

En busca de la confianza perdida en los indicadores de calidad

Sr. Director: Hemos leído con interés el artículo de Soto en el que analiza la evaluación de la calidad de prescripción en farmacia¹ y nos gustaría aportar algunas reflexiones al respecto:

– Creemos que los ejemplos ofrecidos sobre el uso de medicamentos de valor intrínseco no elevado no son correctos. Tanto en el caso de los antagonistas de los receptores de la angiotensina como en el de los antibióticos, se trata de indicadores que valoran la prescripción de grupos farmacéuticos de efectividad demostrada frente a otros que, aun siendo efectivos, suponen un coste mayor sin aportar claras ventajas terapéuticas. Es decir, no estamos hablando de fármacos de utilidad terapéutica baja, sino de un indicador de eficiencia.

– Periódicamente se crean indicadores cuyo objeto es evitar la incorporación de algunos fármacos a la prescripción habitual que, en muchos casos, son especialidades de reciente aprobación con financiación a cargo de los fondos públicos. Por ejemplo, si realmente el escitalopram no aporta nada nuevo², creemos que lo más lógico hubiera sido no aprobar su financiación a cargo de la Seguridad Social en lugar de utilizar una política de doble rasero que lo permite, pero a la vez lo desaconseja con un indicador creado *ad hoc* para promover el uso de otros antidepresivos³.

– La mayoría de indicadores evalúan un supuesto exceso de prescripción y tienen connotaciones negativas. Echamos de menos indicadores «positivos» que evalúen carencias en la prescripción del tipo de ¿cuántos pacientes con infarto de miocardio reciben la terapia indicada para la prevención secundaria? o ¿cuántos pacientes asmáticos están tomando bloqueadores beta de larga duración como único tratamiento inhalado, en lugar de en asociación con corticosteroides inhalados⁴? Es probable que encontremos resultados que haya que mejorar al alza, con el consiguiente aumento de la factura farmacéutica.

– También consideramos interesante la creación de algún «indicador de alarma» para el clínico en la prevención de determinados efectos adversos. Por ejemplo, ¿cuántos pacientes usan inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, diuréticos y antiinflamatorios no esteroideos a la vez?, cuya relación con el deterioro de la función renal está documentada^{3,5}. Este tipo de evaluación aumentaría la confianza perdida del médico en los indicadores como herramienta de apoyo para un mejor control de la salud de sus pacientes.

Estamos de acuerdo en que los indicadores de calidad deben ser revisados no sólo en su contenido, sino en su filosofía general. Podríamos estar viviendo una desvirtuación de su esencia, que el médico prescriptor interpreta frecuentemente como un mecanismo más de contención del gasto. El SNS y el resto de agentes implicados (agencias reguladoras, organismos responsables de la formación continuada, direcciones generales de farmacia, industria farmacéutica, atención especializada) deberían asumir un mayor protagonismo en las líneas generales de política farmacéutica. Lo contrario podría abundar más en un punto de partida perverso e injusto de un sistema que, además de utilizar indicadores arbitrarios y objetividad no contrastada, contribuye a aumentar la confusión entre la calidad de la prescripción y la calidad del médico (habitualmente de atención primaria) como prescriptor.

Ernesto Barrera Linares^a,
María Soledad Lorenzo Borda^b
y Raúl Sánchez González^a

^aEAP San Blas. Parla. Madrid. España.

^bEAP Centro II. Getafe. Área X Atención Primaria Servicio Madrileño de Salud. Madrid. España.

1. Soto J. Evaluación de la calidad de la prescripción farmacéutica: ¿no nos estamos olvidando de medir los resultados en salud obtenidos en los pacientes? Aten Primaria. 2006;37:347-9.
2. Anónimo. Escitalopram. Un isomère du citalopram, sans aucun avantage thérapeutique. Prescrire. 2004;24:325-8.

3. Márquez M, López J, Ramos R, Alegre E. Resumen de indicadores de calidad en la prescripción de medicamentos. Revista Oficial de la Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Hospitales. 2005;1:55-6.
4. Martínez FD. Safety of long-acting beta-agonists. An urgent need to clear the air. N Engl J Med. 2005;353:2637-9.
5. Lobo KK, Shenfield GM. Drug combinations and impaired renal function: the «triple whammy». Br J Clin Pharmacol. 2005;59:239-43.

Réplica

Sr. Director: Tras la atenta lectura de la carta titulada: «En busca de la confianza perdida en los indicadores de calidad», cuyos autores son Barrera E et al, me gustaría enumerar una serie de reflexiones al hilo de su contenido.

Estoy de acuerdo totalmente con los autores de esta carta en la necesidad de disponer de indicadores «positivos» e indicadores «predictivos», los cuales deberían intentar conocer el porcentaje de pacientes que no son tratados correctamente de sus enfermedades, acorde a las guías terapéuticas disponibles y a las conclusiones de la medicina basada en la evidencia, o qué proporción de tratamientos administrados son asociaciones de medicamentos que podrían producir reacciones adversas graves con compromiso vital para el paciente. Poner en marcha medidas de este tipo exigiría un esfuerzo inicial y destinar recursos, pero la recompensa sería tremenda, ya que los pacientes estarían mucho mejor tratados y controlados.

De cualquier manera, el nuevo paradigma que se debe adoptar en torno a los indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica es asumir que éstos no deberían ser herramientas para controlar lo que prescribe el médico, ni son instrumentos cuyo fin último tenga que ser el control del gasto en

Palabras clave: Indicador. Calidad. Atención primaria.

Palabras clave: Calidad de la prescripción. Medicamentos. Indicadores positivos. Indicadores predictivos.

medicamentos. Este tipo de indicadores deberían ser elementos que ayudasen al clínico a lograr una prescripción farmacéutica de calidad, que maximice el binomio beneficio/riesgo en la práctica médica, minimice los posibles efectos adversos y respete la conveniencia y la comodidad del paciente y, todo ello, con el menor consumo de recursos posible.

Habrán casos en los que, a través de una prescripción farmacéutica de calidad, se pueda reducir el gasto sanitario global (a pesar de que se incremente el gasto farmacéutico, se ahorrarán recursos en otros capítulos), mientras que en otras situaciones, sin embargo, el hecho de administrar el medicamento más indicado para tratar la enfermedad significará un incremento del

gasto sanitario, pero se tendrá bien controlado a los pacientes y con una mayor expectativa de vida.

Estoy plenamente convencidos, lo mismo que Barrera et al, de que los indicadores de calidad de la prescripción de medicamentos tendrían que ser revisados en nuestro país, tanto en su esencia como en su finalidad, buscando que puedan ayudar a mejorar los resultados en salud de los pacientes. A medio-largo plazo, todo el Sistema Nacional de Salud se beneficiará, ya que se logrará una mayor calidad asistencial y se disminuirá la morbimortalidad de muchos ciudadanos.

Por otra parte, de acuerdo con los autores de esta carta en que sería necesaria una participación más activa en la instauración y el

seguimiento de las políticas de medicamentos en nuestro país por parte de estamentos técnicos poco implicados hasta este momento (clínicos, sociedades científicas, colegios de médicos, organización médico colegial, etc.), lo que ayudaría tremendamente a que se implantasen indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica más lógicos, coherentes y con la finalidad de incrementar el nivel de salud de los ciudadanos de nuestro país, tanto los sanos como los enfermos.

Javier Soto Álvarez

Unidad Médica. Pfizer España. Madrid.
España.

AGENDA

Cursos

Universidad de Valladolid
Facultad de Medicina
7.ª Edición Especialista Universitario
en Homeopatía

Inicio: 17 de noviembre de 2006.

Finalización: 15 de junio de 2008.

Preinscripción: hasta el 20 de octubre de 2006.

Información:

Fundación General de la Universidad de Valladolid.

Plaza de Santa Cruz, n.º 5.
47002 Valladolid.

Correo electrónico:

información@funge.uva.es

CARTAS AL DIRECTOR