en la utilización de AINE en España ha conllevado, de manera casi paralela, un incremento en el empleo de antiulcerosos en general, y de los IBP en particular.

No obstante, considerando posibles efectos indeseados de la utilización sistemática de IBP<sup>2</sup>, **no todos los pacientes en tratamiento con AINE tienen por qué recibir un IBP.**

Comparando estos resultados con los de otros países, se desprende que los niveles de utilización en España son muy superiores a los declarados y publicados por organismos oficiales en otros Estados: solo 3,6 de cada 100 habitantes reciben un antiulceroso en Dinamarca o Noruega y 4 de cada 100 en Italia. ¿Por qué esta elevada utilización de antiulcerosos en España?

1.- [García del Pozo J. Estudio de utilización de antiulcerosos en España \(2000-2008\). Inf Ter Sist Nac Salud 2009; 33:49-54.](#)

2.- [Proton pump inhibitors and possible fracture risk. Aust Adv Drug Reactions Bull 28\(1\), Feb 2009](#)

## De la evidencia científica a la evidencia de la práctica de los antidiabéticos en España

Entre los pilares del abordaje terapéutico de la diabetes se encuentran, además del control de los niveles de glucemia y de los factores de riesgo cardiovascular, el tratamiento farmacológico, la modificación de los estilos de vida, y la educación sanitaria y autocontrol de la enfermedad. Si bien el binomio dieta-ejercicio debería ser el primer escalón del abordaje terapéutico de la diabetes, en la práctica el tratamiento farmacológico está casi siempre presente.

Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud<sup>1</sup> acaba de publicar una recopilación de la información sobre el **consumo de antidiabéticos en España desde 1992 hasta 2008**, obtenida de la base de datos que gestiona la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Política Social a partir de los medicamentos facturados a través de receta con cargo al Sistema Nacional de Salud.

El consumo conjunto de insulina y de fármacos antidiabéticos orales, expresados en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD) ha experimentado un notable incremento durante el periodo estudiado, pasando de **19,82 DHD en 1992 a 60,68 DHD en 2008** (6 de cada 100 pacientes están recibiendo antidiabéticos o insulina en España todos los días en 2008).

Pero esto no es cierto y es el gran problema que tienen los indicadores basados en recetas (todavía vigentes en la incentivación médica): como explica el autor, debe considerarse que la posibilidad de terapia combinada con dos fármacos es cada vez más frecuente en nuestro medio, con lo que la aproximación a la prevalencia de la enfermedad a partir del consumo de fármacos sería cada vez más lejana. Y eso sin contar con la triple terapia, cada vez más presente en ficha técnica de los nuevos antidiabéticos orales.

Este estudio desvela un aspecto positivo en la utilización de antidiabéticos orales en España: *la metformina considerada como fármaco de primera elección en todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (salvo intolerancia o contraindicación) es el fármaco antidiabético más utilizado, creciendo desde 1998, cuando ven la luz los resultados del estudio UKPDS, donde se demuestran sus posibilidades en los diabéticos obesos disminuyendo la mortalidad global y cardiovascular, con reducciones del riesgo de hasta el 40% de los eventos macrovasculares.*

La utilización de insulina ha aumentado durante los años estudiados. Dos aspectos describen en particular el perfil de utilización: 1) la tendencia hacia el empleo de presentaciones de mayor aceptabilidad para el paciente, como son las plumas precargadas y las jeringas desechables, y 2) la utilización se ha trasladado en un primer momento hacia el empleo de insulina de acción intermedia y bifásica, y a partir del año 2004, hacia la insulina de acción prolongada, y dentro de esta, hacia **la insulina glargina** cuyo perfil farmacocinético posibilita una pauta de administración en dosis única diaria en un alto porcentaje de pacientes.

En paralelo a este incremento de la prescripción de antidiabéticos, se ha apreciado un incremento de los costes, sobre todo por el mayor consumo de los nuevos sistemas de administración de las insulinas y las nuevas presentaciones de los análogos de insulina de coste unitario superior, por lo que los facultativos prescriptores poco pueden actuar sobre el importe del tratamiento de la diabetes.

1.- [García del Pozo J. Estudio de utilización de antidiabéticos en España \(1992-2008\). Inf Ter Sist Nac Salud 2009; 33:10-14.](#)