

Estudios de utilización de medicamentos

Cuestión de recursos

■ DAMIÁN BARRIS BLUNDELL • Farmacéutico comunitario.

En este trabajo se revisa el concepto de estudio de utilización de medicamentos, analizando sus posibles objetivos y utilidades, tipologías y distintas metodologías de elaboración.

La OMS define los estudios de utilización de medicamentos (EUM) como «estudios sobre comercialización, distribución, prescripción y uso de los medicamentos en la sociedad, con acento especial sobre las consecuencias médicas, sociales y económicas»¹.

LA ELECCIÓN DE UN TRATAMIENTO

Muchas intervenciones tanto preventivas como curativas en el medio sanitario incluyen la utilización de un fármaco como mecanismo intermedio para obtener un objetivo de salud concreto². Tanto la elevada frecuencia de utilización de recursos farmacológicos como su extensión entre la población justifican la importancia que el medicamento tiene en los valores culturales y sociales de nuestro entorno. Si bien la prescripción farmacológica es una decisión médica, otros factores como son el paciente, el farmacéutico, la industria farmacéutica y el sistema sanitario influyen en los hábitos de prescripción y, por lo tanto, condicionan la forma de resolver los problemas de salud³.

Los profesionales de la salud deben garantizar que los pacientes recibirán



el medicamento adecuado en la dosis correcta, durante el tiempo necesario y con el mínimo coste posible, y para ello han de tener un profundo conocimiento de la terapéutica y tener en cuenta los aspectos de rentabilidad social y económica en la aplicación de los mismos. Los aspectos socioeconómicos son consecuencia de la limitación de los recursos disponibles. Los tratamientos, además de perseguir la prevención, el alivio de la enfermedad o la restauración de la salud tendrían que devolver al individuo a su vida activa, cuanto antes y en las mejores condiciones viables. Por ello en la elección del tratamiento debe también valorarse el coste social que implican las alternativas posibles⁴.

OBJETIVOS DE LOS EUM

Aunque el objetivo último de los EUM es mejorar la prescripción farmacéutica, que ha adquirido mayor importancia con la aparición de nuevos agentes potentes y costosos, se pueden distinguir varios objetivos intermedios¹:

- Descripción cuantitativa de la utilización de los medicamentos.
- Valoración cualitativa de los datos obtenidos para identificar posibles problemas.
- Intervención sobre los problemas identificados.

En la valoración cualitativa se compara la utilización de medicamentos observada con unos «patrones de referencia» o «estándares», que se suelen basar en las evidencias publicadas en la literatura médica (resultados de ensayos clínicos controlados, revisiones bibliográficas, protocolos, etc.). Los indicadores son los parámetros que miden las diferencias entre la utilización de medicamentos observada y el «patrón de referencia»^{1,5}. Este tipo de valoración trata de identificar problemas que, en caso de ser modificados, pueden mejorar los beneficios terapéuticos obtenidos o bien disminuir los efectos adversos producidos o los costes del tratamiento (tabla I).

CLASIFICACIÓN DE LOS EUM

Teniendo en cuenta la amplia definición de EUM, éstos se pueden agrupar en tres tipologías: estudios sobre la oferta, estudios sobre la prescripción y estudios sobre el uso de medicamentos.

Estudios sobre la oferta

Estos estudios proporcionan una descripción cuantitativa y cualitativa de la oferta de medicamentos. Los elemen-

Tabla I. Objetivos del análisis cualitativo de la utilización de medicamentos en EUM

Tipo de estudio	Objetivo-pregunta
Estudios de consumo: describen qué medicamentos son utilizados y en qué cantidades	¿Es relevante la utilización de vasodilatadores cerebrales? ¿Es relevante la utilización de antiasmáticos por vía oral comparada con la de antiasmáticos por vía inhalatoria (considerada de elección)?
Estudios prescripción-indicación: describen en qué indicaciones se utiliza un determinado fármaco o grupo de fármacos	¿La población tratada con cefalosporinas debería estarlo? ¿La prescripción de sumatriptan (antimigrañoso) se ciñe a las indicaciones autorizadas?
Estudios indicación-prescripción: describen qué fármacos se utilizan en una indicación o grupo de indicaciones	¿De los pacientes con infección respiratoria superior, cuáles son tratados con antibióticos? ¿De los pacientes con infarto de miocardio, cuáles son tratados con hipolipemiantes?
Estudios sobre el esquema terapéutico	¿Las pautas de dosificación de digoxina prescritas son óptimas?
Estudios sobre las consecuencias prácticas del uso de los medicamentos: describen eficacia, los efectos indeseables o los costes del uso de medicamentos, observados y medidos en la práctica cotidiana	¿Es frecuente el incumplimiento terapéutico en la infección urinaria; cuáles son sus posibles elementos predictivos?
Estudios sobre los factores condicionantes de los hábitos de prescripción: describen características de los prescriptores, los pacientes, o de otros elementos relacionados con los medicamentos.	¿La formación vía MIR se asocia con una mayor prescripción de medicamentos? ¿El efecto del copago se asocia con una menor utilización de medicamentos?

tos que se estudian desde el punto de vista cuantitativo son el número de principios activos ofertados, el número de especialidades⁶, de presentaciones⁷, de asociaciones de fármacos presentes en el mercado farmacéutico y, desde el punto de vista cualitativo, la calidad farmacológica de las especialidades ofertadas.

También se pueden incluir aquellos trabajos que estudian la información que sobre los medicamentos reciben tanto los facultativos^{2,8} (bien sea en el prospecto, a través de la visita médica, de las revistas científicas o de los catálogos elaborados por los laboratorios farmacéuticos, etc.) como los pacientes o posibles pacientes en la prensa y medios de comunicación.

Estudios sobre la prescripción

Aquí se incluyen aquellos estudios relativos a los factores que influyen sobre la prescripción^{9,10} como, por ejemplo, la formación del facultativo, las características de la población o del sistema sanitario y aquellos otros que estudian la calidad de la misma¹¹, centrados en la prescripción de fármacos de primera elección, de baja utilidad terapéutica, etc.

Dentro de este grupo también se pueden incluir los estudios sobre el

cumplimiento de la prescripción¹² y el impacto de un programa educativo dirigido a mejorar el cumplimiento de la terapia prescrita¹³.

Estudios sobre la utilización de medicamentos

Dentro de este grupo cabe hablar de estudios cuantitativos y cualitativos.

Estudios cuantitativos

Los estudios cuantitativos tienen como objetivo principal la descripción de qué medicamentos se consumen y en qué cantidad. En muchas ocasiones, constituyen el primer nivel de análisis acerca de la utilización de medicamentos. Permiten realizar un análisis de situación para establecer las bases de un estudio más amplio acerca de cómo se están utilizando y en quién⁵. También son útiles para calcular las tendencias temporales del uso de fármacos con determinadas variables (medidas reguladoras, información, etc.).

Estudios cualitativos

Facilitan el conocimiento del tipo de fármacos que se prescriben. También aportan información sobre la calidad de uso de los fármacos, para lo cual hay que utilizar indicadores adecua-

Tabla II. Grupos de la clasificación EPhMRA y de la clasificación ATC

A	Aparato digestivo y metabolismo
B	Sangre y órganos hematopoyéticos
C	Aparato cardiovascular
D	Dermatología
G	Aparato genitourinario y hormonas sexuales
H	Hormonas de uso sistémico, excepto las sexuales
J	Antiinfecciosos por vía general
L	Terapia antineoplásica
M	Aparato musculoesquelético
N	Sistema nervioso central
P	Parasitología
R	Aparato respiratorio
S	Órganos de los sentidos
V	Varios

dos. Ello conduce a la creación de un patrón de referencia óptimo, puesto que los indicadores deben ser un instrumento de medida que permita cuantificar una valoración de la prescripción, en principio cualitativa.

METODOLOGÍA

Para que los EUM sean útiles y puedan hacerse comparaciones entre países, regiones, áreas básicas de salud, etc., es necesario seguir una metodología común. Esta comprende:

Clasificación de los principios activos

Es necesaria una clasificación uniforme de las especialidades farmacéuticas, ampliamente aceptada y precisa, para sistematizar y comparar los datos obtenidos en los EUM^{1,2}.

Clasificación de la EPhMRA

En la clasificación de la EPhMRA (European Pharmaceutical Market Research Association) las especialidades farmacéuticas se distribuyen en 14 grupos principales, designados por una letra (tabla II). Cada uno de estos grupos está dividido en un número variable de subgrupos, indicados con dos dígitos numéricos (01, 02, 03, etc.). A su vez, cada subgrupo está subdividido en otros subgrupos, en un tercer nivel de división, que corresponde a subgrupos terapéuticos. Por ejemplo, para la cimetidina sería:

- A: aparato digestivo y metabolismo (primer nivel, órgano o sistema).
- A02: antiácidos, antilulcerosos, antiulcerosos (segundo nivel, grupo terapéutico principal).
- A02B1: antihistamínicos (tercer nivel, subgrupo terapéutico).

Cuando la especialidad farmacéutica es una combinación a dosis fijas que contiene dos o más principios activos, se clasifican según su indicación prin-

cipal. Así por ejemplo, un medicamento que contenga un analgésico y un ansiolítico indicado para el tratamiento del dolor se clasifica como analgésico. Esta clasificación presenta dos limitaciones principales: 1) los códigos no permiten la identificación de especialidades con un principio activo determinado; 2) dado que las combinaciones a dosis fijas se clasifican según la indicación principal de la especialidad, pueden contener un principio activo «oculto» que puede pasar inadvertido.

Clasificación anatómica-terapéutica-química (ATC)

Está basada en los mismos principios que la clasificación EPhMRA. Los tres primeros niveles de clasificación son comunes, pero la clasificación ATC incluye dos niveles adicionales; un cuarto nivel que corresponde al subgrupo químico-terapéutico y un quinto nivel que designa cada principio activo en particular. Se expone como ejemplo de la clasificación la codificación de la amoxicilina:

- J: antiinfecciosos vía general (primer nivel).
- J01: antibióticos sistémicos (segundo nivel).
- J01C: penicilinas con efecto incrementado sobre bacilos gram- (tercer nivel).
- J01CA: ampicilina y antibióticos similares.
- J01CA04: amoxicilina.

Aunque la adición de estos dos niveles permite realizar EUM más detallados, presenta también alguna limitación. Así, un medicamento con distintas indicaciones sólo puede estar incluido en un grupo o subgrupo con un único código. La OMS recomienda aplicar la clasificación ATC¹.

Los perfiles terapéuticos son una herramienta de gran utilidad en el análisis

de las prescripciones que se realizan en un país, en una zona geográfica o por un médico o grupo de médicos. Si se dispone del consumo farmacéutico informatizado, pueden representarse de una manera sencilla los perfiles de prescripción a nivel de grupos terapéuticos o de subgrupos, con tal de que se utilicen para ello parámetros de medida comparativos¹⁴.

Los perfiles por grupos terapéuticos tienen el inconveniente de su escasa sensibilidad para detectar un uso no racional de los medicamentos, ya que dentro de un mismo grupo terapéutico existen diferentes subgrupos de muy diferente valor terapéutico. Por ejemplo, dentro del grupo C (aparato cardiovascular), hay subgrupos de menor utilidad como los vasodilatadores periféricos y los venotónicos, junto con otros de reconocida eficacia como los antihipertensivos o la terapia del miocardio. Pueden tener cierta utilidad en comparaciones muy generales, como puede ser el caso de diferencias entre países.

Los perfiles por subgrupos terapéuticos presentan sensibilidad para detectar utilizaciones inadecuadas superior a la de los grupos, ya que permiten obtener perfiles de los medicamentos más prescritos o bien de aquellos que sea de interés estudiar a la hora de plantearse las actuaciones que pretenden implantarse en una zona.

Parámetros de medida (indicadores) para la valoración cuantitativa

La cuantificación del consumo de medicamentos puede ser abordada desde distintos enfoques, que dependen fundamentalmente de las aplicaciones del análisis que se realiza⁷. Con el fin de poder realizar comparaciones en el consumo de medicamentos es necesario que existan unos parámetros de medida que sean aceptados y utilizados por todos los que van a realizar EUM⁴.

Existen numerosas formas de expresar los resultados de un estudio cuantitativo de consumo como el número de envases dispensados, el valor económico, las unidades físicas consumidas (g, mg, ml) etc. Pero en la mayoría de los casos el empleo de estas unidades de medida tiene poco valor epidemiológico y limita mucho la posibilidad de comparación. Los indicadores cuantitativos más habituales son, en cualquier caso, los siguientes:

Indicadores económicos globales

La medida del gasto económico en medicamentos ha sido utilizada desde hace tiempo, sobre todo por los sistemas públicos de atención a la salud, como indicador para la elaboración de presupuestos y la contención del

gasto². En una primera etapa se utilizaron indicadores globales, tales como¹⁵:

- Número de recetas dispensadas.
- Importe a precio de venta al público (PVP).
- Gasto (= PVP – aportación del asegurado).

Estos datos se desglosan en los correspondientes a los contingentes que integran la prestación farmacéutica. Por una parte, figuran los relativos a activos y pensionistas. Por otra, las cuantías de los diferentes bloques de productos que componen la prestación: especialidades farmacéuticas, fórmulas magistrales y efectos y accesorios (productos sanitarios).

Indicadores económicos relativos

La utilización del gasto como unidad de medida de consumo puede llevar a conclusiones equívocas³, debido a la inflación y a la variabilidad existente entre los distintos países (moneda, PIB y nivel de vida).

Al no estar referidos a población, estos indicadores globales resultan poco útiles para hacer comparaciones, por lo que se introdujeron los siguientes indicadores¹⁵:

a) Importe en PVP/habitante o asegurado.

b) Gasto/habitante o asegurado.

c) Recetas/habitante o asegurado.

d) RAP, que es un cociente entre el número de recetas por cada persona activa y el número de recetas por cada pensionista, siendo tanto más desfavorable cuanto más se aleja, por debajo, del valor 0,5-0,3, que es el considerado normal en países como Reino Unido y Estados Unidos.

Gracias a estos indicadores se pueden detectar diferencias interprovinciales e incluso dentro de una misma provincia, diferencias entre centros sanitarios en los que el consumo se encuentra por encima de la media y por tanto, serían más susceptibles de realizar un esfuerzo mayor en la contención del gasto farmacéutico, etc. Asimismo, estos indicadores se calculan para los colectivos que integran la prestación, activos y pensionistas, y permiten observar que existe un comportamiento diferenciado entre ambos grupos al experimentar crecimiento año a año en el de los pensionistas.

Envases

La utilización del envase como unidad de medida tiene el inconveniente de que no todas las especialidades farmacéuticas que contienen el mismo prin-

Tabla III. Aplicaciones del estudio cuantitativo del consumo de medicamentos

- Descripción del consumo de medicamentos en un área determinada.
- Detección de desviaciones en el consumo.
- Detección de diferencias internacionales e intranacionales en el consumo.
- Evaluación de programas de intervención (acciones reguladoras, acciones informativas).
- Denominador de consumo para el análisis de relaciones beneficio-riesgo.

cipio activo presentan la misma dosificación ni el mismo número de formas farmacéuticas o unidades por envase. Así, una caja de 10 grageas de 5 mg de un determinado fármaco se contabiliza como una unidad, al igual que una caja de 50 grageas de 10 mg. En consecuencia, si se expresa el consumo total de unidades, el resultado sería una suma de elementos de magnitudes distintas². Esta unidad sólo servirá para comparar, de forma aproximada, pautas de utilización de un subgrupo terapéutico dentro de un país.

Otro problema que presenta este método de cuantificación es que el contenido ponderal de una misma especialidad puede variar en un mismo país a lo largo del tiempo, o puede variar también de un país a otro, por lo que las variaciones en el número de unidades vendidas pueden no reflejar variaciones reales del consumo.

Dosis Diaria Definida

Para los problemas referidos se necesitaba una unidad de medida que permitiese hacer comparaciones entre diferentes zonas geográficas y entre períodos de tiempo distintos independientemente de variaciones en la composición de unidades y el precio de las especialidades farmacéuticas. Así, la OMS propuso una unidad técnica internacional de medida del consumo de medicamentos denominada Dosis Diaria Definida (DDD), que es independiente de las variaciones en el precio y en el contenido ponderal de las especialidades farmacéuticas del medicamento. La DDD se define como «la dosis media diaria de mantenimiento de un medicamento, en adultos, cuando se usa rutinariamente en su principal indicación».

Esta DDD debe tomarse únicamente como una unidad técnica de medida y

Fig. 1. Cálculo del indicador de Dosis/Habitante/Día (DHD)

La fórmula que se utiliza para calcular las DDD/1.000 habitantes/día (DHD) es la siguiente:

$$\text{DHD} = \frac{\text{n.º env.} \times \text{n.º FF/env.} \times \text{C/FF} \times 1.000}{\text{DDD} \times \text{n.º hab.} \times 365 \text{ días}}$$

N.º env. = Número de envases dispensados en un año.

FF/env. = Número de formas farmacéuticas por envase.

C/FF = Contenido en principio activo por forma farmacéutica.

DDD = Dosis Diaria Definida.

N.º hab. = Número de habitantes de la población a estudio.

Ejemplo: supongamos que en Navarra durante 1 año se han vendido 100.000 envases de 10 comprimidos de 10 mg de diazepam y 45.000 envases de 20 comprimidos de 5 mg. La población estudiada es de 477.000 habitantes. Si la DDD del diazepam es de 10 mg:

$$\text{DHD} = \frac{(100.000 \times 10 \times 10 + 45.000 \times 20 \times 5) \times 1.000}{10 \times 365 \times 477.000}$$

$$\text{DHD} = 8,33$$

Esto significa que 8,33 personas de cada 1.000 fueron tratadas con la DDD de diazepam. También puede interpretarse como que cada 1.000 habitantes emplean 8,33 DDD del tratamiento al día.

Tabla IV. Posible clasificación cualitativa de los medicamentos según su valor terapéutico potencial²**Valor intrínseco «elevado»**

Productos cuya eficacia no ha sido demostrada en ensayos controlados, pero cuyo uso está justificado en indicaciones definidas debido a que poseen efectos inmediatos y obvios (insulina, vitamina B₁₂), así como productos cuya eficacia ha sido demostrada en ensayos clínicos controlados.

Valor intrínseco «relativo»

Especialidades que son irracionales desde un punto de vista farmacoterapéutico porque, además de un principio activo de valor potencial elevado, contienen uno o más principios activos con una eficacia terapéutica dudosa.

Valor intrínseco «dudoso»

Medicamentos cuya eficacia no ha sido demostrada de manera convincente en ensayos clínicos controlados, para los que no se han descrito efectos indeseables graves o frecuentes.

Valor intrínseco «nulo»

Especialidades farmacéuticas que, debido a su composición, presentan una relación beneficio/riesgo claramente desfavorable en todas las circunstancias.

comparación. Nunca reflejan, por definición, la dosis terapéutica recomendada. Estas DDD se establecen de forma arbitraria según las recomendaciones de las publicaciones científicas, de los laboratorios fabricantes y según la experiencia acumulada.

Las directrices para establecer la DDD son las siguientes²:

- En general, la DDD se expresará en forma de peso de sustancia activa.
- La DDD se basa en el uso en adultos, excepto para ciertos fármacos utilizados exclusivamente en niños.
- Cuando la dosis inicial del fármaco administrado es distinta de la dosis de mantenimiento, la DDD corresponde a esta última.
- En fármacos administrados para profilaxis y para tratamiento, la DDD se refiere a la dosis de tratamiento; sin embargo, si la administración profiláctica es la principal indicación del medicamento, la DDD corresponde a esta última.
- Para fármacos administrados en dosis distintas según la vía de administración, se establecen distintas DDD: una para cada vía.

En la tabla III se muestran algunas aplicaciones de esta unidad de medida en el estudio cuantitativo del consumo de medicamentos. La DDD tampoco está exenta de limitaciones, que deben tenerse en cuenta cuando se interpretan los resultados^{1,2,4}:

- A veces un mismo principio activo tiene más de una indicación, con dosis diferentes para cada una.
- No todos los fármacos prescritos o dispensados se consumen.
- No equivale necesariamente a la dosis media prescrita.
- No equivale necesariamente a la dosis media ingerida, por la diferente biodisponibilidad de las formas farmacéuticas.
- Es poco útil para reflejar el consumo de medicamentos cuando las combinaciones a dosis fijas de dos o más principios activos constituyen una parte importante del mercado.

En el caso de medicamentos en asociación, la unidad de medida será la Dosis Diaria de Asociación (DDA), que se define como el número diario

de cápsulas, comprimidos o unidades de volumen⁴.

En general, el número de DDD consumidas en un área geográfica se expresa por 1.000 habitantes y por día (DDD/1000 habitantes/día o DHD). Este parámetro puede proporcionar una estimación del número de personas de cada 1.000 de la población estudiada que están recibiendo al día una DDD de un determinado medicamento o subgrupo terapéutico. La figura 1 muestra la fórmula que se emplea para el cálculo de la DHD e ilustra su utilidad mediante un ejemplo práctico.

Dosis Diaria Prescrita

La DDP es la dosis media prescrita de un fármaco determinado en su principal indicación. En general, los EUM se nutren de datos sobre ventas y es bien conocido que no todos los medicamentos prescritos son necesariamente consumidos. Como se ha señalado, la DDD como unidad de medida no es necesariamente equivalente a la dosis diaria prescrita ni a la dosis diaria ingerida. Aunque para algunos fármacos (antihipertensivos, antidiabéticos) la utilización de DDD o DDP no genera gran disparidad de resultados, para la mayoría de los demás grupos farmacológicos (analgésicos, psicofármacos) pueden existir diferencias importantes. En comparación con la DDD, la DDP permite una mejor estimación de la proporción de la población tratada; sin embargo, no es uniforme porque puede variar en las distintas zonas geográficas y dentro de una misma zona geográfica a lo largo del tiempo y, por tanto, perder utilidad en los estudios comparativos. Hay que tener en cuenta que son pocos los estudios en los que se evalúa directamente cuál es la dosis que toman realmente los pacientes, y estos trabajos suelen, además, tener unos costes muy elevados.

Coste Tratamiento Día

Otra de las aplicaciones de la DDD es el cálculo del CTD, que se define como el coste a PVP de la DDD de un determinado medicamento. Su utilización permite comparar el CTD de distintas especialidades que tienen la misma composición o comparar el CTD de especialidades con distinto principio activo pero que se utilizan para la misma indicación. La fórmula de cálculo del CTD aparece en la figura 2.

Índice de exposición

El índice de exposición se define como el número de impactos de unidades de dosificación (cápsulas, comprimidos, cucharadas de jarabe, inhalaciones, inyecciones, etc.) que recibe una persona en un año. Es una unidad inter-

Fig. 2. Fórmula de cálculo del indicador de Coste/Tratamiento/Día (CTD)

$$\text{CTD} = \frac{\text{PVP} \times \text{DDD}}{\text{FF/env.} \times \text{C/FF}}$$

PVP = Precio de venta al público.

DDD = Dosis diaria definida.

FF/env. = Número de formas farmacéuticas por envase.

C/FF = Contenido en principio activo por forma farmacéutica.

Fig. 3. Fórmula de cálculo del indicador de uso relativo

$$UR_{A/B} = \frac{DDD / 1.000 \text{ hab./día del medicamento A}}{DDD / 1.000 \text{ hab./día del medicamento B}}$$

media entre las unidades vendidas por persona y las DHD¹⁵. Para hallarlo debemos conocer la población, las unidades vendidas y la media ponderada de unidades de dosificación por envase. Por ejemplo, un índice de exposición de 30 para antiasmáticos, en un año determinado, significaría que una persona tomaría 30 unidades de dosificación (cápsulas, inhalaciones, etc.) al año de medicamentos antiasmáticos.

Parámetros de medida (indicadores) para la valoración cualitativa

En la valoración cualitativa se compara la utilización de medicamentos observada con unos «patrones de referencia» o «estándares» (resultados de ensayos clínicos controlados, revisiones bibliográficas, etc.) mediante parámetros de medida o indicadores. Un análisis cualitativo ayudará a conocer los costes y riesgos excesivos relacionados con la utilización de medicamentos, como consecuencia del uso de alternativas con una relación beneficio/coste y beneficio/riesgo desfavorables, o bien los beneficios insuficientes por una inadecuada selección del fármaco en cuestión^{1,2,5}.

El empleo de la DDD supone una serie de ventajas sobre los demás métodos de cuantificación del consumo. Sin embargo, la mera cuantificación del número de medicamentos prescritos, aun si se refiere a un denominador de población (DHD), tiene un papel limitado en la evaluación de la calidad de los medicamentos consumidos.

El principal problema de los estudios cualitativos radica en la dificultad de definir estándares o indicadores de calidad. Para poder evaluar desde la información proporcionada por los datos de consumo de medicamentos la calidad de la prescripción, se han diseñado unos «indicadores de la calidad de la prescripción» (ICP). Un ICP es un instrumento de medida que nos permite cuantificar una valoración, en principio cualitativa, de la prescripción.

Indicadores de utilidad terapéutica

La valoración de la eficiencia del uso de los medicamentos en un sistema sanitario puede realizarse a dos niveles: el valor intrínseco (VI) de las

especialidades farmacéuticas consumidas y el modo en que éstas son utilizadas. El valor intrínseco de las especialidades se obtiene atendiendo a criterios farmacológicos de valoración basados en la literatura científica. Según este criterio las especialidades farmacéuticas se clasifican en aquellas de VI «elevado», VI «relativo», VI «dudoso» y VI «nulo» (tabla IV).

A partir de estos conceptos se pueden crear dos grupos de indicadores. El primer grupo es el de indicadores de utilidad terapéutica alta (UTA), que incluyen las especialidades de VI «elevado». Este tipo de indicadores cuantificaría la adhesión de la prescripción a unos criterios de selección científicos, es decir, la preferencia por aquellas alternativas terapéuticas con una relación beneficio/riesgo/coste más favorables.

El segundo grupo o indicadores de utilidad terapéutica baja (UTB) pretenden cuantificar el consumo de especialidades sin eficacia demostrada o de VI «relativo», «dudoso» o «nulo».

Indicadores de uso relativo

Otro tipo de indicadores de calidad son los de uso relativo. El uso relativo (UR) es el cociente entre las DHD de los medicamentos que guardan una relación o es interesante relacionar, y que se expresa⁴ según la fórmula de la figura 3.

Es útil fundamentalmente para comparar valores de años sucesivos o en los casos en que existe una relación determinada entre la incidencia de las patologías para las cuales se utilizan los medicamentos relacionados, es decir, permiten identificar desviaciones a lo largo del tiempo en la calidad del tratamiento farmacológico de una patología.

RECOGIDA DE DATOS

En los EUM, la fuente básica que proporciona la información del estudio suele ser la prescripción. Sin embargo, en algunos EUM la información básica se obtiene a partir de la historia clínica o registros especiales sobre la prescripción de fármacos (administración crónica). En algunos estudios es imprescindible obtener la información básica a partir de una entrevista con el

paciente, el médico prescriptor u otros profesionales sanitarios relacionados con el uso de medicamentos. □

BIBLIOGRAFÍA

1. Arnau JM. Estudios de utilización de medicamentos. Atención Primaria 1997; 20 (Supl. 1): 72-76.
2. Tognoni G, Laporte JR. Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilancia. En: Laporte JR, Tognoni G., editores. Principios de epidemiología del medicamento. Barcelona: Salvat Editores, 1993.
3. Cabedo VR et al. Factores determinantes del gasto por prescripción farmacéutica en atención primaria. Atención Primaria 1995; 16(7): 407-416.
4. García Iñesta A. Estudios de utilización de medicamentos, revisión sobre la experiencia española. Pharmaklinik 1988; 2: 133-148.
5. Franz A, Pastor E. Estudios de utilización de medicamentos en atención primaria de salud. El Farmacéutico Hospitalar n.º 49: 12-17.
6. Díaz de Torres P et al. Mercado español de especialidades farmacéuticas en 1992. Inf Ter Sist Nal Salud 1993; 17: 228-233.
7. Coordinación de Prestaciones Farmacéuticas del INSALUD. Datos sobre el mercado de medicamentos. Año 1987. Bol Indic Prest Farm 1989; 5: 90-93.
8. Walzak D et al. Primary care physicians and the cost of drugs: a study of prescribing practices based on recognition and information sources. J Clin Pharmacol 1994; 34: 1159-1163.
9. Torralba M et al. Nivel cultural y envejecimiento de la población, formación y dependencia del médico, y tipo de centro como condicionantes de la prescripción. Farmacia Clínica 1995; 12(6): 378-386.
10. Torralba M et al. Influencia de la antigüedad del centro asistencial, de la situación laboral del médico y de la población sobre la prescripción farmacéutica. Farmacia Clínica 1994; 11(10): 803-812.
11. Saturno Hernández PJ. Monitorización del uso de medicamentos para mejorar la calidad de la prescripción. Problemas, métodos e indicadores. Atención Primaria 1996; 18(6): 331-338.
12. Pinilla A et al. Estudio de cumplimiento de tratamiento en pacientes psiquiátricos con psicofármacos orales. Rev. OFIL 1992; 2(1): 3-9.
13. Márquez E et al. Cumplimiento terapéutico de las dislipemias. Ensayo sobre la eficacia de la educación sanitaria. Atención Primaria 1998; 22(2): 79-84.
14. Prieto I. Los perfiles terapéuticos como herramienta de análisis de la prescripción. Rev. OFIL 1993; 3(5): 303-308.
15. Prieto I. Indicadores para el estudio de consumo de medicamentos. Pharmaklinik 1990; 4(2): 62-65.