

- vement reporting: explanation and elaboration. *Qual Saf Health Care*. 2008;17 Suppl 1:i13-32, doi:10.1136/qshc.2008.029058.
5. Lorenzo S, Carrasco G, Lledó R. Revista de Calidad Asistencial en MEDLINE! *Rev Calid Asist*. 2009;24:135-6.
  6. Hernandez-García I. Proporción de comunicaciones orales publicadas tras su presentación en el Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial del año 2006. *Rev Calid Asist*. 2011;26:201-2.
  7. Lorenzo S. La estrategia de la Revista de Calidad asistencial. *Rev Calid Asist*. 2011;26:205-10.

E. Gómez Suárez\*

*Servicio de Quirófano, Hospital Francisco Grande Covián, Arriondas, Asturias*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [esteban.gomez@sespa.princast.es](mailto:esteban.gomez@sespa.princast.es)

doi:10.1016/j.cali.2011.12.002

## Variabilidad en la práctica clínica: calidad de prescripción de los inhibidores de la bomba de protones

### Clinical practice variations: quality of prescription of proton pump inhibitors

Sra. Directora:

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son uno de los grupos terapéuticos más prescritos por el Sistema Nacional de Salud. Pero este aumento de la prescripción no se corresponde con la prevalencia de las afecciones para los que están indicados<sup>1</sup>. Aunque las guías de práctica clínica (GPC) especifican sus indicaciones<sup>2</sup> (obviándose la hipótesis de la variación por incertidumbre o desconocimiento), existe mucha variabilidad entre los prescriptores<sup>3</sup>. La mayoría de los estudios se hacen en el medio hospitalario<sup>4,5</sup>, pero muy pocos en el ámbito de la Atención Primaria (AP). Se realizó un estudio analítico de utilización de medicamentos. Se seleccionaron los 4 centros de salud de mayor presión asistencial que atienden al 48% de la población del área. En el año 2010 se solicitó la participación voluntaria con consentimiento informado de un médico por cada centro de salud seleccionado. Se evaluó a toda la población atendida durante el año anterior. La variabilidad se midió por la razón de variación (RV), la prueba de la  $\chi^2$  y la máxima variabilidad entre prescriptores.

Se atendió a un total de 5.835 pacientes, sin diferencia estadísticamente significativa (ES) por edad, sexo y prevalencia de afecciones gástricas entre las consultas. El 18,6% (IC95% = 17,6-19,6) consumieron algún tipo de IBP, principalmente el omeprazol (84,3%), con una edad media de 61,8

años y DE = 17,7 (rango: 15-98 años), siendo las mujeres el 59,4% (IC95% = 56,5-62,3), sin diferencia ES entre la población de cada consulta. La prescripción inducida fue principalmente con el grupo no-omeprazol: 78,7% (IC95% = 71,7-85,6). La variabilidad se representa en la [tabla 1](#).

La dificultad de una selección aleatoria de las consultas ha sido la principal limitación de este estudio, pero al ser un estudio retrospectivo, el médico prescriptor no influyó en los resultados.

Uno de cada 5 pacientes atendidos en AP está recibiendo algún tipo de IBP, fundamentalmente omeprazol para obtener una gastroprotección, resultados coincidentes con otros estudios<sup>5-7</sup>, pero hay que destacar que casi la tercera parte de la prescripción es inducida, atribuyéndose el coste total al médico de AP; este problema ya ha sido recogido en anteriores estudios<sup>8</sup>. La mayor variabilidad entre médicos se debe a que la prescripción de IBP no se adecuaba a las indicaciones de las GPC: entre un 25-50% de las prescripciones según la consulta. La gastroprotección fue el motivo principal de prescripción de un IBP y la segunda causa de variabilidad entre prescriptores; en otros estudios osciló entre el 25-90%<sup>7,8</sup>.

¿Cuáles son las razones de estas diferencias entre prescriptores que no pueden justificarse ni por la prevalencia de las afecciones gástricas, ni por la profilaxis a medicamentos gastroerosivos? La demanda de la propia población (no evaluada en este estudio) es un factor decisivo, pero según los propios médicos, estos resultados corresponden a tendencias propias de cada uno («nuestro estilo de práctica») y a una resistencia al cambio en las indicaciones de los IBP para realizar una profilaxis gastroerosiva (asociar omeprazol a cualquier fármaco para gastroprotección es más una moda que una necesidad) y, por último, como ha sucedido en otros estudios<sup>9,10</sup> al desconocimiento de las propias GPC.

**Tabla 1** Variabilidad en la práctica médica. Razón de variación entre las variables que obtuvieron una diferencia estadísticamente significativa

VARIABLES	Frecuencia	Valor de p	Máxima diferencia entre prescriptores	Razón de variación
Gastroprotección	59,1%; IC95% = 56,2-62,0	< 0,001	21,3%	1,5
Afección aguda	16,9%; IC95% = 14,7-19,1	< 0,001	17,0	3,4
Afección crónica	18,7%; IC95% = 16,4-21,0	< 0,001	14,2%	2,0
Prescripción incluida	30,9%; IC95% = 28,1-33,6	< 0,009	17,7%	1,84
Prescripción que no se adecua a las GPC <sup>a</sup>	27,0%; IC95% = 24,4-29,7	< 0,001	21,7%	2,0

<sup>a</sup> Gastroprotección en < 65 años sin afección gástrica: 71,2%; prescripción por síntomas gástricos crónicos no estudiados o mal definidos: 20,1%; gastroprotección por fármacos no gastroerosivos (excluye polimedcados en > 65 años): 8,6%.

La implementación de las GPC en las consultas de AP no es complicado, lo difícil es romper las barreras y limitaciones que cada médico y la propia población ponemos ante cualquier cambio y, además, que este cambio de actitud sea duradero en el tiempo, que exista un apoyo institucional; y, con todo y con eso, su efectividad sería a largo plazo.

## Bibliografía

1. García del Pozo J. Estudio de utilización de antiulcerosos en España (2000-2008). *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2009;33:49-54.
2. Guía de la buena práctica clínica en protección gastrointestinal ante la ingesta de fármacos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Septiembre 2007.
3. Marión J, Peiro S, Márquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. *Med Clin (Barc)*. 1998;110:382-90.
4. Grupo de la Sociedad Española de Farmacia. Hospitalaria para el estudio de la utilización del omeprazol. Situación actual de la utilización del omeprazol en los hospitales españoles. *Farm Hosp*. 1997;21:257-71.
5. Hermida Ameijeiras A, Cabana González B, Lorenzo Zúñiga V. Prevalencia de prescripción-indicación de protectores gástricos en pacientes hospitalizados. *Gac Sanit*. 2007;21:412-5.
6. De Burgos Lunar C, Novo del Castillo S, Llorente Díaz E, Salinero Fort MA. Estudio de prescripción-indicación de inhibidores de la bomba de protones. *Rev Clin Esp*. 2006;206:266-70.
7. Martín-Echevarría E, Pereira A, Torralba M, Arriola G, Martín Dávila P, Mateos J, et al. Evaluación del uso de los inhibidores de la bomba de protones en un servicio de medicina interna. *Rev Esp Enferm Dig*. 2008;100:76-81.
8. Pérez Gil S, Millas Ros J, López Zúñiga MC, Arzuaga Arambarri MJ, Aldanondo Gabilondo A, San Vicente Blanco R. Análisis de la prescripción inducida en una comarca de Atención Primaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2010;25:321-6.
9. López de Castro F, Montero MJ, Valles N, Fernández O, Alejandro G, Chacón J. Variabilidad en la prescripción farmacéutica de Atención Primaria de Castilla-La Mancha durante 2003. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79:551-8.
10. Moreno García F, Sánchez Ramiro MA, Alejandro Lázaro G, Rubio Pulido O, Fernández Agüero L, Villarín Castro A, et al. ¿También somos variables ante la evidencia? *Rev Clin Med Fam*. 2010;3:18-22.

A.I. Sanjosé-Rodríguez<sup>a,\*</sup>, C. Velarde-Mayol<sup>a</sup> y J.A. Gómez De Caso-Canto<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Centro de Salud de Segovia 1, Segovia, España*

<sup>b</sup> *Sección de Epidemiología, Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social, Segovia, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [anabel342@gmail.com](mailto:anabel342@gmail.com)

(A.I. Sanjosé-Rodríguez).

doi:[10.1016/j.cali.2012.01.009](https://doi.org/10.1016/j.cali.2012.01.009)