

Efectividad de una intervención en la mejora de la calidad de prescripción con receta médica en atención especializada

V. J. Rausell Rausell, M. Tobaruela Soto¹, M. D. Nájera Pérez¹, M. D. Iranzo Fernández¹,
P. Jiménez de Zadava-Lissón López, J. J. López-Picazo Ferrer²

Servicio de Gestión Farmacéutica. Dirección General de Aseguramiento y Prestaciones. Servicio Murciano de Salud.

¹*Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario José María Morales Meseguer. Murcia.*

²*Unidad de Calidad. Gerencia de Atención Primaria. Murcia*

Resumen

Objetivo: El estudio se diseñó para investigar si proporcionar a los médicos informes personalizados de indicadores de prescripción, reforzados con la presentación del proyecto en servicios clínicos y comisiones hospitalarias, mejoraría la calidad de prescripción con receta médica en atención especializada.

Material y métodos: Estudio de intervención cuasiexperimental. Se comprobó, en tres periodos, si existían diferencias entre los médicos que recibieron la información (grupo intervención) y los que no la recibieron (grupo control) en tres indicadores globales de calidad (94 médicos): medicamentos genéricos, de baja utilidad terapéutica y novedades terapéuticas sin aportación relevante, y dos indicadores específicos: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (109 médicos) y omeprazol (169 médicos). Los indicadores se valoraron con la media (IC del 95%) y las diferencias entre grupos con la prueba z.

Resultados: Antes de la intervención los indicadores no presentaron diferencias significativas. A los 4-6 meses de la distribución de los informes, mejoró la prescripción de genéricos en el grupo intervención: 3,13% (1,79-4,47) frente a 1,81% (1,08-2,54) del grupo control, $p = 0,041$. A los 10-12 meses, el grupo intervención mejoró significativamente respecto al control en: genéricos 4,01% (2,28-5,73) frente al 2,22% (1,56-2,87), $p = 0,025$; inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina 58,89% (47,56-70,21) frente al 45,91% (36,03-55,79), $p = 0,042$; medicamentos de utilidad terapéutica baja 8,57% (5,56-11,6) frente al 12,35% (8,96-15,74), $p = 0,047$.

Rausell Rausell VJ, Tobaruela Soto M, Nájera Pérez MD, Iranzo Fernández MD, Jiménez de Zadava-Lissón López P, López-Picazo Ferrer JJ. Efectividad de una intervención en la mejora de la calidad de prescripción con receta médica en atención especializada. *Farm Hosp* 2005; 29: 86-94.

Recibido: 15-06-2004
Aceptado: 17-12-2004

Correspondencia: Víctor José Rausell Rausell. Servicio de Gestión Farmacéutica. Dirección General de Aseguramiento y Prestaciones. Servicio Murciano de Salud. C/ Pinares, 6, 4ª planta. 30001 Murcia. e-mail: victorj.rausell@carm.es

La mejora de omeprazol no alcanzó significación y las novedades terapéuticas prácticamente no variaron.

Conclusión: la intervención se mostró efectiva en la mejora de los indicadores cualitativos de prescripción con receta en atención especializada.

Palabras clave: Indicadores de calidad de prescripción. Evaluación de resultados. Grupos control.

Summary

Objective: The study was designed to research whether providing doctors with customized reports on prescription indicators, plus a presentation of the project to clinical departments and hospital boards, would improve prescription quality in specialized care.

Material and methods: Quasiexperimental intervention study. During three periods of time we observed whether any differences between physicians receiving said reports (intervention group) and physicians not receiving said reports (control group) occurred in three overall quality markers (94 physicians) – generic drugs, low therapeutic value drugs, and irrelevant novel drugs – and two specific indicators – angiotensin converting enzyme inhibitors (109 physicians) and omeprazole (169 physicians). Indicators were assessed using mean values (95% CI) and differences between groups with the z test.

Results: Prior to the intervention, indicators had no significant differences. At 4-6 months after delivering the report, generic drug prescription improved in the intervention group – 3.13% (1.79-4.47) versus 1.81% (1.08-2.54) in the control group, $p = 0.041$. After 10-12 months the intervention group had significantly improved versus the control group regarding: generic drugs, 4.01% (2.28-5.73) versus 2.22% (1.56-2.87), $p = 0.025$; ACE inhibitors, 58.89% (47.56-70.21) versus 45.91% (36.03-55.79), $p = 0.042$; and low therapeutic utility drugs, 8.57% (5.56-11.6) versus 12.35% (8.96-15.74), $p = 0.047$. Improvement regarding omeprazole did not reach statistical significance, and novel medications remained virtually unchanged.

Conclusion: The intervention proved effective for the improvement of qualitative prescription indicators in specialized care.

Key words: Prescription quality indicators. Results assessment. Control groups.

INTRODUCCIÓN

La prescripción de medicamentos en consultas externas de los hospitales y al alta de pacientes ingresados, tiene una gran repercusión sobre la prestación farmacéutica, ya que en la mayoría de los casos el posterior seguimiento de los pacientes se realiza en el nivel asistencial primario, donde, aunque el médico tiene la capacidad y obligación de cambiar el tratamiento si considera que no es el idóneo, los cambios de medicación no son habituales¹⁻⁴.

Según diversos estudios⁵⁻⁸, la prevalencia de la prescripción inducida en atención primaria (AP), oscila entre el 24 y el 55% y en pacientes con enfermedades crónicas puede llegar al 40-77%. El origen hospitalario se ha cifrado en un 34-53% de esta prescripción inducida.

El seguimiento de las prescripciones externas en atención especializada (AE), pone de manifiesto la necesidad de desarrollar estrategias para su mejora⁹, campo que los servicios de farmacia hospitalaria deberían aprovechar dado el interés de las administraciones sanitarias en controlar el incesante incremento del gasto sanitario¹⁰.

En este sentido, el servicio murciano de salud diseñó el proyecto PREAREA, orientado a mejorar la calidad de prescripción farmacéutica en AE y potenciar la coordinación entre niveles asistenciales. Se estructuró en varias fases, que se irían aplicando de manera progresiva en los hospitales públicos. La fase inicial consistía en proporcionar, a través de los servicios de farmacia hospitalaria, información periódica a los médicos de especializada de sus indicadores mediante informes personalizados de prescripción (IPP).

Numerosos estudios¹¹⁻¹⁵ indican la influencia positiva que supone recibir información sobre la propia prescripción en la mejora del uso de medicamentos, y auditar y reinformar a los médicos puede ser una actividad efectiva para modificar hábitos de prescripción. Sin embargo, otros apuntan que la información centralizada y a través de datos genéricos, proporcionada por escrito, sin ser solicitada por el médico, no mejora la calidad de prescripción¹⁶⁻¹⁸.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la efectividad de la información a los médicos sobre sus indicadores de prescripción junto con la presentación del proyecto por los servicios de farmacia hospitalaria, en la mejora de la calidad de prescripción farmacéutica con receta médica en atención especializada.

MATERIAL Y MÉTODOS

—*Diseño del estudio*: estudio prospectivo, longitudinal, de intervención cuasiexperimental sobre la prescripción con receta médica en atención especializada. Para evaluar la efectividad de la intervención se formaron dos grupos de médicos (experimental y control), y se monitorizaron los indicadores de prescripción seleccionados mediante 3 determinaciones separadas cada una por 3 meses (una antes de la intervención, otra a los 4-6 meses y otra a los 10-12 meses) (Fig. 1).

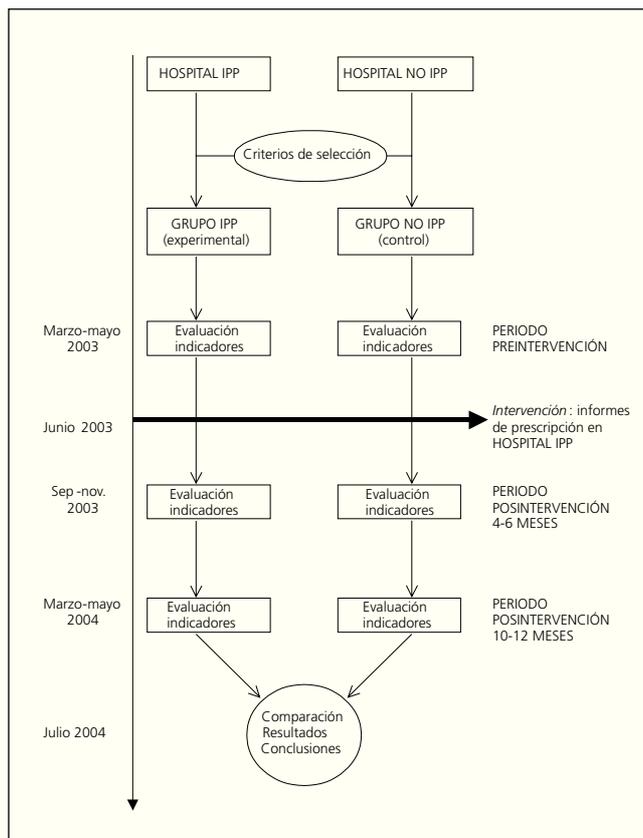


Fig. 1.- Esquema general del estudio.

—*Intervención*: la intervención consistió en la distribución mensual, desde junio de 2003, de la información correspondiente al análisis de las recetas en un hospital (Fig. 2) y presentación del proyecto en comisiones hospitalarias y servicios. En la figura 3 se muestra el modelo de IPP.

Indicadores de prescripción farmacéutica: los indicadores seleccionados se describen en la tabla I.

—*Unidades de estudio*: la constituyen cada uno de los valores de los indicadores de prescripción por médico.

—*Fuente de datos*: fichero de facturación mensual de recetas de la seguridad social del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia, base de datos de médicos de los hospitales, Nomenclátor *Digitalis* mensual (nomenclátor de medicamentos del Ministerio de Sanidad y Consumo).

—*Criterios de selección*: para la evaluación de los indicadores globales de calidad se incluyeron las prescripciones de todos los médicos de dos hospitales (el de la intervención y otro en el que no se intervino) que cumplieran con los siguientes criterios:

- Pertenecer a un servicio médico o quirúrgico.
- Prescripción por médico ≥ 50 recetas mensuales para evitar grandes fluctuaciones por la prescripción de unos pocos fármacos u otros. Este criterio no se aplicó en la evaluación de los indicadores específicos, se selecciona-

| CRONOGRAMA | 2003 | | | | | | | 2004 | | | | |
|--|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|
| | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | Ene | Feb | Mar | Abr | May |
| Presentación por SFH en comisiones médica y quirúrgica | ■ | | | | | | | | | | | |
| Edición IP de enero-marzo de 2003 (+) | ■ | | | | | | | | | | | |
| Edición IP de abril y mayo de 2003 | | ■ | | | | | | | | | | |
| Edición IP de junio de 2003 (+) | | | ■ | | | | | | | | | |
| Presentación del proyecto por el SFH en servicios clínicos | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Edición IP de julio y agosto de 2003 | | | | | ■ | | | | | | | |
| Edición IP de septiembre de 2003 (+) | | | | | | ■ | | | | | | |
| Edición IP de octubre de 2003 | | | | | | | ■ | | | | | |
| Edición IP de noviembre de 2003 | | | | | | | | ■ | | | | |
| Edición IP de diciembre de 2003 (+) | | | | | | | | | ■ | | | |
| Inclusión indicadores de prescripción en contratos-gestión | | | | | | | | ■ | | | | |
| Edición IP enero y febrero 2004 | | | | | | | | | | | ■ | |
| Edición IP marzo 2004 | | | | | | | | | | | | ■ |

Fig. 2. Cronograma de actividades realizadas en el Hospital Morales Meseguer, enmarcadas dentro del proyecto PREAREA. IP: informes de prescripción con receta, constan del IPP que se distribuye a los médicos, informes por servicio y comparativo entre servicios de los hospitales de la región, que se distribuyen a los jefes de servicio e informes a nivel de hospital que no se distribuyen; (+): se incluyen listados actualizados de EFG, UTB y NTSAR que se distribuyen a los servicios. La edición de los IP la realiza el servicio de farmacia y la distribución de los informes la dirección médica.

Próximas actividades dentro del proyecto PREAREA: a) presentación de las guías farmacoterapéuticas de área (septiembre-diciembre 2004); b) evaluación de resultados (octubre-diciembre 2004); c) revisión y mejora de los IP (octubre-diciembre 2004); d) propuesta de extensión del proyecto a los hospitales del servicio murciano de salud (enero 2005). El seguimiento de los indicadores de prescripción en AE es continuo.

Tabla I. Indicadores de prescripción farmacéutica seleccionados

| Indicador | Fórmula | Excepción | Aclaración |
|--------------------------------|--|-----------|---|
| Indicadores globales | | | |
| %EFG | $\frac{\text{Envases EFG}}{\text{Envases totales}} \times 100$ | Ninguna | Se consideran EFG los autorizados como tal por el Ministerio de Sanidad e incluidos en el Nomenclátor oficial de medicamentos |
| %UTB | $\frac{\text{Envases UTB}}{\text{Envases totales}} \times 100$ | Ninguna | Se consideran UTB los clasificados como tal por el Ministerio de Sanidad e incluidos en el Nomenclátor oficial de medicamentos |
| %NTSAR | $\frac{\text{Envases NTSAR}}{\text{Envases totales}} \times 100$ | Ninguna | Se consideran NTSAR las especialidades farmacéuticas que contengan un principio activo comercializado en los últimos 3 años, clasificado sin aportación relevante siguiendo los criterios de clasificación* |
| Indicadores específicos | | | |
| %IECA | $\frac{\text{Nº DDD IECA}}{\text{Nº DDD BSRA}} \times 100$ | Ninguna | BSRA: IECA + ARAll |
| %OME | $\frac{\text{Nº DDD OME}}{\text{Nº DDD IBP}} \times 100$ | Ninguna | IBP: omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol, esomeprazol |

*Criterios de clasificación de las novedades terapéuticas: en 2003 las clasificadas como tipo "C" por la revista Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud y para las comercializadas en 2004, la clasificación se basó en las revisiones de esta revista junto con las de *Australian Prescribe* y *Panorama Actual del Medicamento*. EFG: especialidades farmacéuticas genéricas; UTB: medicamentos de utilidad terapéutica baja; NTSAR: novedades terapéuticas sin aportación relevante; DDD: dosis diarias definidas; BSRA: bloqueantes del sistema renina-angiotensina (antihipertensivos). Este grupo de fármacos está constituido por los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARAll); OME: omeprazol; IBP: inhibidores de la bomba de protones (antiulcerosos).

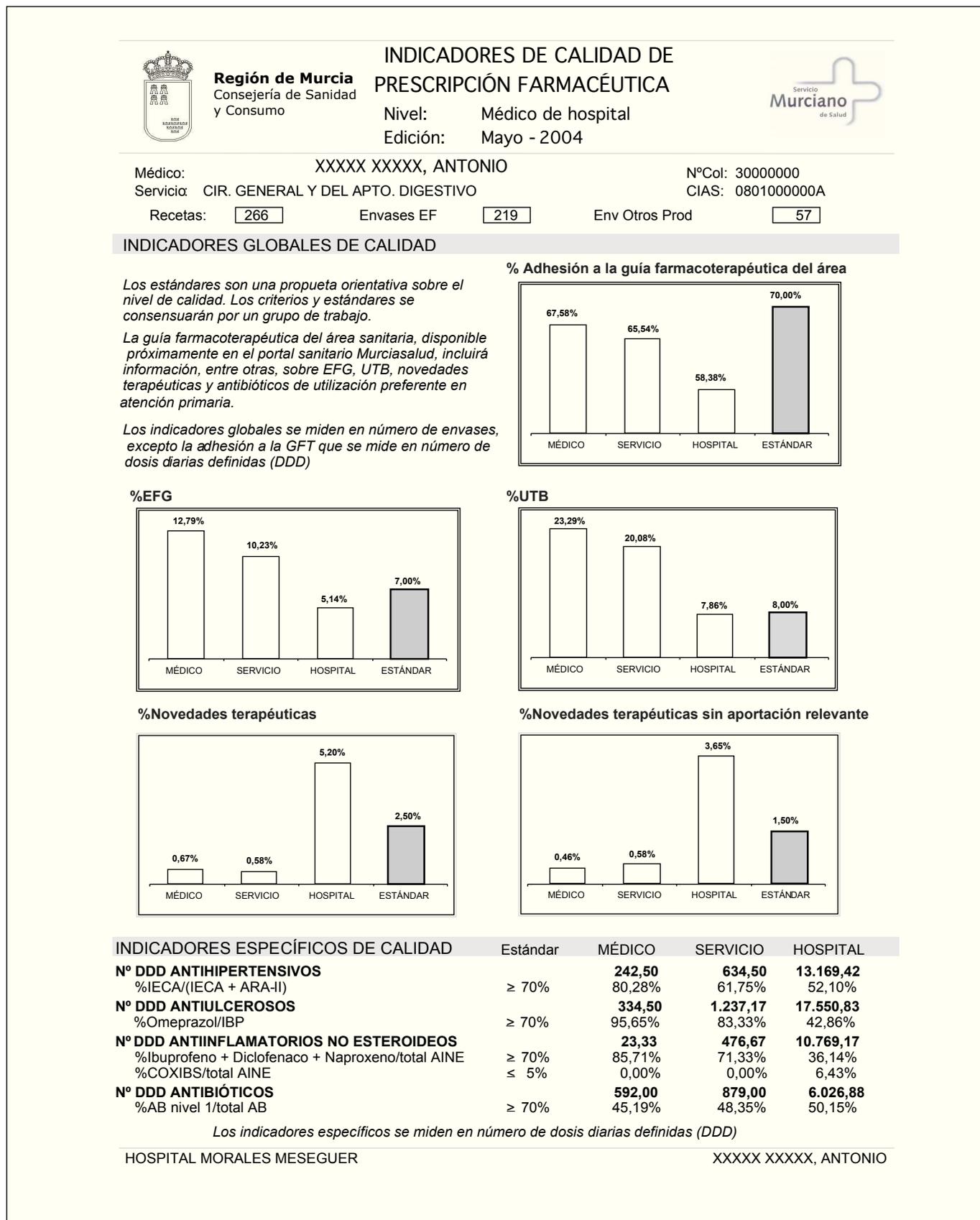


Fig. 3. Modelo de IPP.

Tabla II. Características de prescripción por hospital en los tres periodos del estudio

| | Periodo preintervención | Periodo posintervención 4-6 meses | Periodo posintervención 10-12 meses |
|--|-------------------------|--------------------------------------|--|
| <i>HOSPITAL NO IPP</i> Nº médicos = 521 | | | |
| Recetas | 50.003 | 49.121 | 51.035 |
| R/M/M | 31,99 | 31,43 | 32,65 |
| Envases EF | 48.586 | 47.388 | 51.666 |
| Envases EFG | 1.140 | 1.224 | 1.752 |
| Envases UTB | 5.214 | 4.675 | 4.349 |
| Envases NTSAR | 960 | 890 | 1.096 |
| DDD BSRA | 42.295 | 38.882 | 57.614 |
| DDD IECA | 17.954 | 15.032 | 20.626 |
| DDD IBP | 46.452 | 40.572 | 43.820 |
| DDD OME | 25.158 | 22.386 | 22.820 |
| Indicadores | | | |
| %EFG | 2,35% | 2,58% | 3,39% |
| %UTB | 10,73% | 9,87% | 8,42% |
| %NTSAR | 1,98% | 1,88% | 2,12% |
| %IECA | 42,45% | 38,66% | 35,80% |
| %OME | 54,16% | 55,18% | 52,08% |
| <i>HOSPITAL IPP</i> Nº médicos = 204 | | | |
| Recetas | 28.257 | 27.084 | 29.430 |
| R/M/M | 46,17 | 44,25 | 48,09 |
| Envases EF | 27.519 | 25.728 | 29.826 |
| Envases EFG | 593 | 850 | 1.525 |
| Envases UTB | 2.627 | 2.633 | 2.261 |
| Envases NTSAR | 786 | 630 | 830 |
| DDD BSRA | 20.854 | 18.557 | 20.170 |
| DDD IECA | 9.752 | 9.385 | 10.132 |
| DDD IBP | 35.350 | 36.064 | 44.674 |
| DDD OME | 13.874 | 16.464 | 19.866 |
| Indicadores | | | |
| %EFG | 2,15% | 3,30% | 5,11% |
| %UTB | 9,55% | 10,23% | 7,58% |
| %NTSAR | 2,86% | 2,45% | 2,78% |
| %IECA | 46,76% | 50,58% | 50,23% |
| %OME | 39,25% | 46,65% | 44,47% |

R/M/M: recetas por médico y mes; EF: especialidades farmacéuticas; EFG: especialidades farmacéuticas genéricas; UTB: medicamentos de utilidad terapéutica baja; NTSAR: novedades terapéuticas sin aportación relevante; BSRA: bloqueantes de sistema renina-angiotensina; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; IBP: inhibidores de la bomba de protones; OME: omeprazol; DDD: dosis diarias definidas.

ron los médicos que prescribieron en todos los periodos del estudio algún IBP para la evaluación %OME, o algún BSRA para la evaluación %IECA.

- Para tratar de homogeneizar las poblaciones, se introdujo otro criterio en el hospital donde no se intervino: pertenecer a los mismos servicios clínicos que los médicos seleccionados del hospital de la intervención.

—*Formación de los grupos:* los médicos se dividieron en dos grupos en función de que recibieran o no la información sobre sus prescripciones con receta, para poder evaluar su efectividad:

- Los médicos que recibieron los IPP forman el grupo experimental (grupo IPP), seleccionados del hospital donde se intervino (hospital IPP): Hospital General Universitario José María Morales Meseguer (Murcia). Hospital general de área. Nº camas: 450. Población de referencia: 193.312 habitantes.

- Los que no recibieron ninguna información forman el grupo control, pertenecientes al hospital donde no se intervino (hospital no IPP): Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). Hospital general de área. nº camas: 944. Población de referencia: 260.724 habitantes.

—*Variables a evaluar:* la efectividad de la intervención se midió comprobando si existían diferencias entre los grupos en los indicadores seleccionados, tanto antes como después del reparto de la información sobre prescripción.

—*Métodos estadísticos:* los resultados se presentan con la media de cada uno de los indicadores de prescripción y su intervalo de confianza del 95% (IC del 95%).

Para comprobar la mejora en los indicadores entre los grupos, se utilizó la prueba z de comparación de proporciones con contraste de hipótesis unilateral.

RESULTADOS

En los tres periodos analizados, 725 médicos prescribieron un total de 234.930 recetas en los dos hospitales con una media de 36 recetas por médico y mes. Las características de prescripción por hospital se presentan en la tabla II.

Estudio comparativo

El número de médicos por servicio incluidos en cada grupo se muestra en la tabla III.

El total de médicos incluidos en la evaluación de los indicadores globales fue de 94 (12,95%) pertenecientes a 16 servicios clínicos, que prescribieron un total de 131.603 recetas (56,03%). La prescripción mensual media de recetas por médico fue de 161,97 (IC del 95%: 135,71-188,22) en el grupo control y de 148,87 (IC del 95%: 123,72-174,03) en el grupo IPP. El número de médicos fue similar, aunque en el grupo control predominaron los servicios quirúrgicos.

En la evaluación de OME se incluyeron 169 médicos de 18 servicios clínicos, con una prescripción total de 195.944 DDD de OME. La prescripción mensual media

por médico fue de 116,43 DDD (IC del 95%: 60,29-172,58) en el grupo control y de 140,26 DDD (IC del 95%: 65,56-214,96) en el grupo IPP.

En la evaluación de IECA se incluyeron 109 médicos de 18 servicios clínicos, con una prescripción total de 128.263,75 DDD de BSRA. La prescripción mensual media por médico fue de 139,31 DDD (IC del 95%: 83,90-194,72) en el grupo control y de 118,57 DDD (IC del 95%: 74,16-162,98) en el grupo IPP.

—*Comparación de indicadores en el periodo preintervención* (Tabla IV): antes del reparto de los IPP, el valor de los indicadores seleccionados fue parecido en los dos grupos, y no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de ellos.

—*Evaluación de los indicadores en el periodo posintervención 4-6 meses* (Tabla IV): la mejora en los indicadores de prescripción en el grupo IPP hizo que se apreciaran diferencias significativas con el grupo control en la mayor prescripción de EFG ($p < 0,05$).

—*Evaluación de los indicadores en el periodo posintervención 10-12 meses* (Tabla IV): en este periodo mejoraron aún más los indicadores de prescripción en el grupo IPP y se obtuvieron diferencias significativas ($p < 0,05$) con el grupo control en tres de ellos: %EFG, %UTB e %IECA.

Tabla III. Número de médicos incluidos en los grupos CONTROL e IPP por servicio clínico y tipo de servicio

| Servicio | Tipo | Número de médicos | | | | | |
|---------------------|------|---|-----------|-------------------------|-----------|---------------|-----------|
| | | Indicadores globales (EFG, UTB, NTSAR) | | Indicadores específicos | | | |
| | | Grupo control | Grupo IPP | OME | | IECA | |
| | | Grupo control | Grupo IPP | Grupo control | Grupo IPP | Grupo control | Grupo IPP |
| Alergología | M | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Aparato digestivo | M | 4 | 4 | 7 | 6 | 1 | 3 |
| Cardiología | M | 4 | 4 | 7 | 4 | 6 | 4 |
| Cirugía gen. y dig. | Q | 0 | 1 | 8 | 14 | 9 | 3 |
| Dermatología | Q | 5 | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 |
| Endocrinología | M | 1 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 |
| Hematología | M | 0 | 1 | 6 | 1 | 3 | 1 |
| Medicina interna | M | 0 | 2 | 1 | 6 | 1 | 5 |
| Neumología | M | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 |
| Neurología | M | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| Oftalmología | Q | 10 | 5 | 6 | 8 | 7 | 5 |
| ORL | Q | 9 | 6 | 13 | 8 | 7 | 1 |
| Psiquiatría | M | 3 | 5 | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Rehabilitación | M | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 | 1 |
| Reumatología | M | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| Traumatología | Q | 9 | 2 | 12 | 7 | 7 | 3 |
| Urología | Q | 0 | 3 | 2 | 6 | 2 | 3 |
| Medicina familiar | M | 0 | 0 | 4 | 3 | 2 | 4 |
| Total M | | 15 | 26 | 41 | 39 | 29 | 29 |
| Total Q | | 33 | 20 | 46 | 44 | 35 | 16 |
| Nº médicos total | | 48 | 46 | 87 | 83 | 64 | 45 |

M: servicio médico; Q: servicio quirúrgico.

Tabla IV. Resultados comparativos entre el grupo control y el grupo IPP en los tres periodos analizados

| | Grupo control | | | Grupo IPP | | | P | Signif. |
|--|---------------|-----------|-------------|-----------|-----------|-------------|-------|---------|
| | N | Media (%) | IC del 95% | N | Media (%) | IC del 95% | | |
| <i>Periodo preintervención</i> | | | | | | | | |
| %EFG | 48 | 1,99 | 1,16-2,82 | 46 | 1,72 | 1,25-2,15 | 0,284 | NS |
| %UTB | 48 | 13,41 | 9,97-16,86 | 46 | 10,06 | 6,92-13,20 | 0,073 | NS |
| %NTSAR | 48 | 2,43 | 1,53-3,34 | 46 | 2,76 | 1,87-3,65 | 0,302 | NS |
| %IECA | 64 | 46,74 | 37,09-56,39 | 45 | 55,73 | 44,40-67,06 | 0,113 | NS |
| %OME | 87 | 59,07 | 50,65-67,48 | 83 | 61,94 | 53,41-70,48 | 0,317 | NS |
| <i>Periodo posintervención 4-6 meses</i> | | | | | | | | |
| %EFG | 48 | 1,81 | 1,08-2,54 | 46 | 3,13 | 1,79-4,47 | 0,041 | * |
| %UTB | 48 | 13,81 | 10,03-17,59 | 46 | 10,04 | 6,95-13,10 | 0,060 | NS |
| %NTSAR | 48 | 2,34 | 1,29-3,39 | 46 | 2,61 | 1,73-3,48 | 0,349 | NS |
| %IECA | 64 | 46,22 | 37,10-55,34 | 45 | 54,61 | 43,18-66,04 | 0,125 | NS |
| %OME | 87 | 65,80 | 57,81-73,80 | 83 | 67,35 | 59,72-74,98 | 0,390 | NS |
| <i>Periodo posintervención 10-12 meses</i> | | | | | | | | |
| %EFG | 48 | 2,22 | 1,56-2,87 | 46 | 4,01 | 2,28-5,73 | 0,025 | * |
| %UTB | 48 | 12,35 | 8,96-15,74 | 46 | 8,57 | 5,56-11,6 | 0,047 | * |
| %NTSAR | 48 | 2,81 | 1,87-3,74 | 46 | 2,90 | 1,79-4,01 | 0,451 | NS |
| %IECA | 64 | 45,91 | 36,03-55,79 | 45 | 58,89 | 47,56-70,21 | 0,042 | * |
| %OME | 87 | 63,49 | 55,16-71,83 | 83 | 67,10 | 59,80-74,39 | 0,259 | NS |

N: número de médicos; IC del 95%: intervalo de confianza del 95%; Signif: significación; NS: no significativo; *: diferencia estadísticamente significativa con una $p < 0,05$.

DISCUSIÓN

Este trabajo se diseñó para comprobar si el envío personalizado y regular de información escrita sobre aspectos relacionados con la prescripción con receta médica, reforzado con la presentación del proyecto por el servicio de farmacia hospitalaria, era capaz de producir dinámicas de mejora. Además de los indicadores utilizados tradicionalmente (indicadores globales), se han incluido indicadores específicos (DDD de principios activos) que pueden servir para centrar el problema en ellos como base para el diseño de estrategias de mejora¹⁹.

El grupo de médicos que recibió la información (IPP) presentó un %EFG significativamente superior al grupo control a los 4-6 meses del reparto de los IPP. El aumento de prescripción de EFG fue la diferencia más consistente y estadísticamente significativa entre los dos grupos, pues aumentó considerablemente en el grupo IPP y descendió en el control.

A los 10-12 meses del reparto de los IPP, el grupo que recibió la información, presentó los siguientes indicadores significativamente superiores al control: %EFG, %UTB y %IECA, mejorando los resultados obtenidos en el primer periodo y confirmando la tendencia positiva que se observó en el periodo anterior.

Las principales limitaciones del estudio son: la selección de los grupos no pudo hacerse de forma aleatorizada; la metodología utilizada tampoco permite distinguir el origen intrahospitalario de las prescripciones (consultas externas o al alta en pacientes ingresados); al evaluar sólo la prescripción con receta, se pierde la prescripción oculta

que es de relevancia en AE (prescripción con informes médicos); y por último, tampoco se han controlado factores que pueden afectar a la eficiencia de la prescripción (dependientes del médico, de la población atendida y actividad asistencial y del entorno organizativo)²⁰.

En la evaluación de los indicadores globales, los grupos seleccionados presentaron un número de médicos similar y un parecido perfil de prescripción en número de recetas e indicadores seleccionados, pero en el grupo control predominaron médicos de servicios quirúrgicos, lo que podría influir en los resultados finales. A pesar de ello, los resultados totales en ambos hospitales ofrecen una tendencia similar a la de los grupos seleccionados, por lo que probablemente el predominio de servicios quirúrgicos en el control, haya tenido una influencia menor en el resultado.

La monitorización de los indicadores en los mismos periodos en el grupo control, descarta que la mejora se deba a la influencia de factores externos²¹ ajenos a la propia intervención.

Se seleccionaron tres indicadores globales de calidad (EFG, UTB y NTSAR) y dos específicos que representaban a los grupos farmacológicos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en los últimos años²² (antiulcerosos y antihipertensivos BSRA):

1. %EFG: la utilización de EFG se considera una prescripción de calidad y es promovida por los servicios de salud²³⁻²⁵.

2. %UTB: cuantifica el uso de medicamentos de discutida eficacia y escasa aportación clínica al curso de la enfermedad o sus síntomas²⁶.

3. %NTSAR: la comercialización de un nuevo fármaco no garantiza que sea superior, ni siquiera equiparable, a las alternativas terapéuticas ya disponibles. En el mejor de los casos, un tercio de los nuevos fármacos aporta algún beneficio clínico y sólo un 3% representa un avance terapéutico significativo²⁷.

4. %OME: las diferencias en las propiedades farmacológicas, tolerancia e interacciones entre los IBP tienen una mínima significación clínica^{28,29}, por lo que no debería haber un uso excesivamente elevado de los nuevos IBP a costa del OME.

5. Los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) han originado un importante descenso relativo de IECA³⁰. No existen evidencias que justifiquen un desplazamiento tan elevado de los ARA II sobre los IECA³¹.

El bajo nivel de calidad de prescripción farmacéutica con receta médica obtenido en nuestro estudio, está en consonancia con lo publicado por otros autores^{9,32}. De las cinco variables estudiadas, destaca la pobre utilización de EFG antes de la intervención, similar a otros estudios^{33,34}. La intervención parece que puede corregir el menor hábito en la prescripción de EFG en el ámbito hospitalario respecto a atención primaria³², pues a los 10-12 meses el %EFG se aproximó en ambos niveles (5,11% en el hospital IPP y 6,59% en su área de referencia), mientras que no sucedió donde no se intervino (3,39% en el hospital NO IPP y 8,18% en su área de referencia).

Tradicionalmente, las medidas que tratan de frenar el constante incremento del gasto sanitario originado por las prescripciones a través de receta médica, se dirigen a los

médicos de AP, pero en él participan numerosos colectivos. De la misma forma que la prescripción inducida desde AE afecta a los indicadores de calidad de AP, cualquier mejora en la calidad de prescripción farmacéutica con receta en AE, puede repercutir positivamente en los indicadores de prescripción del Servicio de Salud, lo que debería comprobarse con estudios a largo plazo.

La principal aportación de este estudio es la confirmación de que la información mensual de los indicadores de prescripción farmacéutica a los médicos, reforzada con la presentación del proyecto por el servicio de farmacia en las comisiones hospitalarias y servicios clínicos, mejora los indicadores de calidad de prescripción con receta tanto genéricos como específicos, en un colectivo, como los médicos hospitalarios, que no habían recibido previamente información personalizada sobre el seguimiento de sus prescripciones con receta médica. En cualquier caso, es un campo con un gran potencial de mejora y consideramos que se debe seguir avanzando con nuevas estrategias orientadas a mejorar la coordinación farmacoterapéutica entre los niveles asistenciales primario y especializado y potenciar la motivación hacia dinámicas de mejora.

AGRADECIMIENTOS

A Teresa Ramón Esparza, del programa EMCA de la Consejería de Sanidad de Murcia, por la revisión del artículo.

Bibliografía

- Ruiz E, Unzueta L, Fernández J, Santisteban M, Lekue I. Prescripción inducida en atención primaria de la Comarca Bilbao. *Aten Primaria* 2002; 29: 414-20.
- Fidalgo M, Pujol P, Capataz M, López C, González Y, López C. Análisis de la prescripción inducida por atención especializada en el médico de atención primaria. *Medifam* 1997; 7: 94-102.
- Martínez J, Ballesteros A, Baeza JM, Bonet MV, Gallardo A, Jiménez DM. Libertad y conformidad de prescripción del médico en atención primaria. *Centro de Salud* 1998; 12: 712-7.
- Barcelo E, Grau J, Serre N, Salgado M, Martí M, Hidalgo M. Prescripción inducida, grado de conformidad y... ¿posibilidad de cambio en atención primaria? *Aten Primaria* 2000; 26: 231-8.
- Casanovas J, Guerrero A. Prescripción inducida. *Formación Médica Continuada* 2000; 7: 329-35.
- Franzi SA, Placencia ML, Rodríguez L. Estudio de la prescripción inducida de las áreas básicas de salud de la Dirección de Atención Primaria de Sabadell. *Aten Primaria* 1997; 20: 408-14.
- Arroyo MP, Cano E, Ansorena R, Celay J, Cortes F, Estremera V. Prescripción delegada por especialistas en atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 538-44.
- Lomeña JA, Ceballos M, Medina MT, Mediavilla E, Sarmiento F, Hernández JL. Gasto farmacéutico en atención primaria según el origen de las prescripciones. *Aten Primaria* 1996; 18: 35-58.
- Cabeza J, García MA, Borrero JM, Moreno FC, Aguirre T. La prescripción farmacológica en las consultas externas, centros periféricos de especialidades y servicio de urgencias del hospital. *Farm Hosp* 1996; 20: 359-64.
- Cabeza J, García MA. La prescripción desconocida y descontrolada. *Farm Hosp* 1997; 21: 127-8.
- Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, Thomson O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; CD000259.
- Foy R, MacLennan G, Grimshaw J, Penney G, Campbell M, Grol R. Attributes of clinical recommendations that influence change in practice following audit and feedback. *J Clin Epidemiol* 2002; 55: 717-22.
- Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995; 274: 700-5.
- Nilsson G, Hjemdahl P, Hassler A, Vitols S, Wallen NH, Krakau I. Feedback on prescribing rate combined with problem-oriented pharmacotherapy education as a model to improve prescribing behaviour among general practitioners. *Eur J Clin Pharmacol* 2001; 56: 843-8.
- Calvo MM, Iniesta A. Impacto de una estrategia de intervención en la prescripción de genéricos en un área de atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 23: 419-24.
- O'Connell DL, Henry D, Tomlins R. Randomised controlled trial of

- effect of feedback on general practitioners' prescribing in Australia. *BMJ* 1999; 318: 507-11.
17. Sondergaard J, Andersen M, Vach K, Kragstrup J, Maclure M, Gram LF. Detailed postal feedback about prescribing to asthma patients combined with a guideline statement showed no impact: a randomised controlled trial. *Eur J Clin Pharmacol* 2002; 58: 127-32.
 18. Sondergaard J, Andersen M, Stovring H, Kragstrup J. Mailed prescriber feedback in addition to a clinical guideline has no impact: a randomised, controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 2003; 21: 47-51.
 19. Saturno PJ. Monitorización del uso de medicamentos para mejorar la calidad de prescripción. Problemas, métodos e indicadores. *Aten Primaria* 1996; 18: 331-8.
 20. López-Picazo JJ, Sánchez JF, Rausell VJ, Sanz JA, Sánchez F, Salas E. Prescripción de medicamentos en medicina de familia: tras las pistas de la eficiencia. *Aten Primaria* 2004; 34: 178-85.
 21. López-Picazo JJ, Rausell VJ, Salas E, Sánchez F, Sánchez JF, Sanz JA. La Evolución Natural de Darwin y los Ciclos de Mejora: ¡Cuidado! Comunicación oral presentada en la mesa "Aprendiendo de los errores: medicamentos". XX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, 2002.
 22. Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2001. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2002; 26: 78-83.
 23. Programa de mejora de la prescripción farmacológica en atención primaria. Madrid: INSALUD, 1998.
 24. Díaz A, López A. Prescripción de genéricos en el área de salud de Zamora. Beneficios para el usuario y el sistema nacional de salud. *Aten Primaria* 1997; 20: 499-504.
 25. López-Picazo JJ, Sanz JA, Bernal JM, Sánchez JF. Evaluación, mejora y monitorización de la prescripción de medicamentos genéricos. *Aten Primaria* 2002; 29: 389-96.
 26. Utilidad terapéutica de los medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud. Madrid: INSALUD, 2001.
 27. Lexchin J. Are new drugs as good as they claim to be? *Aust Prescr* 2004; 27: 2-3.
 28. Stedman CAM, Barclay ML. Review article: comparison of the pharmacokinetics, acid suppression and efficacy of proton pump inhibitors. *Aliment Pharmacol Ther* 2000; 14: 963-78.
 29. Berardi RR. A critical evaluation of proton pump inhibitors in the treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Managed Care* 2000; 6 (9, Supl.): S491-S505.
 30. Rausell VJ, Tobaruela M, Sanz JA, López-Picazo J, Sánchez JF, Abellán J. Utilización de antihipertensivos en atención primaria. *Hipertensión* 2003; 20: 96-104.
 31. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003; 42: 1206-52.
 32. Vallano A, Fortuny J, Arnau JM, Laporte JR. Prescripción de medicamentos genéricos en pacientes dados de alta de un servicio hospitalario de urgencias. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 645-9.
 33. Muñoz L, Ortego N, Canora J, Parra J, Gómez FJ, de la Higuera J. Prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas en informes de alta de un hospital universitario. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 416-7.
 34. Sicras A, Navarro R. Prescripción ambulatoria de medicamentos genéricos en un hospital comarcal. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 757.