

# Indicadores de calidad de la prescripción en dosis diarias definidas. ¿Lo estamos haciendo bien?

Francisco Caamaño-Isorna / Rosa Álvarez-Gil

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España.

(Quality prescription indicators in defined daily doses. Are we getting it right?)

## Resumen

Los indicadores de la calidad de la prescripción de grado potencial de uso (IGPU) se definen como la proporción que representa el consumo de determinados principios activos frente al consumo total de su categoría anatómica terapéutica. En los últimos años, los IGPU que se han ido definiendo en nuestro país utilizan la dosis diaria definida (DDD) como unidad de medida. Y aunque la DDD no es necesariamente igual a la dosis terapéutica equivalente (DTE), se ha argumentado que es una unidad de medida estándar y, por tanto, válida. Esto podría no ser correcto, ya que las relaciones entre DTE y DDD son distintas en los diferentes fármacos, incluso dentro de la misma categoría anatómica terapéutica. Por ello, la utilización de las DDD en los IGPU puede llevar a incentivar o desincentivar la prescripción de un fármaco en función de su relación DTE/DDD.

**Palabras clave:** Calidad de prescripción. Indicadores de prescripción. Dosis diaria definida.

## Abstract

Quality prescription indicators of use potential level (UPLI) are defined as the proportion that represents consumption of specific active principles as opposed to the total consumption of the anatomical therapeutic category. The UPLIs that have gradually been defined in Spain employ the defined daily dose (DDD) as the unit of measurement. Although the DDD is not necessarily the same as the therapeutic equivalent dose (TED), some authors have argued that the DDD is a standard unit of measurement and is therefore valid.

However, this view may not be correct, given that the relationships between the TED and the DDD differ, depending on the drug, even within the same anatomical therapeutic category. Therefore, the use of DDDs in UPLI s may lead to prescription of a medicine being encouraged or discouraged depending on its TED/DDD ratio.

**Key words:** Quality of prescription. Prescribing indicators. Defined daily doses.

Los indicadores de prescripción son herramientas fundamentales para la gestión de la calidad, la cantidad y la eficiencia de la prescripción farmacéutica, y como tales son utilizados por los gestores sanitarios en los países con un sistema nacional de salud. Estos indicadores se emplean tanto para ajustar el volumen de prescripción como para incentivar la prescripción de los medicamentos que presentan mejor relación beneficio-riesgo o coste-beneficio<sup>1</sup>, según el criterio de quien los propone.

Habitualmente, los indicadores de prescripción se clasifican en indicadores de calidad<sup>1-3</sup>, indicadores de cantidad<sup>1,4</sup> e indicadores de eficiencia<sup>1,5</sup> de la prescripción. Dentro de los de calidad se encuentran los indicadores de grado potencial de uso (IGPU), que se definen como la proporción que representa el consumo de determinados principios activos respecto al consumo total de todos los medicamentos incluidos en su categoría anatómica terapéutica<sup>1,6</sup>, por ejemplo el consumo de hipolipemiantes de primera elección frente al consumo total de hipolipemiantes, o el consumo de antibióticos de última elección frente al total de los antibióticos. El gestor sanitario incentivará la maximización o la minimización del indicador, utilizando para ello puntos de corte establecidos, mayoritariamente por consenso<sup>7</sup>, de acuerdo con el grado potencial de uso de los distintos principios activos calculado en función de la incidencia y la prevalencia de las distintas enfermedades.

La medida del consumo de un medicamento mediante el número de envases prescritos presenta im-

*Correspondencia:* Francisco Caamaño Isorna.  
Departamento de Medicina Preventiva e Saúde Pública.  
Facultade de Medicina.  
San Francisco, s/n. 15782 Santiago de Compostela. A Coruña.  
España.  
Correo electrónico: mrpaco@usc.es

*Recibido:* 26 de febrero de 2008.  
*Aceptado:* 31 de marzo de 2008.

portantes limitaciones, principalmente relacionadas con el tamaño del envase: el número de dosis no es igual en las distintas presentaciones, y la dosis necesaria para el tratamiento no es igual en las distintas opciones farmacológicas. Por tanto, deben utilizarse sistemas alternativos que cuantifiquen y relacionen el consumo con el resultado en términos de salud<sup>8,9</sup>.

Los IGPU que se han ido definiendo en los últimos años en España utilizan las dosis diarias definidas (DDD) como unidad de medida<sup>6</sup>. Las DDD fueron establecidas por el Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, dependiente de la Organización Mundial de la Salud, para el estudio estadístico del consumo de fármacos<sup>10</sup>. La DDD de un medicamento representa la dosis de mantenimiento por día para un adulto cuando el fármaco se utiliza en su indicación principal. Las DDD permiten comparar el consumo de principios activos entre países y regiones, o valorar las tendencias en el consumo con el tiempo<sup>10</sup>, para lo cual constituyen una excelente herramienta.

Aunque la DDD no es necesariamente igual a la dosis terapéutica equivalente (DTE) ni a la dosis diaria prescrita (DDP)<sup>10</sup>, se ha argumentado que es una unidad de medida estándar y, por tanto, válida. A nuestro juicio, esto no es correcto, ya que las relaciones entre DDD, DTE y DDP son distintas en los diferentes fármacos, incluso dentro de una misma categoría anatómica terapéutica<sup>10</sup>. Las DDD de los medicamentos incluidos en una misma categoría anatómica terapéutica no producen los mismos efectos<sup>10</sup>.

Veamos el ejemplo más sencillo: A y B son los fármacos de primera elección de una categoría anatómica terapéutica. Se define el indicador «número de DDD de A y B entre DDD totales de la categoría». Supongamos que las relaciones entre las DTE y las DDD de los fármacos son  $DTE_A = DDD_A$  y  $DTE_B = 2DDD_B$ . En esta situación, prescribir B en lugar de A elevaría el indicador, aun cuando ambos fármacos sean de primera elección. Y un razonamiento análogo podría hacerse si A y B no fueran de primera elección y el objetivo fuese minimizar el indicador.

Se podría argumentar que la mala clasificación introducida por la diferencia entre DTE y DDD no es significativa, por lo que el posible error derivado de esta discrepancia sería aceptable. Pero esta asunción habría que demostrarla, y en cualquier caso no hay razón para no sustituir las DDD por las correspondientes DTE. Esto permitiría salvar dos aspectos importantes. En primer lugar, las críticas y suspicacias, en ocasiones interesadas, de parte de los profesionales médicos a la utilización y adhesión a los IGPU, podrían encontrar un

argumento ligado a la propia concepción y puesta en marcha del sistema. En segundo lugar, desde la perspectiva de la industria farmacéutica, un fabricante podría verse discriminado aun cuando su principio activo fuese considerado igualmente eficaz que el de la competencia.

En conclusión, la utilización de las DDD en los IGPU puede llevar a incentivar o desincentivar la prescripción de un medicamento en función de su relación DTE/DDD. Entendemos que únicamente será correcto utilizar las DDD cuando la relación DTE/DDD sea constante para todos los principios activos incluidos en un indicador; de lo contrario, se estará introduciendo un elemento distorsionador en la medida de la calidad de la prescripción, que incluso podría conducir a un resultado inverso al perseguido.

## Bibliografía

1. Figueiras A, Caamaño F, Gestal-Otero JJ. Metodología de los estudios de utilización de medicamentos en atención primaria. *Gac Sanit.* 2000;14:7-19.
2. Figueiras A, Caamaño F, Gestal-Otero JJ. Influence of physician's education, drug information and medical-care settings on the quality of drugs prescribed. *Eur J Clin Pharmacol.* 2000;56:747-53.
3. Bergman U, Popa C, Tomson Y, et al. Drug utilization 90%: a simple method for assessing the quality of drug prescribing. *Eur J Pharmacol.* 1998;54:113-8.
4. Caamaño F, Figueiras A, Gestal-Otero JJ. Influence of commercial information on prescription quantity in primary care. *Eur J Public Health.* 2002;12:187-91.
5. Caamaño F, Figueiras A, Lado E, Gestal-Otero JJ. Variables explicativas del gasto generado por la no prescripción de la especialidad equivalente de menor precio. *Gac Sanit.* 2001;15:513-8.
6. Institut Català de la Salut. Estàndard de qualitat de prescripció farmacèutica dels equips d'atenció primària 2007 [monografía en internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2007 [citado 14 Feb 2008]. Disponible en: [http://www.gencat.net/ics/professionals/pdf/eqpf\\_2007.pdf](http://www.gencat.net/ics/professionals/pdf/eqpf_2007.pdf)
7. Garjón FJ, Aller AI, Pulsan MJ, Elfay M, Celaya MC. Selección de indicadores de calidad de prescripción en atención primaria mediante un grupo de consenso Aten Primaria. 2006;38:39-44.
8. Bladé J, Pascual I, Gómez A, Daniel J, Piñol JL. Impacto en los resultados de salud cardiovascular de la implantación del contrato de Dirección Clínica en atención primaria de Tarra-gona. *Aten Primaria.* 2006;37:51-5.
9. Soto J. Evaluación de la calidad de la prescripción farmacéutica: ¿no nos estaremos olvidando de medir los resultados en salud obtenidos en los pacientes? *Aten Primaria.* 2006;37:347-9.
10. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Oslo: World Health Organization [actualizado 22 Sep 2006; citado 14 Feb 2008]. Disponible en: <http://www.whooc.no/atcddd/>