Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Rev Calid Asist. 2012;**27(3)**:181–183

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis

CARTAS AL DIRECTOR

Alrededor del uso de SQUIRE

On the use of SQUIRE

Sra. Directora:

El, a mi entender, estupendo y oportuno artículo publicado en el número 2 del volumen 26 de la revista, firmado por Genis, Lorenzo y Santiña, relativo al manual de estilo para los autores[1], coincidía en el tiempo con un pequeño estudio que estaba realizando sobre el marco de referencia[2] *Standards for Quality Improvement Reporting Excellence* (SQUIRE).

La guía SQUIRE, pese a tener ya varios años de recorrido[3], tiene menos uso que otros estándares como CONSORT, sin embargo, se adapta mucho mejor a los trabajos de mejora de la calidad[4], y debería ser herramienta de primera mano para autores y revisores de literatura relacionada con la mejora de la calidad.

Mi intención era valorar la facilidad de uso de esta herramienta de cara a evaluar publicaciones de mejora de la calidad en futuras revisiones sistemáticas. Para ello utilicé una muestra de 70 artículos de la Revista de Calidad Asistencial, de los últimos 10 ejemplares (desde septiembre de 2009). Una primera fase de cribado hizo que me quedara con el 27% de los artículos, ya que el resto no podían ser evaluados con SQUIRE al no ser propiamente *estudios sobre mejora de la calidad*.

No cabe duda, que este hallazgo ocasional llamó más mi atención que el resto de los resultados posteriores. Quiero recalcar que este hallazgo no es indicativo de que el 73% de los artículos sea de baja calidad, la excelencia de nuestra publicación de referencia y sus artículos, ha quedado sobradamente demostrada desde la indización en MEDLINE[5], simplemente no se refieren a proyectos de mejora de la calidad o la seguridad.

Posteriormente llamaron mi atención una carta al director publicada en esta misma revista[6] y por supuesto el editorial del número de julio-agosto de este año[7]. En la primera, Hernández-García hace referencia a la baja tasa de publicación de comunicaciones orales de los congresos de la SECA y en el segundo se marcan las pautas de lo que debe ser el futuro de la Revista de Calidad Asistencial.

Y desde entonces, no deja de dar vueltas a mi cabeza la posible relación que hay entre todos estos asuntos, y cuál sería el papel que podrían jugar los estándares SQUIRE en el desarrollo no solo de la revista sino del conocimiento sobre mejora de la calidad que tiene la comunidad científica.

Y es por eso que humildemente me atrevería a sugerir tres pequeñas áreas de mejora:

Sería interesante incluir SQUIRE como referencia para la elaboración de artículos originales de la revista, cuando se trate de trabajos sobre la mejora de la calidad, teniendo en cuenta además que la presencia de ensayos clínicos es menor en la revista.

En la estrategia de la Revista de Calidad Asistencial[7] se menciona la necesidad de captar a los mejores autores y mejorar la efectividad y calidad de las revisiones. En el primer aspecto, no cabe duda que hay un área de mejora importante no tanto en captar a los mejores como conseguir formar a mejores autores, en el segundo caso, un mayor desarrollo de la versión de SQUIRE en español, sería una herramienta muy válida para mejorar la efectividad de las revisiones.

En tercer lugar, teniendo en cuenta la mención a la baja tasa de publicación de comunicaciones, me atrevería a pedir un esfuerzo a la SECA y a las sociedades regionales para que establezcan programas formativos en investigación en calidad, en edición de publicaciones y en lectura crítica.

No cabe duda, que SQUIRE es un marco muy exigente de cara a elaborar trabajos de mejora de la calidad, pero sin querer quitarle importancia a otro tipo de estudios, considero que los artículos publicados sobre experiencias de mejora de la calidad asistencial deberían ser el grueso principal de los originales de la revista.

Bibliografía

1. Carrasco G, Lorenzo S, Santiñá M. Manual de estilo de la revista de Calidad Asistencial. Guía obligatoria para nuevos autores. Rev Calid Asist. 2011;26:132–41. Elsevier.
2. Davidoff F, Batalden P, Stevens D, Ogrinc G, Mooney S. SQUIRE Development Group Publication guidelines for improvement studies in health care: evolution of the SQUIRE Project. Ann Intern Med. 2008;149:670–6.
3. Diamond L, Armistead N. Using SQUIRE. Am J Med Qual. 2010;25:414–5.
4. Ogrinc G, Mooney SE, Estrada C, Foster T, Goldman D, Hall LW, Huizinga MM, et al. The SQUIRE (Standards for Quality Improvement reporting Excellence) guidelines for quality impro-

1134-282X/$ – see front matter © 2011 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

vement reporting: explanation and elaboration. Qual Saf Health Care. 2008;17 Suppl I:i13–32, doi:101136/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

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[1]. Aunque las guías de práctica clínica (GPC) especifican sus indicaciones[2] (obviándose la hipótesis de la variación por incertidumbre o desconocimiento), existe mucha variabilidad entre los prescriptores[3]. La mayoría de los estudios se hacen en el medio hospitalario[4,5], 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 χ^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[5–7], 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[8]. 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%[7,8].

¿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[9,10] 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[a]	27,0%; IC95% = 24,4-29,7	< 0,001	21,7%	2,0

[a] 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 polimedicados en > 65 años): 8,6%.