

**ORIGINALES**

# Utilidad del informe del usuario en la monitorización del uso racional de medicamentos

J.J. Gascón Cánovas<sup>a</sup>, P.J. Saturno Hernández<sup>a</sup>, J.A. Sánchez Sánchez<sup>b</sup>  
y Grupo de Trabajo del Proyecto PROSPER\*

Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Murcia y Centro de Salud del Barrio del Carmen (Murcia).

**Objetivo.** Determinar la utilidad del informe del usuario en la construcción de indicadores del uso racional de medicamentos y analizar sus ventajas y limitaciones en relación con la historia clínica.

**Diseño.** Estudio multicéntrico, transversal.

**Emplazamiento.** Ocho centros de atención primaria de salud.

**Pacientes.** Para cada centro se ha seleccionado una muestra aleatoria y estratificada por cupo médico de 125 sujetos mayores de 18 años que habían acudido alguna vez a la consulta médica durante los últimos 12 meses (1.000 sujetos en total).

**Mediciones y resultados principales.** Se ha diseñado y distribuido un cuestionario «tipo informe» (con preguntas que hacen referencia a experiencias objetivas y concretas) en el que se recoge información sobre diversos aspectos del uso de medicamentos. Adicionalmente se han revisado estos datos en las historias clínicas de los sujetos que han respondido al cuestionario.

La proporción de respuesta ha sido del 43,7% para el cuestionario global y ha oscilado entre un 92,0% y el 46,0% en los diferentes ítems específicos. Tanto la edad del paciente, como el número de consultas y presentar alguna enfermedad crónica han influido en el grado de respuesta al cuestionario. No obstante, el usuario proporciona 2-5 veces más información que la historia clínica, con una fiabilidad moderada-alta. Por otra parte, la concordancia entre lo informado y lo registrado varía en un 72,0-82,0%.

**Conclusiones.** El informe del usuario puede ser útil, como sustituto y como complemento de otras fuentes de información, para construir indicadores del uso racional de medicamentos desde una perspectiva integral.

**Palabras clave:** Gestión de calidad. Uso racional de medicamentos. Cuestionario.

## USEFULNESS OF PATIENTS' REPORTS IN MONITORING RATIONAL USE OF MEDICINES

**Objectives.** To determine the usefulness of patients' reports in constructing indicators of the rational use of medicines and to analyse these reports' benefits and limitations in comparison with the medical records.

**Design.** Cross-sectional multi-centred study.

**Setting.** Eight primary care health centres.

**Patients.** For each centre a randomised sample, stratified by medical list, was selected of 125 subjects over 18 who had attended on some occasion the medical clinic in the previous 12 months (1000 subjects in all).

**Measurements and main results.** A «report-type» questionnaire was designed and distributed (with questions referring to objective concrete experiences), in which information was gathered on various aspects of the use of medicines. In addition, these data were checked against the medical records of the subjects who answered the questionnaire. The reply rate was 43.7% for the questionnaire as a whole. It fluctuated between 92.0% and 46.0% in different specific items. The age of the patient, the number of consultations and suffering a chronic illness all affected the level of response to the questionnaire. Nevertheless, the users provided between 2 and 5 times more information than the medical record, with moderate-to-high reliability. Concordance between what was reported and what was recorded varied between 72.0% and 82.0%.

**Conclusions.** The user's report can be useful, as a substitute for and as a complement to other sources of information, to construct indicators of the rational use of medication from an integrated perspective.

**Key words:** Availability assurance. Drug review. Questionnaire.

(Aten Primaria 2001; 27: 395-402)

Este trabajo ha sido financiado, en parte, por la beca EMCA 950436 de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de la Región de Murcia.

\*Grupo de Trabajo del Proyecto PROSPER: E. Albaladejo Monreal, (Centro de Salud del Barrio del Carmen, Murcia); F. Alcaine Soria (Centro de Salud del Palo, Málaga); A. Gimeno Aznar y E. Albéniz-Martínez de Lizarrondo (Centro de Salud de Barañain, Navarra); A. Louro González (Centro de Salud de Cambre, La Coruña); F. Mondéjar Quirós (Centro de Salud de Iscar, Valladolid); C. Viana Zulaica (U.D. de Medicina Familiar y Comunitaria, La Coruña); J. Herranz Valera (Centro de Salud de Molina de Segura, Murcia); J. Alcántara Muñoz (Centro de Salud de Santomera, Murcia); D. Gómez-Calcerrada Berrocal (Centro de Salud de Santa María de Gracia, Murcia), y J. López Caravaca (Centro de Salud de Santa María de Gracia, Murcia).

Correspondencia: Juan J. Gascón Cánovas.  
Facultad de Medicina. 30.100 Campus Universitario de Espinardo (Murcia).  
Correo electrónico: gasconjj@um.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 10-I-2001.

## Introducción

El uso de medicamentos es uno de los componentes fundamentales de la calidad de la atención primaria de salud. En él se incluyen aspectos relacionados con la prescripción médica (eficacia, seguridad, efectividad y eficiencia del fármaco)<sup>1-11</sup> y con la administración del fármaco por el propio usuario (dosis, duración y pautas específicas)<sup>12-14</sup>. Por ello, un abordaje integral del uso racional de medicamentos debería comprender todos estos elementos.

No obstante, la fuente de datos utilizada habitualmente en la evaluación del uso racional de medicamentos ha sido la historia clínica<sup>3,6,9,10,15</sup>. Se supone que este sistema de registro es objetivo y fiable, pero diversos estudios han puesto de manifiesto que determinados aspectos de la atención médica se registran de forma incompleta<sup>16,17</sup>, que los errores son frecuentes<sup>18,19</sup> y que no se refleja de forma precisa la calidad de la atención sanitaria<sup>20</sup>.

Por otro lado, se ha señalado que el propio usuario se encuentra en una situación privilegiada para facilitar datos descriptivos objetivos y fiables sobre la calidad de la atención recibida<sup>21-23</sup>. Preguntar al propio paciente sobre sus experiencias objetivas y concretas en relación con el tratamiento médico puede ser en algunos aspectos un sustituto de la historia clínica y probablemente la única forma de valorar de forma integral la calidad en el uso de medicamentos

(prescripción médica y administración de medicamentos por el usuario). El planteamiento teórico de este enfoque ha sido extensamente discutido<sup>24,25</sup>, pero el análisis de su utilidad, aunque se ha visto confirmada en la mayoría de las ocasiones por la evidencia empírica<sup>26</sup>, se ha reducido exclusivamente al estudio de determinados medicamentos<sup>27</sup> o a los tratamientos indicados en una enfermedad concreta<sup>26,28</sup>.

Por ello, este estudio se dirige a valorar la utilidad del informe del usuario en la construcción de indicadores del uso racional de medicamentos, analizando sus ventajas y limitaciones en relación con la historia clínica. Asimismo, se estudian los factores que condicionan el grado de utilidad de este informe.

## Material y método

### Ámbito de estudio

El estudio se ha llevado a cabo en 8 centros de atención primaria de salud. Cuatro de ellos se encuentran situados en la Región de Murcia y el resto pertenecen a las comunidades de Galicia (2), Andalucía (1) y Navarra (1).

### Unidades y muestra de estudio

La población de estudio comprendía a los pacientes mayores de 18 años que habían sido atendidos durante los últimos 12 meses en las consultas de medicina de familia. Para asumir un error del 5% en el cálculo de los intervalos de confianza, y suponiendo una proporción de respuesta al cuestionario del 40%, se seleccionaron 125 sujetos en cada centro de salud (1.000 sujetos en total), mediante un muestro aleatorio y estratificado por cupo médico.

### Recogida de datos y variables en estudio

El cuestionario tiene dos apartados: a) información individual (tabla 1), y b) informe del uso de medicamentos. Este último apartado consta de 12 preguntas tipo informe sobre experiencias objetivas y concretas relacionadas con la prescripción, la adquisición y la administración de los medicamentos rece-

TABLA 1. Características de la muestra de estudio: diferencias entre los que responden al cuestionario y los que no lo hacen

	Porcentaje que responde (n = 437)	Porcentaje que no responde (n = 563)	p
<b>Edad</b>			
18-34 años	28,3	33,5	0,072
35-64 años	37,6	44,2	0,032
≥ 65 años	34,1	22,3	< 0,001
Género femenino	63,2	56,2	0,034
Presentación de alguna enfermedad crónica	38,8	24,3	< 0,001
<b>Número de consultas anuales</b>			
1-2	28,8	34,0	0,082
3-5	29,7	37,2	0,010
≥ 6	41,5	28,8	< 0,001
<b>Nivel académico*</b>			
Sin estudios	8,6	—	—
Educación primaria o básica	49,4	—	—
Formación profesional	6,9	—	—
Bachiller superior	17,9	—	—
Diplomado universitario	7,7	—	—
Licenciado universitario	8,6	—	—
Doctor o máster universitario	1,1	—	—

\*Información no disponible en la historia clínica.

tados durante los últimos 12 meses por el médico de familia. Seis son abiertas, 2 cerradas y 4 semiabiertas (varias opciones cerradas y una abierta). A su vez, este apartado consta de 3 subapartados: a) información de los aspectos cuantitativos de la prescripción; b) información sobre aspectos genéricos de la prescripción, y c) información sobre aspectos específicos de un medicamento concreto (seleccionado por el propio paciente de entre el total de medicamentos recetados) (tabla 2).

Por otra parte, una vez que terminó el plazo de devolución del cuestionario, se consultaron las historias clínicas para recoger los siguientes datos: edad, sexo, presentación de alguna enfermedad crónica (cardiopatía, EPOC, asma, diabetes o artrosis) y número de consultas efectuadas en el centro de salud durante los últimos 12 meses. Adicionalmente, en la muestra de sujetos que participó en el estudio (aquellos que contestaron y devolvieron el cuestionario), se recogieron también datos sobre la posología y las recomendaciones de uso del medicamento seleccionado por el propio usuario en el apartado c del cuestionario. La revisión de estos registros clínicos la realizaron 8 investigadores entrenados (uno en cada centro de salud) que

no conocían las respuestas de los cuestionarios.

### Distribución del cuestionario

El cuestionario se remitió por correo adjuntando un sobre, con franqueo en destino, para facilitar su devolución. Dos semanas después, para estimular la respuesta, se contactó por teléfono con aquellos sujetos que no habían devuelto el cuestionario. Todos los cuestionarios tenían un código numérico con el fin de identificar y vincular los datos del informe del usuario con los de la historia clínica correspondiente.

### Análisis estadístico

El análisis tenía los siguientes objetivos. Primero, cuantificar el porcentaje de respuestas útiles proporcionadas por el usuario y comparar esta cantidad de información con la aportada por la historia clínica; segundo, valorar la fiabilidad del informe; tercero, determinar los factores relacionados con la utilidad y la fiabilidad de este informe, y por último determinar el sesgo potencial de no respuesta al cuestionario.

En cada una de las preguntas del informe del uso de medicamentos se ha calculado la proporción de ítems que son

**TABLA 2. Proporción de respuestas útiles**

	% ± IC del 95%
<b>I. Información sobre aspectos cuantitativos de la prescripción</b>	
1. Prescripción de algún medicamento (n = 437)(ce),(hc)	92,5 ± 2,5
2. Número de medicamentos recetados (n = 437)(ab),(hc)	46,0 ± 5,4
<b>II. Información sobre aspectos genéricos de la prescripción</b>	
3. Adquisición de todos los medicamentos en la oficina de farmacia (n = 331)(ca)	98,5 ± 5,2
4. Problemas o errores en la adquisición de los medicamentos (n = 331)(ca)	87,5 ± 3,6
5. Nombre de los medicamentos recetados (n = 331)(ab), (hc)	85,5 ± 3,8
6. Indicación terapéutica de los medicamentos (n = 283)(ab),(hc)	85,5 ± 4,1
7. Información confusa o contradictoria, facilitada por los profesionales sanitarios, sobre el uso de los medicamentos (n = 331)(ca)	90,0 ± 3,2
<b>III. Información sobre aspectos específicos de la prescripción*</b>	
8. Nombre del medicamento (n = 331)(ab),(hc)	71,0 ± 4,9
9. Duración del tratamiento (n = 331)(ce),(hc)	68,2 ± 5,0
10. Número de tomas diarias (n = 331)(ab),(hc)	70,1 ± 4,9
11. Número de unidades administradas en cada toma (n = 331)(ab),(hc)	66,5 ± 5,1
12. Recomendaciones de uso (n = 331)(ca)	62,9 ± 5,2

\*Indicaciones proporcionadas por el médico en relación con uno de los medicamentos recetados durante los últimos 12 meses (seleccionado y especificado por el propio paciente).

(ab)Pregunta abierta.

(ca)Pregunta cerrada con una opción abierta.

(ce)Pregunta cerrada.

(hc)Datos que se registran de forma sistemática en la historia clínica o que se pueden extraer consultando este registro clínico.

contestados y que contienen información útil. En general, en las preguntas que no son cerradas, se ha considerado que la información es útil si la respuesta está relacionada directamente con lo que se pregunta. En concreto, en los ítems en los que se pregunta el nombre y la indicación de los medicamentos recetados, la respuesta se tenía que corresponder con alguno de los principios activos o especialidades farmacéuticas contenidos en el índice de especialidades farmacéuticas<sup>29</sup> o con la lista de diagnósticos y enfermedades del ICPC-2<sup>30</sup>, respectivamente. El denominador ha estado constituido por el total de sujetos que responden al cuestionario en los ítems sobre los aspectos cuantitativos de la prescripción y por el total de sujetos que refieren la prescripción de algún medicamento en el resto de ítems.

Las diferencias entre la cantidad de información aportada por el informe (IAI) y la registrada en la historia clínica (IRHC) se han calculado de forma absoluta (IAI-IRHC) y de forma relativa (IAI/IRHC) para los datos sobre aspectos específicos de la prescripción.

También se ha analizado la fiabilidad que tiene el informe del usuario para

proporcionar datos sobre las indicaciones del médico (duración del tratamiento, número de tomas diarias, unidades administradas en cada toma y recomendaciones de uso). Se ha calculado para cada uno de estos ítems la concordancia entre los datos informados por el paciente y los registrados en la historia clínica. Se han excluido del estudio los casos en los que está información no se encuentra disponible en ambas fuentes de datos.

Para analizar los factores relacionados con la utilidad y la fiabilidad del informe del usuario se han construido tantos modelos multivariantes como ítems analizados. Se ha empleado la regresión logística<sup>31</sup> y el método «enter», en un modelo ajustado con las siguientes variables: grupo de edad (1, 18-34; 2, 35-64, y 3, ≥ 65 años), género, nivel académico, presentación de alguna enfermedad crónica y número de consultas en atención primaria de salud durante el último año (grupo 1, 1-2; grupo 2, 3-5, y grupo 3, ≥ 6). La variable dependiente se ha modelado en el análisis de la información útil como 1 (respuesta útil) y como 0 (respuesta no útil), mientras que en el análisis de la fiabilidad se ha codificado como 1 (concordancia entre los

datos informados y los registrados) y como 0 (el resto de los casos).

Por último, en el estudio del sesgo potencial de no-respuesta al cuestionario también se ha empleado la regresión logística y el método «enter», pero en este análisis sólo se han incluido en los modelos multivariantes las variables que presentan diferencias significativas (aplicando el test de la  $\chi^2$ ) entre los que responden al cuestionario y los que no lo hacen. Las variables dependientes han sido los numeradores de los indicadores del uso racional de medicamentos construidos a partir del informe del usuario. Éstos se han codificado como 1 (sí) y 0 (no). Los datos se han manejado mediante el programa Microsoft Access IV<sup>®</sup> y todos los análisis estadísticos se han realizado con el programa SPSS/PC(+)<sup>®</sup>.

## Resultados

### *Proporción de respuesta y características de los pacientes que responden al cuestionario*

En total han contestado y devuelto el cuestionario 437 personas (43,7% de la muestra seleccionada), de entre las cuales en el 48,2% no fue necesario el recordatorio telefónico. En general, la participación ha sido significativamente mayor en las mujeres, los sujetos de edad avanzada, los hiperfrecuentadores y los que tienen alguna enfermedad crónica (tabla 1). En 20 de los sujetos que respondieron al cuestionario no fue posible localizar la historia clínica.

### *Proporción de respuestas útiles*

La proporción de respuesta útil ha sido superior al 80% en las preguntas sobre aspectos genéricos de la prescripción y en la pregunta dicotómica sobre la prescripción de algún medicamento (6 de los 11 ítems del cuestionario), pero ha sido ligeramente menor en los ítems sobre aspectos específicos de un medicamento concreto (4/11 ítems; rango, 57,7-75,0%). No obstante, en la mayoría de las ocasiones (81-92%) esto ha sido

TABLA 3. Factores asociados a la respuesta útil en ítems específicos (OR ajustada)

	Número de medicamentos recetados	Duración del tratamiento	Número de tomas al día	Unidades administradas en cada toma	Recomendaciones proporcionadas por el médico
<b>Edad</b>					
18-34 años	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
35-64 años	0,72 (0,42-1,23)	0,65 (0,33-1,27)	0,70 (0,36-1,39)	0,87 (0,44-1,70)	0,78 (0,41-1,50)
≥ 65 años	0,58 (0,27-1,24)	0,71 (0,29-1,73)	0,71 (0,28-1,75)	1,06 (0,43-2,62)	0,73 (0,30-1,73)
<b>Género</b>					
Femenino	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Masculino	0,99 (0,63-1,59)	1,17 (0,68-2,00)	1,21 (0,70-2,10)	1,25 (0,73-2,14)	1,32 (0,78-2,23)
<b>Enfermedad crónica</b>					
No	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Sí	<b>0,50 (0,34-0,80)</b>	0,70 (0,36-1,34)	0,74 (0,38-1,44)	0,55 (0,28-1,08)	0,61 (0,32-1,16)
<b>Número de consultas anuales</b>					
1-2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
3-5	0,62 (0,36-1,07)	1,12 (0,57-2,20)	1,50 (0,76-2,98)	1,72 (0,87-3,41)	1,71 (0,88-3,31)
≥ 6	<b>0,30 (0,18-0,52)</b>	1,90 (0,97-3,71)	<b>2,40 (1,21-4,67)</b>	2,15 (1,11-4,16)	<b>2,47 (1,29-4,73)</b>

En negrita, intervalos estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ).

TABLA 4. Análisis comparativo de la información aportada por ambas fuentes de datos: informe del usuario frente a historia clínica (HC)<sup>a</sup>

	Concordancia	Información adicional <sup>b</sup> (% ± IC del 95%)	Ratio de la información adicional <sup>c</sup>
Duración del tratamiento (n = 69)	72,5 ± 10,5	47,4 ± 9,1 <sup>d</sup>	3,20 (2,00-4,94) <sup>d</sup>
Número de tomas diarias (n = 106)	74,5 ± 8,3	38,1 ± 8,6 <sup>d</sup>	2,32 (1,72-3,13) <sup>d</sup>
Número de unidades administradas en cada toma (n = 99)	82,8 ± 9,0	36,6 ± 8,7 <sup>d</sup>	2,10 (1,53-2,76) <sup>d</sup>

<sup>a</sup>En relación con el medicamento seleccionado y especificado por el propio paciente de entre los recetados durante el último año.

<sup>b</sup>Porcentaje de respuestas útiles en el informe del usuario - porcentaje de HC con datos útiles.

<sup>c</sup>Porcentaje de información útil en el informe del usuario/porcentaje de HC con datos útiles.

<sup>d</sup> $p < 0,01$ .

debido a que el usuario no ha seleccionado ni especificado en este apartado ninguno de los medicamentos recetados durante los últimos 12 meses (tabla 2). De hecho, si se excluyen estos casos del análisis, la respuesta útil aumenta de forma considerable en todos estos ítems, alcanzando niveles superiores al 90,0%. Solamente en una de las preguntas del cuestionario —número de medicamentos recetados— el usuario ha proporcionado poca información (46,0% ± 5,4) (tabla 2).

Asimismo, la aportación de información útil ha estado estrechamente relacionada con algunas de las características del usuario. Los pacientes que presentan alguna enfermedad crónica y los hiperfrecuentadores (≥ 6 consultas

anuales) son los que responden menos a la pregunta del número de medicamentos recetados durante los últimos 12 meses (tabla 3). Por el contrario, cuando se preguntan las indicaciones recibidas en relación con la posología y el uso del medicamento, la probabilidad de obtener una respuesta útil es más elevada en los sujetos con mayor frecuentación al centro de salud (≥ 6 consultas anuales) (tabla 3).

#### *Información adicional y fiabilidad de las respuestas proporcionadas por el usuario*

Las indicaciones sobre la posología del medicamento han sido escasamente anotadas en los registros clínicos (historia clínica y fi-

cha de largo tratamiento). Consultando estos registros, sólo en una reducida parte de los medicamentos seleccionados y especificados por el usuario es posible averiguar la duración del tratamiento (20,8% ± 4,4), el número de unidades administradas en cada toma (29,9% ± 4,9) o el número de tomas diarias (32,0% ± 5,0). De hecho, sólo el 58% de los medicamentos seleccionados y especificados por el usuario han sido anotados en la historia clínica o en la ficha de largo tratamiento. Por otra parte, el registro de las indicaciones dadas en relación con el uso de los medicamentos se ha realizado de forma excepcional (0,006%). En contraste, el informe del usuario ha proporcionado mucha más información, sobre todo

**TABLA 5. Factores asociados a la fiabilidad del informe sobre las indicaciones proporcionadas por el médico (OR ajustada)**

	Duración del tratamiento	Número de tomas al día	Unidades administradas en cada toma
<b>Edad</b>			
≥ 65 años	1,0	1,0	1,0
35-64 años	<b>4,20 (1,10-17,02)</b>	0,96 (0,28-3,26)	1,72 (0,42-6,91)
18-34 años	<b>8,90 (1,20-25,45)</b>	0,93 (0,19-4,61)	2,41 (0,32-18,4)
<b>Género</b>			
Femenino	1,0	1,0	1,0
Masculino	1,01 (0,31-3,30)	0,60 (0,22-1,67)	1,61 (0,51-5,01)
<b>Enfermedad crónica</b>			
No	1,0	1,0	1,0
Sí	2,28 (0,50-10,38)	1,61 (0,48-5,48)	1,51 (0,34-6,73)
<b>Número de consultas anuales</b>			
1-2	0,78 (0,17-3,53)	0,87 (0,24-3,10)	1,21 (0,28-5,30)
3-5	0,75 (0,18-3,10)	0,68 (0,21-2,19)	1,18 (0,27-5,04)
≥ 6	1,0	1,0	1,0

En negrita los intervalos estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ).

de las indicaciones recibidas en relación con la duración del tratamiento (tabla 4).

Asimismo, y de forma general, la información proporcionada por el usuario concuerda en gran medida con los datos registrados por el médico en la historia clínica. La fiabilidad ha sido bastante elevada cuando se informa sobre el número de unidades administradas en cada toma ( $82,8\% \pm 9$ ), aunque disminuye sensiblemente en la respuesta sobre la duración del tratamiento ( $72,5\% \pm 10,5$ ) (tabla 4). No obstante, en esta última pregunta la probabilidad de obtener una respuesta fiable ha sido inversamente proporcional a la edad del paciente (tabla 5).

#### *Impacto del sesgo de no-respuesta*

Por otra parte, algunas de las características que diferencian a los sujetos que no responden al cuestionario respecto a los que sí lo hacen influyen en la estimación de algunos indicadores del uso racional de medicamentos construidos a partir del informe del usuario. Se observa en este sentido que la probabilidad de recibir al-

guna prescripción es más elevada entre los sujetos hiperfrecuentadores y que es más frecuente entre los sujetos ancianos no haber recibido ninguna recomendación sobre el uso del medicamento. Ambos grupos de sujetos, hiperfrecuentadores y ancianos son precisamente los que más responden al cuestionario (tabla 6).

#### **Discusión**

##### *Utilidad de la información aportada por el paciente*

Los resultados de nuestro estudio revelan que la información proporcionada por el usuario puede tener una gran aplicabilidad en la evaluación del uso racional de medicamentos, si bien su utilidad varía en función del elemento que se pretenda estudiar. Parece que se tienen menos dificultades para recordar los temas relacionados con la prescripción en general que cuestiones más específicas sobre un medicamento en particular. Asimismo, la infradeclaración y las respuestas ambiguas se han producido sobre todo en las preguntas de tipo abierto, lo que nos sugiere que en este tipo de ítems

son más frecuentes los problemas de comprensión. Ya se ha señalado en este sentido que la probabilidad de obtener ítems no contestados, en un cuestionario administrado por correo, es 2-3 veces mayor en las preguntas abiertas que en las cerradas<sup>32</sup>.

##### *El paciente como fuente de información sustitutiva y complementaria de la historia clínica*

Sin embargo, el informe del usuario ha proporcionado mucha más información que la historia clínica, incluso en los aspectos que se informan de forma parcial. Otros estudios también han señalado a este respecto que hasta un 40% de los medicamentos referidos por el paciente no se anotan en ningún registro clínico<sup>26,33</sup> y que la morbilidad informada por el paciente suele ser superior a la que se registra en las historias clínicas<sup>34</sup>.

Por otra parte, el usuario también informa sobre aspectos relevantes de la prescripción que no son registrados de forma rutinaria en la historia clínica. Sin su participación sería muy difícil identificar,

TABLA 6. Sesgo de no-respuesta al cuestionario: influencia de determinadas características (significativamente diferentes entre los sujetos que responden y los que no lo hacen) sobre los numeradores de los indicadores del uso racional de medicamentos (OR ajustada)

	Edad < 35 <sup>a</sup>	Edad ≥ 65 <sup>a,c</sup>	Género femenino <sup>c</sup>	Enfermedad crónica <sup>c</sup>	N.º consultas (3-5) <sup>b,d</sup>	N.º consultas (≥ 6) <sup>b,c</sup>
1. Alguna prescripción	1,34 (0,63-2,90)	0,95 (0,40-2,25)	1,55 (0,82-2,87)	1,54 (0,67-3,50)	2,11 (0,98-5,49)	<b>3,04</b> <b>(1,35-6,77)</b>
2. Se retiraron todos los medicamentos de la farmacia	1,03 (0,19-9,77)	0,51 (0,02-12,8)	1,04 (0,24-10,6)	6,97 (2,72-17,8)	1,73 (0,17-17,51)	0,41 (0,05-3,41)
3. Problemas en la dispensación en la oficina de farmacia	3,14 (0,57-17,2)	0,80 (0,15-4,42)	1,44 (0,13-15,8)	0,94 (0,05-18,5)	0,61 (0,03-14,9)	1,91 (0,12-30,6)
4. Se recibió información confusa	0,22 (0,02-2,91)	0,86 (0,15-5,02)	0,48 (0,02-9,96)	0,79 (0,12-5,42)	0,79 (0,03-8,61)	0,58 (0,03-10,9)
5. No se recibieron indicaciones sobre la posología del tratamiento	0,29 (0,08-1,07)	0,58 (0,24-1,41)	1,04 (0,45-2,43)	1,37 (0,44-4,29)	0,74 (0,21-2,68)	1,46 (0,51-4,21)
6. No se recibieron indicaciones sobre las recomendaciones de uso	1,56 (0,74-3,27)	<b>0,28</b> <b>(0,11-0,75)</b>	1,40 (0,72-2,74)	0,70 (0,30-1,64)	1,43 (0,61-3,40)	1,78 (0,78-4,03)

<sup>a</sup>La categoría de referencia es el grupo de edad de 35-65 años.

<sup>b</sup>La categoría de referencia es el grupo de sujetos con 1 o 2 consultas.

<sup>c</sup>Categoría con un porcentaje significativamente más elevado en los que responden que en los que no lo hacen.

<sup>d</sup>Categoría con un porcentaje significativamente más elevado en los que no responden que en los que lo hacen.

En negrita los intervalos con significación estadística ( $p < 0,05$ ).

por ejemplo, problemas derivados de una información insuficiente o ambigua durante el momento de la prescripción, así como problemas relacionados con la accesibilidad, la adquisición o la utilización de los medicamentos por el usuario.

No obstante, la proporción de respuesta, tanto de forma global al cuestionario como de forma específica a algunos de sus ítems, puede dar lugar a una imagen sesgada del fenómeno que se pretende medir. Como consecuencia de la no-respuesta global, se infraestima el porcentaje de pacientes que no han recibido indicaciones específicas sobre la forma de uso del medicamento y se sobrestima el porcentaje de sujetos con alguna prescripción. Asimismo, en relación con la proporción de respuesta a un ítem específico, el hecho de que los hiperfrecuentadores respondan menos a la pregunta del número de medicamentos recetados puede ocasionar un sesgo que infraestime la media de medicamentos. Ambos tipo de sesgos no invalidan el informe del usuario porque pueden ser controlados siempre que sean detectados<sup>35,36</sup>. Sin embargo, con mucha frecuencia se han subrayado las conse-

cuencias del sesgo de no-respuestas al cuestionario, pero no se ha considerado el sesgo de no-respuesta a preguntas específicas<sup>37</sup>, que tal como hemos comprobado en nuestro estudio puede tener una magnitud considerable.

En general, el informe del usuario es bastante fiable, pero presenta diferencias muy importantes según la edad del paciente, alcanzando niveles muy bajos en los pacientes de mayor edad. Por ello, su utilización puede presentar importantes limitaciones cuando la población de estudio es la población anciana. No obstante, es muy probable que el período en el que se ha indagado el uso de los medicamentos (12 meses) haya sido muy amplio para poder ser recordado por parte de los sujetos de edad más avanzada. De hecho, en la población general la capacidad de informar con precisión sobre determinadas experiencias es muy elevada cuando éstas son recientes<sup>24</sup> (dentro de los 3 meses previos a la encuesta), pero disminuye drásticamente conforme aumenta este intervalo de tiempo<sup>38</sup>. En el mismo sentido, se ha señalado que la capacidad de recordar la posología del tratamiento disminuye conforme aumenta la

edad<sup>24,39</sup> y también se ha demostrado que los ancianos y los sujetos con menor nivel académico proporcionan una información menos fiable<sup>24</sup>. Sin embargo, este último extremo no ha podido ser constatado en nuestro trabajo debido a que una elevada proporción de sujetos no responde cuando se le pregunta el nivel de estudios.

No obstante, desde otra perspectiva, si consideramos que la información proporcionada por el paciente se basa en realidad en el uso que éste hace del medicamento, la magnitud de la discordancia entre lo que declara el paciente y lo que se registra en la historia equivale al grado de incumplimiento terapéutico, y puede reflejar en consecuencia problemas en la interacción y comunicación establecida entre el médico y el paciente<sup>40</sup>. Recientemente se ha subrayado, en este sentido, que el informe del paciente puede ser muy adecuado para detectar problemas de cumplimiento terapéutico<sup>41</sup>.

En conclusión, y teniendo en cuenta las limitaciones descritas anteriormente, el informe del usuario se puede plantear como una fuente de datos más efectiva

y eficiente que la historia clínica para evaluar la calidad del uso de medicamentos. Asimismo, resulta imprescindible para obtener información sobre ciertos aspectos de la utilización de medicamentos que no se recogen de forma sistemática en la historia clínica<sup>15</sup>.

## Bibliografía

1. Gené J, Mas M, Ramos F, Martín M, Torres R. Análisis de la prescripción de la Unidad Docente de Cornellà de Llobregat (Barcelona). *Aten Primaria* 1984; 1: 279-286.
2. Fioi M, Guillaumet J, Llobera J, López R, Pareja A, Pérez JA et al. La prescripción farmacéutica: comparación entre el viejo y nuevo modelo de atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1990; 7: 32-38.
3. Alférez NP, Puche F, De la Revilla L. Estudio de las prescripciones farmacéuticas en el Centro de Salud de la Cartuja. *Aten Primaria* 1985; 2: 18-20.
4. Del Río A, Guerra L. Informe sobre indicadores cualitativos de la prescripción de medicamentos. Subdirección General de Prestaciones y Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994.
5. Albert V, Maestro E. Prescripción de fármacos a nivel ambulatorio rural. Relación con la patología prevalente. Utilidad como indicador de calidad. *Semer* 1992; oct.: 635-640.
6. Beltrán JL, López EJ, Gervas JJ. Prescripción de medicamentos en atención primaria. Estudio farmacoepidemiológico en el área de Albacete. *Rev San Hig Pub* 1990; 64: 673-692.
7. Carrin G. Drug prescribing a discussion of its variability and (ir) rationality. *Rapport 85/172*, Studiecentrum voor Economisch en Sociaal Onderzoek (SESO), Antwerpen: Antwerpen Universitaire Faculteiten St.-Ignatius, 1985.
8. Llor C. Dificultats que troba el metge d'atenció primaria per fer una prescripció de qualitat. Libro de ponencias del VII Congrés d'Atenció Primària de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Tarragona, 1993; 83-90.
9. Vila A, Llor C, Pelleja J. Análisis del valor intrínseco y potencial de uso farmacológico de las prescripciones efectuadas en un CAP. *Aten Primaria* 1991; 303: 398-402.
10. Renaud M, Beauchemin, J, Lalonde C, Poirier H, Berthianme S. Practice settings and prescribing profiles: the simulation of tension headaches to general practitioners working in different settings in the Montreal area. *AJPH* 1980; 10: 1068-1073.
11. Saturno PJ. Monitorización del uso de medicamentos en la mejora de la calidad de la prescripción. Problemas, métodos e indicadores. *Aten Primaria* 1996; 18: 331-338.
12. Jefferys M, Cooper J. Consumption of medicines on a working class housing estate. *Br J Prev Soc Med* 1960; 14: 64-76.
13. Marston MV. Compliance with medical regimens; a review of the literature. *Nursing Research* 1970; 19: 312-323.
14. Oranzo I, García LM, Bagan M, Sala C, Alcón A, Barbosa J et al. Utilización continuada de medicamentos: estudio sobre el consumidor. *Med Clin (Barc)* 1987; 89: 235-239.
15. Saturno PJ, Sánchez JA. El informe del usuario: un nuevo método para la evaluación y mejora de la atención sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 1996; 6: 271-279.
16. Buitrago F, Guillén J, Mencia JM, Agudo B, García M, Molina LJ. Análisis y evolución de la calidad de las historias clínicas en un centro de salud. *Rev San Hig Pub* 1991; 65: 421-427.
17. Sanazaro PJ. Autoevaluación profesional y calidad de la asistencia médica. *Contr Calid Asist* 1987; 2: 99-104.
18. Demlo LK, Campbell PM, Brown SS. Reliability of information abstracted from patient's medical records. *Med Care* 1978; 16: 995-1005.
19. Feinstein AR, Horwitz RI. Double standards, scientific methods, and epidemiologic research. *N Engl J Med* 1982; 307: 1611-1617.
20. Fessel WJ, Van Brunt EE. Assessing quality of care from the medical record. *N Engl J Med* 1972; 286: 134-138.
21. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* 1996; 44: 166-169.
22. Delbanco TL. Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective. *Ann Intern Med* 1992; 116: 414-418.
23. Donabedian A. The end results of health care: Ernest Codman's contribution to quality assessment and beyond. *Milbank Q* 1989; 67: 233-256.
24. Brown JB, Adams ME. Patients as reliable reporters of medical care process: recall of ambulatory encounter events. *Med Care* 1992; 30: 400-411.
25. Davies AR, Ware JE. Involving consumers in quality of care assessment. *Health Affairs* 1988; 33-48.
26. Harlow SD, Linet MS. Agreement between questionnaire data and medical records: the evidence for accuracy of recall. *Am J Hygiene* 1989; 129: 233-247.
27. Glass R, Johnson B, Vessey M. Accuracy of recall histories of oral contraceptive use. *Br J Prev Soc Med* 1974; 28: 273-275.
28. Corwin RG, Krober M, Roth HP. Patient's accuracy in reporting their past medical history, a study of 90 patients with peptic ulcer. *J Chron Dis* 1971; 23: 875-879.
29. Índice de especialidades farmacéuticas. Madrid: Edimsa, 1998.
30. ICPC-2 International Classification of Primary Care (2.a ed.). Prepared by the International Classification Committee of WONCA. Oxford: Oxford University Press, 1998.
31. Kleinbaum DG, Kupper LL, Muller KE, Nizam A. Applied regression analysis and other multivariable methods (3.a ed.). Pacific Grove: Duxbury Press, 1998; 656-686.
32. Giffith LE, Cook DJ, Guyatt GH, Charles CA. Comparison of open and closed questionnaire formats in obtaining demographic information from Canadian general internist. *J Clin Epidemiol* 1999; 52: 997-1005.
33. Hulka BS, Kupper LL, Cassel JC, Efrid RL. Medication use and misuse: physician-patient discrepancies. *J Chron Dis* 1975; 28: 7-21.
34. De Sanjosé S, Antó JM, Alonso J. Comparación de la información obtenida en una encuesta de salud por entrevista con los registros de atención primaria. *Gac Sanit* 1991; 5: 260-264.
35. Saturno PJ. Gestión de la calidad en los servicios de salud. Murcia: Universidad de Murcia, 1999.
36. Fowler FJ. Survey research methods (2.a ed.). Londres: Sage, 1993.
37. Emberton M, Black N. Impact of non-response and of late-response by patients in a multicentre surgical outcome audit. *Int J Qual Health Care* 1995; 7: 47-55.
38. Langendam MW, Van Haastrecht HJA, Van Ameijden EJC. The validity of drug users' self-reports in a

- non-treatment setting: prevalence and predictors of incorrect reporting methadone treatment modalities. *Int J Epidemiol* 1999; 28: 514-520.
39. Hulka BS, Kupper LL, Cassel JC, Efrid RL. Medication use and misuse: physician-patient discrepancies. *J Chron Dis* 1975; 28: 7-21.
40. Svarstad BL. Physicians-patient communication and patient conformity. En: Mechanic D, editor. *The growth of bureaucratic medicine: an inquiry into the dynamics of patient behaviour and the organization of medical care*. Nueva York: John Wiley, 1976; 220-238.
41. Yasin S. Detecting and improving compliance. Is concordance the solution? *Aust Fam Physician* 1998; 27: 255-260.