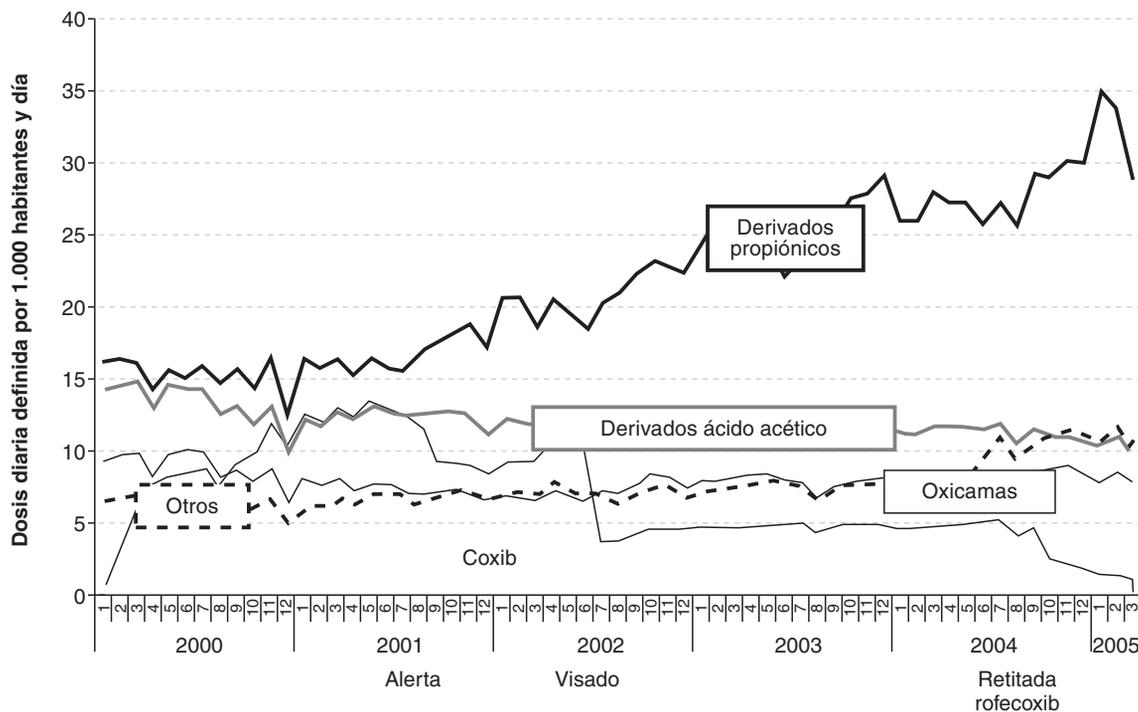


**Figura 1. Evolución del consumo de antiinflamatorios no esteroideos en la Comunidad Valenciana (dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día; de enero de 2000 a marzo de 2005).**



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 seguridad<sup>5</sup>, 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<sup>a</sup> / Pedro Cervera<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Escuela Valenciana de Estudios de la Salud. Valencia. España. <sup>b</sup>Servicio de Farmacia de Atención Primaria del Área 12. Agencia Valenciana de la Salud. Valencia. España.  
Correo electrónico: peiro\_bor@gva.es

**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.

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.

**Evaluación frustrada de dos intervenciones educativas sobre la prescripción de coxib en un área de salud**

*Sr. Director:*

Quienes hemos desarrollado intervenciones educativas con el objetivo de mejorar la calidad de la prescripción de medicamentos en atención primaria conocemos las limitaciones para la evaluación de su efectividad que encontraron Rosich et al<sup>1</sup>, en la evaluación de una intervención de mejora de la utilización de los coxib. En nuestro caso, y ante el rápido incremento en el consumo de coxib en nuestro Departamento Sanitario, que hacía sospechar una importante

sobreutilización, desarrollamos en junio de 2001 una intervención educativa, mediante el método de sesiones grupales, en los centros de salud del actual Departamento 14 de la Agencia Valenciana para la Salud. La evaluación prevista de la misma fue imposible, al publicarse en septiembre las alertas de diversas agencias de medicamentos, incluida la de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), que produjeron una caída en el consumo de coxib (fig. 1) similar a la descrita para el Sector del Alt Penedés-Garraf<sup>1</sup> o para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>2</sup>.

El repunte en el consumo de coxib a los pocos meses (presumiblemente motivado por la labor «educativa» de los delegados de la industria farmacéutica en respuesta a la alerta y la caída del consumo) nos llevó a desarrollar una segunda intervención de características similares a la primera en abril de 2002. La evaluación de la efectividad de esta segunda intervención se frustró de nuevo, en esta ocasión por la implantación del visado de estos fármacos en julio, que fue seguida de un brusco descenso en su consumo (fig. 1), como se describe en el comentario de Peiró<sup>2</sup> que acompañaba el citado artículo.

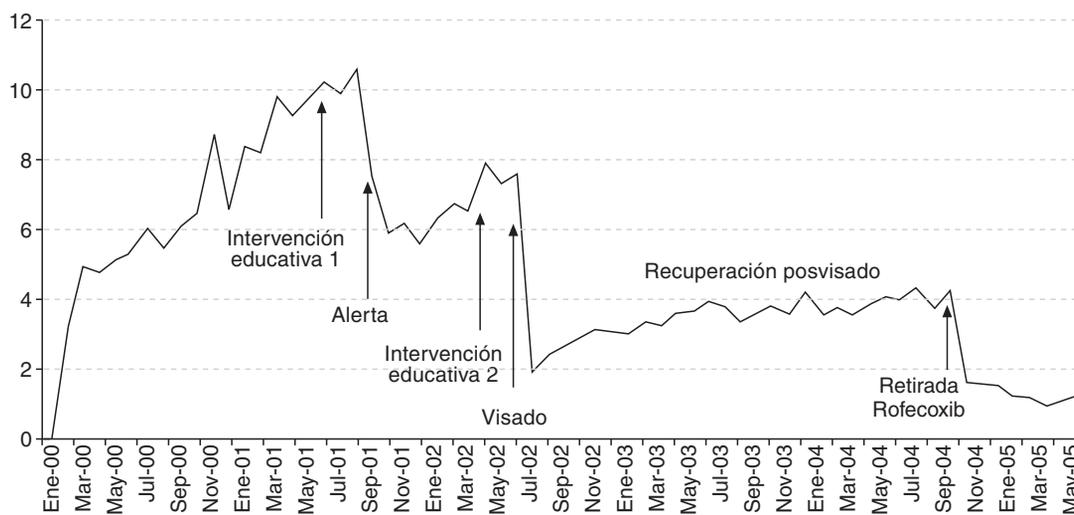
Aunque, como señala Peiró<sup>2</sup>, hay otros modos de evaluar la efectividad de las intervenciones, que pueden incluir la presencia de un grupo control, en la práctica habitual de los servicios de farmacia de atención primaria (y al margen de los problemas de la aleatorización, el enmascaramiento, el número de centros, la contaminación, etc.), práctica que forma parte de la gestión cotidiana del SNS, no suele ser factible excluir de una intervención de mejora de la prescripción a algunas poblaciones. Eso puede realizarse en un proyecto de investigación concreto<sup>3</sup>, pero en ese caso el resultado no necesariamente será extrapolable a la efectividad de la intervención en condiciones reales, que es más fácil de valorar –salvo que coincidan otras intervenciones importantes, como ha sucedido en este caso– mediante estudios evaluativos antes-después (obviamente, y si es posible, usando un

grupo control no intervenido que puede proceder de otro departamento de salud).

A este respecto, en el comentario al artículo<sup>2</sup> se utiliza como grupo control el territorio intervenido, los datos de prescripción de coxib para el conjunto del SNS, datos que incluyen los de intervenciones como la de Rosich et al<sup>1</sup>, y la realizada por nosotros. Cabe especular sobre cuántas intervenciones educativas –aun de distinta índole– se estaban realizando sobre los coxib en el SNS en el período previo a la alerta de la AEMPS. En aquel momento muchos boletines informativos sobre novedades terapéuticas recomendaban limitar el uso de coxib por la escasa evidencia científica que les daba soporte y su poca experiencia de uso y, probablemente, los servicios de farmacia de atención primaria centraron buena parte de sus actividades educativas sobre estas moléculas. Es posible que el conjunto de estas «intervenciones» creara el entorno necesario para limitar el crecimiento de los coxib y favorecer el impacto de la alerta de la AEMPS.

La eficacia de las intervenciones educativas para mejorar la práctica clínica ha sido examinada en algunas revisiones sistemáticas<sup>4,5</sup>. La conclusión de estos trabajos podría ser que, aun no habiendo ninguna receta mágica, hay una amplia gama de intervenciones que, usadas adecuadamente, pueden aportar mejoras importantes en la práctica profesional y en los resultados. Adicionalmente, y más allá de que en el trabajo concreto de Rosich et al<sup>1</sup> se haya podido atribuir o no parte de los cambios en la prescripción de coxib a la intervención educativa desarrollada, la descripción de la experiencia de intervención tiene un importante valor para los que trabajamos en este campo. En nuestro caso, nos permite ver que dos territorios diferentes, con similar volumen de población, tenían un perfil de prescripción muy parecido, y respondieron también de forma muy parecida a las diferentes intervenciones (educativas, alertas, visados) que se sucedieron en el caso de los coxib, aspectos que sugieren que un conjunto de intervenciones permite reconducir unos elevados ni-

Figura 1. Intervenciones educativas y administrativas y evolución del consumo de coxib en el Departamento Sanitario 14 (2000-2005).



veles de prescripción –que en agregado sugieren inadecuación– a cifras más razonables.

**Marisol Galeote**

*Farmacéutica de Atención Primaria. Servicio de Farmacia de Atención Primaria. Departamento Sanitario 14. Agencia Valenciana de la Salud. Valencia. España.  
Correo electrónico: galeote\_mar@gva.es*

**Bibliografía**

1. 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.
2. Peiró S. Comentario: complejidades en la evaluación de intervenciones complejas. *Gac Sanit.* 2005;19:234-7.
3. Bernal-Delgado E, Galeote-Mayor M, Pradas-Arnal F, Peiro-Moreno S. Evidence based educational outreach visits: effects on prescriptions of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *J Epidemiol Community Health.* 2002;56:653-8.
4. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ.* 1995;153:1423-31.
5. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, issue 1. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.; 2004.