

también se afirma que pueden llegar a ser ineficientes si sólo se plantean como una política de contención de costes³. En cuanto al contenido de la educación, cabe recordar que la tabla de Sheffield⁴, elaborada a partir de la información recogida en la cohorte de Framingham, es una guía en la indicación de estatinas (no cualquier hipolipemiente), en pacientes sin enfermedad coronaria y con un riesgo coronario (no cardiovascular) por encima del 3% anual. ¿Asumen los autores que el desconocimiento de los ensayos clínicos y las guías de práctica son la causa o un componente del consumo en hipolipemiantes?, ¿todos los médicos deben disminuir su consumo por igual?, ¿en algún momento del estudio se han recogido características de los pacientes en relación con el riesgo coronario? Hay un cuerpo de conocimientos que afirma que aumentar la información no conlleva cambios sustanciales en la práctica asistencial.

La medida del efecto utilizada, por lo que dan a entender, es la DDD de hipolipemiantes por facultativo, sin tener en cuenta ni el número ni las características de la población asignada a cada uno de ellos.

La unidad de análisis parece ser el centro de salud. Es lógico en la medida que la intervención educativa es para todos los profesionales de un centro y evitan el efecto de contaminación. Ahora bien, está establecido en la bibliografía⁵ que es conveniente seleccionar la unidad de análisis (área sanitaria, centro de salud, profesionales) en función del interés de nuestra investigación.

De mayor trascendencia es la dificultad que como profesionales asistenciales tenemos para colocarnos en la perspectiva de los investigadores. ¿En base a qué criterio dan por sentado la «sobreprescripción» de hipolipemiantes? En los resultados equiparan la no detección de diferencias en consu-

mo con no detección de diferencias en el aspecto de adecuación de la prescripción (dar a quien lo precisa y no dar para quien no lo precisa). Nos preguntamos si los investigadores se hubieran dado por satisfechos obteniendo una reducción en el consumo de hipolipemiantes, y esta respuesta es la clave para entender nuestras diferencias en la perspectiva: si uno se sitúa bajo el prisma de la gestión economicista, el objetivo es reducir costes; bajo la perspectiva de la gestión clínica, el objetivo es adecuar el tratamiento en función del riesgo y de los recursos que la ciudadanía se ha querido otorgar. Efectivamente, el gasto en farmacia y su crecimiento en España es desorbitado, y hay que tener en cuenta cada elemento integrador de la baraja: circuito comercial del medicamento, exigencias y necesidades de la población, hábitos de prescripción de los profesionales y falta de decisión de la Administración a la hora de adoptar medidas⁶. El profesional debe asumir la parte de responsabilidad que le corresponde y todos los actores deben colaborar para asegurarse de que la población recibe la mejor atención posible dentro de la que libremente han elegido en las urnas.

**A. Luque Garrocho,
M.J. Hernández Jiménez,
E. Charques Velasco
y M.M. Alonso Martínez**

Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

1. Latour Pérez J, Díaz Mondéjar R, De la Vega Ortega AI, Carrión Carrión C, García Herrera JL, Peñarroja C et al. Fracaso de una intervención educativa para modificar la prescripción de hipocolesterolemiantes en atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26: 245-248.
2. Soumerai SB, McLaughlin TJ, Avorn J. Improving drug prescribing in primary care. A critical analysis of the experimental literature. *Milbank Q* 1989; 67: 268-317. Referido en: Anderson GM, Lexchin J. Strategies for im-

- proving prescribing practice. *Can Med Assoc J* 1996; 154: 1013-1017.
3. Greenhalgh T. Effective prescribing at practice level should be identified and rewarded. *BMJ* 1998; 316: 750-753.
4. Bloor K, Freemantle N. Fortnight review: lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure II: influencing doctors. *BMJ* 1996; 312: 1525-1527.
5. Ramsay LE, Haq IU, Jackson PR, Yeo WW, Pickin DM, Payne JN. Targeting lipid lowering drug therapy in primary prevention of coronary disease: an updated Sheffield table. *Lancet* 1996; 348: 387-388.
6. Benavent Areu J, Pinyol Martínez M, Casajuana Brunet J, Bordas i Julve JM, Botinas Martí M, Diogene i Fadini E et al. El gasto farmacéutico público en atención primaria: asignando responsabilidades, proponiendo soluciones. *Cuadernos de Gestión* 1997; 184-200.

Respuesta de los autores

Sr. Director: Ante todo, queremos agradecer a Luque et al la oportunidad de clarificar algunos aspectos de nuestro artículo¹ que pudieran haber conducido a confusión en una lectura superficial o sesgada del mismo.

Respecto a la claridad del objetivo del estudio, éste se encuentra definido en el último párrafo de la introducción, que reproducimos textualmente: «El objetivo de este estudio es determinar si una doble intervención educativa realizada a facultativos de atención primaria (entrevista personalizada e intervención de un líder de opinión) es efectiva para modificar sus pautas de prescripción de hipocolesterolemiantes.» Creemos que es un objetivo suficientemente preciso, que especifica tanto la intervención realizada como la población en la que se aplica y los resultados que se miden. En el «Resumen» del artículo se especifica además que el material educativo utilizado fue diseñado para reducir la prescripción de hipoco-

lesterolemiantes en pacientes de bajo riesgo cardiovascular, lo cual es rigurosamente cierto, y en modo alguno contradice los objetivos del estudio. Las alusiones al control del gasto farmacéutico incluidas en el apartado de «Discusión» se refieren a las implicaciones de nuestros resultados, y sólo desde una interpretación torticera de nuestro manuscrito pueden interpretarse como una nueva formulación de los objetivos o como una prueba de ambigüedad en éstos. Luque et al sugieren que se trata de un estudio realizado desde una perspectiva economicista, preocupada exclusivamente por el volumen de prescripción y que ignora la adecuación de dicha prescripción. Aun a riesgo de repetir frases contenidas en el apartado de «Introducción», la respuesta a esta crítica exige recordar el marco conceptual del estudio. Éste parte de la constatación de una sobreprescripción de hipocolesterolemiantes. Contestando a la pregunta de Luque et al sobre por qué damos por sentada la sobreprescripción, dicha constatación se apoya en evidencia externa obtenida de la literatura (cita 2 de la bibliografía de nuestro artículo), así como en un estudio cualitativo concurrente realizado por nosotros, que mostraba que un sector de médicos hiperprescriptores ignoraba las recomendaciones de las principales guías de la práctica clínica y consideraba que había que administrar hipocolesterolemiantes a todo paciente con niveles altos de colesterol². Tal como se comenta en nuestro artículo (citas 3-7), esta sobreprescripción resultaba preocupante, no sólo por su impacto económico, sino además por su posible repercusión negativa sobre el estado de salud (en aquel momento había dudas sobre el posible aumento de la mortalidad por todas las causas en pacientes de bajo riesgo tratados con hipocolesterolemiantes). Todo ello sugería la idoneidad de realizar una intervención

para mejorar el nivel de conocimientos de los facultativos. Por otro lado, éramos conscientes de que las intervenciones educativas tradicionales eran poco efectivas (cita 9 de nuestro artículo), mientras que las entrevistas personalizadas, ampliamente utilizadas por la industria farmacéutica, habían demostrado repetidamente su efectividad para modificar la práctica clínica. Por todo ello, se diseñó una intervención educativa mediante 2 profesionales externos que informaban a los facultativos «de la relación riesgo-beneficio en prevención primaria y secundaria y se subrayaba la importancia de evaluar el riesgo cardiovascular global, y no sólo el nivel de colesterol, de acuerdo con las recomendaciones de diversas sociedades científicas». Pensamos que el hecho de que se enfatizara la necesidad de administrar hipocolesterolemiantes en prevención secundaria expresa elocuentemente que nuestro objetivo final no era tanto reducir la prescripción como aumentar la efectividad de la práctica clínica. Desde esta perspectiva, y contestando a la pregunta de los autores de la carta sobre si nos hubiéramos «dado por satisfechos obteniendo una reducción en el consumo de hipolipemiantes», la respuesta es negativa: sólo nos hubiéramos sentido plenamente satisfechos si hubiéramos obtenido una mayor adecuación de la prescripción y una mejoría del estado de salud de los pacientes.

Lamentablemente, la enorme complejidad de realizar un ensayo aleatorizado que midiera el efecto de la intervención sobre la adecuación de la prescripción, como sugieren los autores de la carta, superaba nuestras posibilidades logísticas, y nos limitamos a valorar el impacto sobre el volumen de prescripción global, que sí era fácilmente accesible a partir de datos de registro. Las limitaciones de este abordaje se discuten en nuestro artículo, por lo que no procede

repetirlas aquí. No obstante, sí quisiéramos matizar que el hecho de que nuestro estudio no sea capaz de medir el grado de adecuación de la prescripción no significa que los resultados sean ininterpretables. Por el contrario, creemos que el estudio aporta evidencia acerca de la ineffectividad de la intervención, tal como fue diseñada. Esto explica tanto el título del artículo («Fracaso de una intervención educativa para modificar la prescripción...») como el relevante corolario incluido en la discusión: dado que la intervención no modifica la prescripción no tendría sentido para la Administración utilizar esta estrategia con el objetivo de reducir costes.

Los autores de la carta apuntan con razón que no todos los médicos deberían reducir su consumo por igual, y sugieren que la elección de la unidad de análisis está equivocada. En efecto, en el primer borrador del proyecto (que se remitió al FIS para su posible financiación) nos planteábamos limitar la intervención al grupo de hiperprescriptores. Posteriormente esta posibilidad se desestimó por dos razones: en primer lugar, la entrevista selectiva de sólo una parte de los médicos del centro (precisamente los hiperprescriptores) podría tener un efecto de intimidación que habría desvirtuado los objetivos del estudio, convirtiendo una intervención educativa en una medida administrativa coercitiva; en segundo lugar, tal como apuntan los autores de la carta, se trataba de evitar la contaminación dentro del propio centro (facultativos del grupo control, que reciben indirectamente la información educativa). Luque et al se equivocan, sin embargo, al interpretar que la unidad de análisis es el centro de salud. De acuerdo con el tipo de aleatorización realizada (aleatorización por conglomerados), los datos se analizaron mediante un análisis jerárquico (también llamado multinivel) que tenía en

cuenta tanto la variabilidad debida al individuo como la variabilidad debida a los centros³. Esta estrategia de análisis limita tanto la posibilidad de error de tipo II (si se hubiera hecho un análisis por centros) como el riesgo de obtener niveles exagerados de significación estadística (si se hubiera realizado un análisis estadístico individual convencional sin considerar el efecto de diseño).

Por último, queremos manifestar nuestra dificultad para contestar a todos los puntos de la carta de Luque et al, algunos de ellos de difícil comprensión, y lamentar sus referencias a las urnas, unos comentarios que nos parecen tan insidiosos como innecesarios en este debate.

**J. Latour-Pérez^a
y S. Pérez Hoyos^b**

^aHospital General Universitario de Elche.
Departamento de Salud Pública,
Universidad de Alicante.

^bEscuela Valenciana de Estudios para la
Salud.

1. Latour-Pérez J, Díaz Mondéjar R, De la Vega Ortega AI, Carrión Carrión C, García Herrera JL, Peñarroja C et al. Fracaso de una intervención educativa para modificar la prescripción de hipocolesterolemiantes en atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26: 245-248.
2. Peiró R, Alastrue I, Latour J, Colomer C. Motivaciones no científicas para la prescripción: un estudio cualitativo. *Gac Sanit* 1999; 13 (Supl 3): 46.
3. Bland JM, Kerry SM. Trials randomised in clusters. *BMJ* 1997; 315: 600.

¿Debemos apresurarnos a diagnosticar la fibromialgia?

Sr. Director: Respecto al artículo «Fibromialgia: un diagnóstico cenicienta»¹ nos preguntamos hasta qué punto la sistematización del diagnóstico ha proporcionado nuevas formas de enten-

der la enfermedad y su tratamiento.

El paciente con fibromialgia antes del diagnóstico resulta desesperante desde el punto de vista biomédico: cuando un sufrimiento no se ve reflejado en las pruebas complementarias, surge la duda acerca de la veracidad del relato del paciente, o bien se atribuye a la esfera de lo psicológico.

Una vez establecido el diagnóstico la situación mejora sólo aparentemente: a partir de entonces las quejas del paciente forman parte de la realidad definida según el modelo biomédico, es decir, corresponden a una enfermedad orgánica, con lo cual la pelota se encuentra en el tejado del médico. Sea lo que fuere lo que se encuentre detrás del diagnóstico, le toca al médico mover ficha: tiene que poner un tratamiento. El tono optimista y positivo con que se describe el capítulo de tratamiento de esta enfermedad contrasta con sólo un 20% de mejorías sustanciales o remisiones¹, de modo que no tardará en llegar el día en que el médico deberá decirle al paciente que han probado ya todo lo que había que probar. Empieza entonces la fase que para el médico es de cronicidad real, la cronicidad en su vertiente más cruda. Se acabó la «educación» del paciente (más de una publicación utiliza este curioso sustantivo^{1,2}) y toda la serie de tratamientos propuestos. ¿Con qué recursos cuenta el médico para hacer frente a las reiteradas quejas del paciente? Se aconseja insistir en la benignidad y el buen pronóstico funcional del cuadro^{1,2}, y es recomendable hacerlo siempre que ahí se sitúe la inquietud del paciente. Pero si éste se queja de dolor, ¿qué puede decirle el médico? Al convertir un problema en una enfermedad, ¿no ha saltado de la sartén de la ignorancia, para caer en el fuego de la impotencia? En cuanto al paciente, sus expectativas han variado poco con el diagnóstico. En efecto, si antes decía:

«A pesar de que usted no me encuentra nada, sigo con mis dolores», ahora dice: «A pesar de los tratamientos que usted me da sigo con mis dolores».

Recurramos al modelo biopsicosocial (BPS): el enfoque BPS basado en la teoría general de sistemas (TGS) amplía los límites del modelo biomédico mediante la suma de otros campos del conocimiento –psicológico y sociológico– que describen realidades complementarias del paciente en cuestión. La impresión de que hay muchos datos a favor de un componente mental en la fibromialgia se ve contrarrestada por el escaso resultado del tratamiento con antidepressivos y de las sesiones de modificación conductual. Salvo alguna iniciativa novedosa en el ámbito de lo social, según el modelo BPS habríamos agotado todas las posibilidades.

A modo de alternativa, proponemos utilizar el criterio de «simultaneidad» en la escucha de este tipo de enfermedades, en vez de la estrategia secuencial, que procura descartar organicidad antes de considerar aspectos psíquicos o sociales, o los invoca sólo cuando el paciente no va bien. Este enfoque, utilizado habitualmente tanto por internistas como por psicólogos o psiquiatras, puede ser poco útil para el médico de familia dado el volumen de cuadros mal definidos que aparecen por su consulta. La simultaneidad, por su parte, implica la escucha de información de tipo psicológico en la queja del paciente, a la vez que se trabaja en la elaboración de los aspectos orgánicos. Dentro de lo psicológico proponemos prestar especial atención a los aspectos simbólicos del relato, por ejemplo, los que puedan estar relacionados con la utilización metafórica del síntoma³. Con ello podrán diagnosticarse o sospecharse cuadros neuróticos, algunos de los cuales, como la histeria, existen a pesar de no estar incluidos en el DSM IV. Además la simultaneidad no