

Desde los AINE «recomendados» a la recomendación de los AINE

Sr. Director:

La carta de Rosich y Soler sobre el comentario de uno de nosotros¹ a su sugestivo trabajo² tiene diversos aspectos de interés en el debate sobre políticas farmacéuticas y gestión de la prescripción. En primer lugar, la pregunta sobre los motivos de la imposición de visado a los coxib por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) en julio de 2002, cuando el consumo de estos fármacos había sufrido un importante descenso tras la alerta de septiembre de 2001, lleva —más allá de los datos de consumo— a especular sobre los componentes políticos de algunas medidas. El MSC tomó esta decisión en un contexto de conflicto de competencias con la Junta de Andalucía (comunidad que impuso previamente el visado de los coxib en su territorio, decisión recurrida en los tribunales por el MSC, y recientemente resuelta de forma favorable a la Junta) y de negociación para que la Ley de Cohesión tuviera un apoyo mayoritario en el Congreso. Como posteriormente se ha vivido una situación paralela, a propósito del visado de los antipsicóticos atípicos, quizá valga la pena señalar que deberían diferenciarse los visados derivados del perfil de seguridad de un determinado fármaco (p. ej., la talidomida), que probablemente deban ser competencia estatal, de los visados derivados de la utilización inadecuada de un fármaco en un contexto concreto, que formalmente son una medida de gestión y que podría imponerse en un solo territorio, o a un solo centro de salud, incluso a facultativos individuales. La gestión de la prescripción en el Sistema Nacional de Salud, si quiere ser gestión, debe poder tomar medidas para intervenir sobre la prescripción inadecuada en un contexto local,

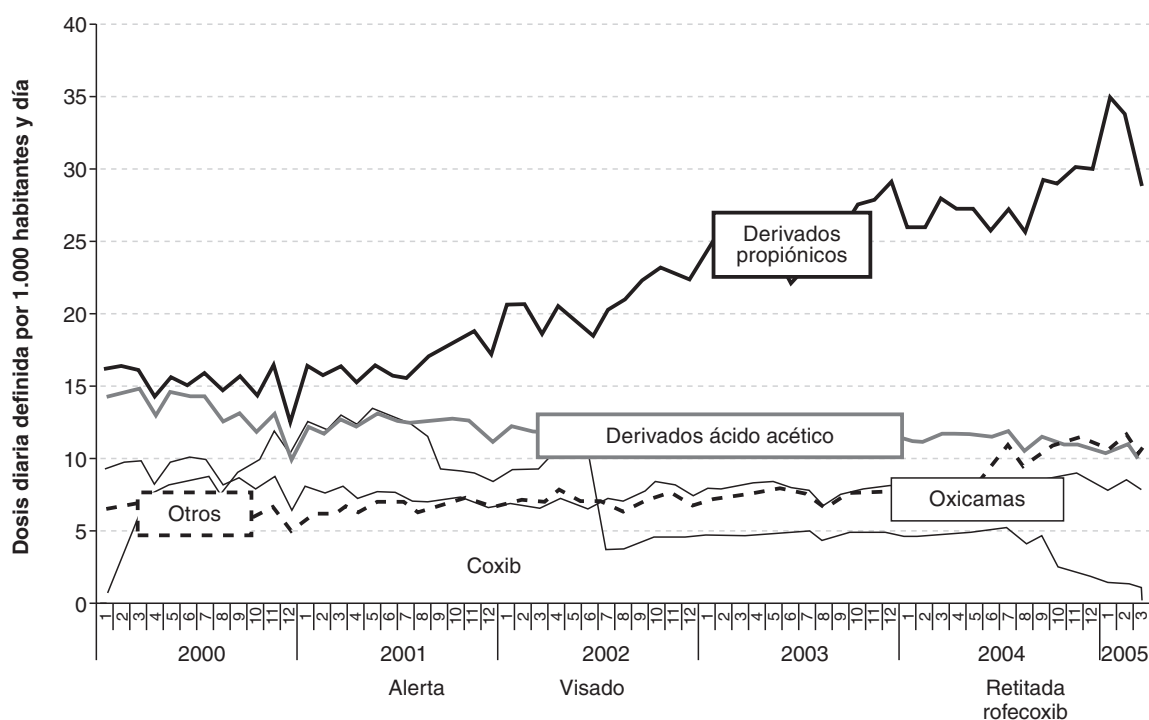
y el visado (aunque sus inconvenientes y escasa capacidad educativa lo puedan convertir en un recurso de excepción) es una de estas posibles medidas.

Sobre el impacto de las alertas, coincidimos en que apenas existen —y se echan de menos— estudios al respecto. Los más frecuentes trabajos en Estados Unidos muestran una discreta efectividad para estas medidas, pero tanto el tipo de alerta como el contexto son demasiado diferentes. Es cierto que en algunos casos —por ejemplo, las alertas sobre la terapia hormonal sustitutiva vinculadas a la identificación de nuevos riesgos en megaensayos recientes— sí que ha habido una importante reducción del consumo³, pero resulta imposible aislar el efecto del alerta del efecto de la publicación del propio estudio clínico y el debate científico asociado y, en casos como el comentado, de la difusión al público de este debate a través de los medios de comunicación.

Tampoco hay demasiados estudios, en el entorno español, que hayan evaluado la adecuación de la prescripción de coxib. Rocamora Batallo y Vallano Ferraz⁴ encontraron un 72% de inadecuación respecto a las indicaciones autorizadas y un 100% de casos que podría haber sido manejado con un fármaco alternativo⁴, aunque las características de este estudio (realizado en una sola farmacia, ámbito rural, con un número mínimo de pacientes y previo a la entrada en vigor del visado) lo hace poco generalizable. Los datos preliminares aportados en la carta de Rosich y Soler sugieren que todavía se mantiene un grado de inadecuación significativo en el manejo de los coxib (el 17% de los 234 pacientes en tratamiento con celecoxib en 2005 en el Alt Penedès-Garraf tenían alguna contraindicación cardiovascular). Pero también hay que ver la distancia con la situación de 2001: en el trabajo origen de este debate² pueden estimarse en más de 2.000 las personas que tomaban algún coxib antes del alerta del MSC (y la intervención educativa desarrollada por sus autores), de modo que el impacto poblacional de este problema, en número de pacientes afectados, se ha reducido considerablemente.

Finalmente, una preocupación. Las políticas de contención del gasto en antiinflamatorios no esteroideos (AINE) usan indicadores de prescripción —a veces asociados a incentivos económicos— como el «porcentaje de AINE recomendados» utilizado por Rosich et al² (aún de uso generalizado como indicador de supuesta calidad de la prescripción). Este uso muestra que muchos de los intentos de «racionalizar» el uso de coxib ha sugerido que otros AINE —especialmente los derivados del ácido propiónico— eran menos problemáticos. En la figura 1 se muestra la evolución —en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día (DHD)— del consumo de AINE por grupos terapéuticos en los últimos 5 años en la Comunidad Valenciana. Puede observarse que la reducción del consumo de coxib ha ido acompañada de un notable crecimiento del uso de derivados del ácido propiónico (de hecho, este grupo ha tirado del consumo global de AINE que, en DHD, ha crecido algo más del 30% en dicho período). Es plausible que este incremento —y pese a la prescripción en asociación con «prazoles»— esté teniendo un importante impacto en términos de hemorragias digestivas (y mejor no pensar en el impacto cardiovascular de confirmarse, como algunos estudios apuntan⁵, que —al menos algunos— derivados del ácido propiónico y otros AINE también podrían incrementar el riesgo cardiovascular). Es posible que las Administraciones sanitarias y determinados colectivos hayan librado (y ganado) la «batalla» de los coxib en el Sistema Nacional de

Figura 1. Evolución del consumo de antiinflamatorios no esteroideos en la Comunidad Valenciana (dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día; de enero de 2000 a marzo de 2005).



Salud, pero parece que para ello se han preocupado más de qué AINE se debería prescribir (derivado del propiónico, genérico, en denominación común internacional, etc.), que de si se debería prescribir o no un AINE. Quizá, a la vista de los datos de consumo y las nuevas informaciones sobre seguridad⁵, sea tiempo de repensar estos indicadores y trasladar la discusión desde los AINE «recomendados» a la recomendación de los AINE.

Conflicto de intereses: Ninguno en relación con este trabajo.

Salvador Peiró^a / Pedro Cervera^b

^aEscuela Valenciana de Estudios de la Salud. Valencia, España. ^bServicio de Farmacia de Atención Primaria del Área 12. Agencia Valenciana de la Salud. Valencia, España.
Correo electrónico: peiro_bor@gva.es

3. Majumdar SR, Almasi EA, Stafford RS. Promotion and prescribing of hormone therapy after report of harm by the Women's Health Initiative. *JAMA*. 2004;292:1983-8.
4. Rocamora Batalla M, Vallano Ferraz A. Utilización inadecuada de los AINE inhibidores selectivos de la Cox-2. *Aten Primaria*. 2002;29:122.
5. Hippisley-Cox J, Coupland C. Risk of myocardial infarction in patients taking cyclo-oxygenase-2 inhibitors or conventional non-steroidal anti-inflammatory drugs: population based nested case-control analysis. *BMJ*. 2005;330:1366.

Bibliografía

1. Peiró S. Comentario: complejidades en la evaluación de intervenciones complejas. *Gac Sanit*. 2005;19:234-7.
2. Rosich I, Soler M, Tomàs R, Crusat MD. Utilización de coxibs: una estrategia de intervención en la atención primaria. *Gac Sanit*. 2005;19:229-34.