

Deber de información a la mujer sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo

The duty to inform women on the medical and psychological consequences of continuing with a pregnancy or terminating it

Sr. Director:

Le escribo para opinar sobre un punto de la nueva ley del aborto que creo que no es tratado en el editorial de los doctores Bailón et al¹. Soy médico de familia y trabajo en un centro de salud. Como bien dicen los autores, por nuestro trabajo, en este tema del aborto, al igual que en tantos otros aspectos, hemos de ser extremadamente respetuosos pero «no podemos ser neutrales».

La nueva ley del aborto (art. 17, punto 4) dice que «se habrá de informar a la mujer [...] específicamente sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo».

¿Cómo lo hacemos? Si una mujer solicita abortar y «lo tiene claro» deberemos informarle de las consecuencias psicológicas (depresión, etc.) descritas en el síndrome post-aborto aunque parezca poco probable que esta mujer

en concreto lo vaya a padecer (¿habrá que tranquilizarla y decirle que tiene buen pronóstico?). En cambio, si está dubitativa, esto sí que será un problema y tendrá peor pronóstico. ¿Habrá que profundizar en las causas de sus dudas? ¿Es que acaso considera que el embrión y el feto es una vida humana? En ese caso, ¿deberemos informar sobre las diferentes opiniones o teorías de «cuando comienza la vida»? ¿Seremos nosotros los que prejuzguemos si el daño social de continuar el embarazo justifica el «mal menor» del aborto?

En definitiva, ¿podemos «no ser neutrales»? ¿Se nos puede pedir a los médicos que tenemos «dudas» que actuemos delante de la mujer como si no las tuviéramos?

Bibliografía

1. Jimenez Miguel M, Luna Lora C, Marcos Ortega B, Bailón Muñoz E. Nueva ley del aborto más que un problema legal y moral. Aten Primaria. 2010;42:403-5.

Carlos de Juan Asenjo

Centro de Atención Primaria La Mina, Sant Adrià de Besós, Barcelona, España

Correo electrónico: cdejuan.bcn.ics@gencat.cat.

doi:10.1016/j.aprim.2010.09.026

¿Necesitamos mejorar la medición de la calidad de prescripción en atención primaria?

Do we need to improve how we measure prescription quality in primary care?

Sr. Director:

Recientemente, se ha publicado en su revista, el artículo titulado «Variabilidad en la medición de la calidad de prescripción por comunidades autónomas» de Vicens Caldentey et al¹. Nos ha parecido de gran interés, pues los resultados presentan los indicadores utilizados para evaluar la prescripción de medicamentos en 16 de las 17 comunidades autónomas del Estado español, lo cual permite disponer de datos comparativos en el Sistema Nacional de Salud, información no disponible hasta el momento.

Los autores concluyen que existe una gran variabilidad en cuanto al número de indicadores y la unidad de medida utilizados, siendo en número de envases la más usada. Además, los autores ponen de manifiesto las limitaciones de estos indicadores a la hora de valorar la calidad de la prescripción. Si bien nos parece interesante destacar los ejemplos aportados a partir de experiencias realizadas en Reino Unido², en donde ajustan los indicadores por grupos de edad y género.

En este sentido, el presente estudio se realizó con el objetivo de cuantificar el peso que representa la prescripción de medicamentos por cada usuario asignado para los

grupos terapéuticos más prescritos en volumen y en coste, que permita avanzar en la ponderación de variables demográficas de los pacientes. Siguiendo la metodología utilizada en estudios previos³⁻⁵, se realizó un estudio descriptivo transversal en atención primaria de salud perteneciente al *Institut Català de la Salut* (principal proveedor público de servicios sanitarios de Cataluña). La población de estudio estuvo compuesta por los registros de pacientes a los que se les prescribió y dispensó un medicamento con cargo al *Servei Català de la Salut* (CatSalut), desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2002. Las variables del estudio fueron la edad, el género de los pacientes y el número de envases facturados. Todos los medicamentos se codificaron de acuerdo con la clasificación ATC. La información se obtuvo en forma agregada y anónima, a partir de la base de datos de facturación de recetas y del Registro Central de Asegurados, proporcionada por CatSalut. Se calculó el número de prescripciones promedio por paciente asignado en cada grupo de edad y género. El número total de usuarios asignados fue de 2.799.866 mujeres y 2.674.408 hombres. Este dato se obtuvo para cada grupo de edad y género, el cual fue utilizado en el denominador.

Los resultados del estudio (tabla 1) muestran que en la mayoría de grupos terapéuticos la tasa de prescripción se incrementó con la edad, con la excepción del grupo de 0-4 años, en común con estudios previos³⁻⁵. Este aumento fue más acusado en los grupos de 55-64 años y sucesivos en casi todos los grupos terapéuticos, en particular en el sistema cardiovascular en hombres y en el sistema nervioso en mujeres. Sin embargo, los antiinfecciosos no siguieron este

Tabla 1 Número de prescripciones promedio por paciente asignado para los principales grupos terapéuticos por grupos de edad y género.

Grupos de edad (años)	C	N	A	B	R	M	G	J	Todos los demás
<i>Hombres</i>									
0-4	0,03	0,63	0,20	0,10	1,70	0,34	0,01	1,65	0,81
5-14	0,01	0,50	0,11	0,04	0,93	0,34	0,01	0,82	0,41
15-24	0,04	0,68	0,22	0,04	0,49	0,29	0,01	0,51	0,3
25-34	0,09	1,03	0,32	0,07	0,41	0,31	0,02	0,39	0,3
35-44	0,37	1,52	0,50	0,24	0,46	0,43	0,04	0,44	0,4
45-54	1,63	2,09	1,09	0,87	0,74	0,76	0,12	0,51	0,7
55-64	4,51	3,55	2,58	2,18	1,76	1,50	0,55	0,81	1,5
65-74	8,45	5,91	4,86	3,97	3,75	2,62	1,42	1,22	2,9
75-84	10,55	7,34	5,76	4,47	4,85	2,86	1,82	1,38	3,8
≥ 85	8,73	7,18	5,07	3,44	4,07	2,14	1,52	1,43	3,3
<i>Mujeres</i>									
0-4	0,2	0,58	0,19	0,08	1,54	0,31	0,02	1,52	0,7
5-14	0,02	0,42	0,12	0,04	0,83	0,37	0,02	0,87	0,4
15-24	0,05	0,84	0,29	0,16	0,57	0,44	0,34	0,64	0,4
25-34	0,11	1,36	0,41	0,41	0,55	0,47	0,42	0,58	0,4
35-44	0,35	2,43	0,60	0,40	0,69	0,71	0,36	0,61	0,6
45-54	1,64	4,22	1,50	0,76	1,01	1,42	1,12	0,72	1,2
55-64	4,84	6,85	3,70	1,82	1,61	2,63	1,67	0,99	2,6
65-74	8,76	9,31	5,92	3,24	2,17	3,77	0,83	1,08	4
75-84	11,29	11,09	6,68	3,84	2,32	3,81	0,55	1,09	4,4
≥ 85	10,48	11,18	6,16	3,45	2,34	2,80	0,35	1,31	3,7

A: tracto alimentario y metabolismo; B: sangre y órganos hematopoyéticos; C: sistema cardiovascular; G: sistema genitourinario y hormonas sexuales; J: antiinfecciosos para uso sistémico; M: sistema musculoesquelético; N: sistema nervioso; R: sistema respiratorio.

patrón, pues la mayor tasa de prescripción se observó en la banda de edad de 0 a 4 años, de forma similar a un estudio previo³.

El estudio, no obstante, presenta limitaciones metodológicas. Dado que la información se obtuvo en envases, debido a las diferentes presentaciones de los medicamentos, los resultados pueden no ser extrapolables a otros entornos.

Como conclusión del estudio, las prescripciones por paciente asignado presentaron amplia variabilidad entre los diferentes grupos terapéuticos, y dentro de un mismo grupo entre hombres y mujeres, y por grupos de edad. Estos resultados sugieren la conveniencia de ajustar los indicadores de prescripción a las características demográficas de las consultas de los médicos de familia. Finalmente, sería interesante investigar cómo influye la morbilidad, la edad y el género en la prescripción de medicamentos en atención primaria, e incorporar estos factores en los indicadores de prescripción⁶.

Bibliografía

1. Vicens Caldentey C, Sempere Verdú E, Arroyo Aniés MP, Hernández Rodríguez MA, Palop Larrea V, Orueta Sánchez R, et al. Variabilidad en la medición de la calidad de prescripción por comunidades autónomas. Aten Primaria. 2010;42:380-7.
2. The Prescribing Toolkit. Reino Unido: Prescribing Support Unit. National Health Service; 2008 [consultado 13/8/2010]. Disponible en: <http://www.ic.nhs.uk>.

3. Specific therapeutic group age-sex weightings related prescribing units. The Information Centre. 2007 [consultado 10/12/2008]. Disponible en: www.ic.nhs.uk/our-services/prescribing-support/measures/star-pus.

4. Lloyd DC, Harris CM, Roberts DJ. Specific therapeutic age-sex related prescribing units (STAR-PUs): weightings for analysing general practices' prescribing in England. BMJ. 1995;311:991-4.

5. Fernández-Liz E, Modamio P, Catalán A, Lastra CF, Rodríguez T, Mariño EL. Identifying how age and gender influence prescription drug use in a primary health care environment in Catalonia, Spain. Br J Clin Pharmacol. 2008;65:407-17.

6. Omar RZ, O'Sullivan C, Petersen I, Islam A, Majeed A. A model based on age, sex and morbidity to explain variation in UK general practice prescribing: cohort study. BMJ. 2008;337:a238.

Eladio Fernández-Liz ^{a,*}, Pilar Modamio Charles ^b, Cecilia Fernández Lastra ^b y Eduardo L. Mariño Hernández ^b

^a Servicio de Atención Primaria Muntanya de Barcelona, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^b Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia, Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica, Facultad de Farmacia, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: efernandezl.bcn.ics@gencat.cat (E. Fernández-Liz).

doi:10.1016/j.aprim.2010.09.025