

## Indicadores de prescripción: "modus operandi" en UK

El Instituto de Innovación y Mejora del NHS ha publicado los indicadores de productividad<sup>1</sup> de los profesionales sanitarios ingleses, entre los que se encuentran los de prescripción. Al parecer, no difieren mucho de los que se manejan habitualmente en las diferentes comunidades autónomas del territorio español:

- Indicador de estatinas, centrado fundamentalmente en la prescripción de estatinas de bajo coste, simvastatina y pravastatina, frente al resto de estatinas. La justificación se basa en la orientación que la guía NICE<sup>2</sup> realiza para el tratamiento del riesgo cardiovascular y modificación de lípidos.
- Indicador de hipolipemiantes, igual que el anterior pero incluyendo la ezetimiba en el denominador.
- Indicador de inhibidores de la bomba de protones, basado en la prescripción de omeprazol y lansoprazol de menor precio, frente al resto (excluyendo especialidades farmacéuticas de liberación retardada y combinados para la erradicación de *H.pylori*)
- Indicador del sistema renina-angiotensina, teniendo como principios activos de elección a los IECA frente al resto, excluyendo las combinaciones, indicados para la hipertensión, el infarto de miocardio, la insuficiencia cardiaca y diabetes tipo 2 incluidas en el NPCi. También se utilizan en la enfermedad renal crónica.

MeRec<sup>4</sup> lo resume perfectamente y aporta enlaces a todas las referencias de guías y consejos que se realizan para la consecución de los objetivos.

Se detectan dos diferencias con la gestión de estos indicadores en España:

**Unificación:** mientras que el NHS aporta una guía para todas las áreas sanitarias de salud de UK, aquí, por ahora, tenemos una guía por cada comunidad autónoma, aunque GuíaSalud<sup>3</sup> está centralizando y validando todos los documentos elaborados, con la participación de todas las administraciones sanitarias y el Ministerio de Sanidad y Política Social. Lo único que falta ahora es una buena estrategia de implementación de las mismas en los lugares de trabajo de los médicos a los que les tiene que servir de base a sus prescripciones.

**Transparencia:** en la Web del NHS<sup>1</sup> se encuentran disponibles los valores obtenidos por las diferentes áreas sanitarias de los indicadores de incentiación, dentro de los cuales se encuentran los indicadores de prescripción, valorados según objetivo conseguido. En España es imposible encontrar la evolución de

los indicadores de las diferentes CCAA y se podría parodiar con la famosa frase de Martin Handford ¿Dónde está Wally?

A modo de ejemplo, en la tabla adjunta se describen los indicadores de la bomba de protones en el área sanitaria de *Londres*, donde se ordenan las distintas zonas básicas por cumplimiento de objetivo, oportunidades de mejora y modificaciones desde el periodo de estudio anterior.

Increasing low cost proton pump inhibitor prescribing

SHA: London				
National position	% of low-cost PPIs	Productivity opportunity	Change from last period	
1	Kingston PCT	93.98	£9	▲ +0.58
2	Tower Hamlets PCT	95.81	£9	▲ +0.17
3	Camden PCT	95.41	£9	▲ +0.07
4	Islington PCT	95.22	£9	▲ +0.36
5	Richmond and Twickenham PCT	94.20	£9	▲ +0.10
6	Hounslow PCT	93.96	£9	▲ +0.50
11	Brent Teaching PCT	93.54	£9	▲ +0.20
13	Southwark PCT	93.33	£9	▼ -0.04
15	Kensington and Chelsea PCT	93.12	£9	▲ +0.20
18	Sutton and Merion PCT	92.76	£9	▼ -0.24
20	Newham PCT	92.70	£9	▲ +0.65
23	Westminster PCT	92.45	£9	▼ -0.33
24	Wandsworth PCT	92.45	£9	▲ +0.52
25	Lambeth PCT	92.41	£9	▼ -0.07
26	Haringey Teaching PCT	92.40	£9	▲ +0.88
29	Waltham Forest PCT	92.02	£9	▲ +0.10
30	Hillingdon PCT	91.93	£9	▲ +0.33
35	Harrow PCT	91.43	£9	▲ +0.25
37	Havering PCT	91.34	£9	▲ +0.42
39	Bromley PCT	91.08	£9	▲ +0.44
NATIONAL TOP QUARTILE: Trusts above this line performed in the top 25% (31.66%)				
45	Greenwich Teaching PCT	90.50	£11,039	▲ +0.41
50	Hammersmith and Fulham PCT	90.37	£9,814	▲ +0.39
55	Bexley Care Trust	90.19	£19,426	▲ +0.72
59	Barnet PCT	90.10	£33,711	▲ +0.56
80	Lewisham PCT	89.55	£24,922	▲ +0.67
83	City and Hackney Teaching PCT	89.85	£12,619	▲ +0.75
87	Enfield PCT	89.53	£36,878	▲ +0.31
NATIONAL AVERAGE: Grey shading indicates poorer than average performance (88.43%)				
100	Ealing PCT	87.69	£90,292	▲ +1.32
106	Barking and Dagenham PCT	87.39	£43,151	▲ +0.58
109	Redbridge PCT	87.30	£76,193	▲ +0.38
118	Croydon PCT	86.37	£170,796	▲ +0.84

1. Indicadores de productividad. NHS.

<http://www.productivity.nhs.uk/default.aspx>

2. Cooper A et al. (2008) *Clinical Guidelines and Evidence Review for Lipid Modification: cardiovascular risk assessment and the primary and secondary prevention of cardiovascular disease London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners.*

3. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud.

<http://www.guiasalud.es/home.asp>

4. MeRec: <http://www.npci.org.uk/blog/?p=328>

## Otras noticias de interés...

El tratamiento con corticoides inhalados en niños con bronquiolitis no reduce ni previene la aparición de sibilancias

En niños, la infección por el virus respiratorio sincitial (VRS) causa frecuentemente bronquiolitis. Tras la infección suelen aparecer a corto plazo sibilancias recurrentes, así como

resistencia de las vías aéreas aumentada que puede perdurar hasta 10 años.

BMJ ha publicado un trabajo<sup>1</sup> que valora si el tratamiento antiinflamatorio con altas dosis de corticoides inhalados de larga duración iniciado tempranamente es eficaz sobre la aparición y severidad de sibilancias recurrentes.

El estudio es un ensayo clínico doble ciego, controlado con placebo, en el que participaron 243 niños previamente sanos, de edad menor de 13 meses, que ingresaron en el hospital con una infección respiratoria por VRS. Fueron aleatorizados a recibir 200µg de propionato de beclometasona 2 veces al día o placebo, ambos administrados con inhalador presurizado de dosis medidas y una cámara espaciadora, durante los tres primeros meses tras el ingreso en el hospital. La medida principal de resultado fue el número de días con sibilancias durante el año siguiente tras los 3 meses de tratamiento con corticoides.

Los resultados no mostraron diferencias en el porcentaje de niños que tuvieron sibilancias (61% en el grupo que recibió beclometasona vs. 62% en el grupo con placebo,  $p=0,90$ ) ni tampoco en el número de días con sibilancias ( $p=0,31$ ). En el subgrupo de niños que no necesitaron ventilación mecánica durante su ingreso ( $n=221$ ), beclometasona redujo ligeramente el número de días con sibilancias (reducción absoluta de un 4,3% vs. reducción del 2,1% en el grupo placebo,  $p=0,046$ ), pero no se apreciaron diferencias en la proporción de niños con sibilancias entre los dos grupos (59% en el grupo que recibió beclometasona vs. 60% en el grupo placebo,  $p=0,89$ ). La estancia media hospitalaria fue similar en ambos grupos.

Los autores concluyen que el tratamiento temprano con altas dosis de corticoides inhalados en niños durante los 3 primeros meses tras el ingreso hospitalario no es efectivo en disminuir la aparición de sibilancias, y que el uso generalizado de este tratamiento no debería ser recomendado.

El editorial<sup>2</sup> que acompaña al artículo comenta que este trabajo desmonta la hipótesis de que, si la respuesta inmunológica a la infección aguda inicial pudiera modificarse, se prevendría o reduciría la severidad y/o la duración de las sibilancias recurrentes. Las evidencias disponibles hasta ahora eran débiles: una revisión sistemática reciente<sup>3</sup> concluía que, aunque la administración de corticoides inhalados es un tratamiento seguro, no prevenía las sibilancias post-bronquiolitis, pero el escaso número de ensayos clínicos (5 ensayos) y los pocos niños participantes (374 niños) dificultaba establecer recomendaciones con un nivel alto de evidencia.

Con este trabajo, el primer gran ensayo clínico doble ciego controlado realizado, se puede concluir que este tratamiento no debería ser empleado para prevenir las sibilancias tras una bronquiolitis por VRS, recomendando por el momento, el tratamiento de soporte (fluidos, oxígeno, ventilación) en la fase aguda (adrenalina, broncodilatadores, corticoides, ribavirina y azitromicina no ofrecen ningún beneficio o pueden incluso ser lesivos en la fase aguda), y tratamiento sintomático cuando aparezcan las sibilancias subsecuentes.

1. [Ermers M et al. The effect of high dose inhaled corticosteroids on wheeze in infants after respiratory syncytial virus infection: randomised double blind placebo controlled trial. BMJ. Mar 2009; 338: b897.](#)

2. [Handforth, J., Friedland, J. S, Sharland, M. \(2009\). Inhaled corticosteroids after respiratory syncytial virus infection. BMJ 338: b164-b164](#)

3. [Blom DJM, Ermers M, Bont L, van Woensel JBM, Van Aalderen WMC. Inhaled corticosteroids during acute bronchiolitis in the prevention of post-bronchiolitic wheezing. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD004881.](#)

## IECA y ARA II en pacientes ancianos con enfermedad renal crónica, ¿tratamiento de elección?

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) recomiendan como tratamiento antihipertensivo de elección en pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) fármacos que actúan a nivel del sistema renina-angiotensina (IECA y ARA II) debido, principalmente a que han demostrado mejorar los parámetros de la función renal como albuminuria además de retrasar la progresión a nefropatía.

Sin embargo, estas recomendaciones parecen tener sus limitaciones según un estudio publicado en *Ann Intern Med*<sup>1</sup>, en el que se ha evaluado si las recomendaciones del tratamiento farmacológico con IECA y ARA II en pacientes con ERC son extrapolables a pacientes mayores de 70 años, grupo en el que se concentra mayoritariamente esta patología.

Se evaluaron los ensayos clínicos y las revisiones sistemáticas relacionados con ERC que sirvieron de referencia para las recomendaciones incluidas en las guías K-DOQI (Clinical Practice Guidelines on Hypertension and Hypertensive Agents in Chronic Kidney Disease) de la National Kidney Foundation de 2004 y 2007, JNC 7 (Séptimo Informe del Joint National Committee sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial) y Standards of Medical Care in Diabetes de la American Diabetes Association de 2008.

Los pacientes ancianos estarían escasamente representados en la mayoría de ensayos clínicos que evalúan la progresión de ERC y sustentan las GPC. En un 76 % de los ensayos se excluye, o directamente no se incluye a la población > 70 años. La única excepción es el estudio ALLHAT, donde la edad media de inclusión fue de 71 años, si bien, entre los objetivos principales del estudio no se encontraban variables relacionadas con la ERC.

Por otra parte, en base a la [encuesta NHANES](#), se estima que el 40.6% de la población > 70 años presentaría ERC, definida a partir del filtrado glomerular (FG) o la proteinuria. El 95.9% de pacientes presenta un FG < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>; pero sólo el 12.9% de los pacientes presenta un índice albúmina-creatinina ≥ 200mg/g. Esta limitación es relevante en la medida en que en la mayoría de estudios que avalan las GPC, la proteinuria era un criterio de inclusión, mientras más del 85% de los ancianos con criterios de ERC no la presentan.

En el editorial<sup>2</sup> adjunto se recuerda a los clínicos que las causas más comunes de enfermedad renal terminal (ESRD) entre las personas ancianas con ERC son el daño renal agudo secundario a contrastes radiológicos, la administración de antiinflamatorios o el agravamiento de la insuficiencia cardiaca.

Ante un paciente anciano con ERC es recomendable efectuar anualmente un cribado de FG y de albuminuria. Resulta también de especial atención evitar la iatrogenia ajustando fármacos al FG, evitando el uso de AINE y la asociación de fármacos que retienen potasio, entre los que curiosamente se encuentran tanto IECA como ARA II, por lo que su administración en estos pacientes, puede empeorar la ERC.

1. [O'Hare et al. Current Guidelines for Using Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors and Angiotensin II-Receptor Antagonists in Chronic Kidney Disease: Is the Evidence Base Relevant to Older Adults. Ann Intern Med 2009; 150: 717-24](#)

2. [Sarafidis PA and Bakris GL. Ann Intern Med 2009;150:731-33](#)