

Un programa de medicación al alta hospitalaria reduce “la brecha”

Lappé J, Muhlestein J, Lappé D et al.

Improvements in 1-Year Cardiovascular Clinical Outcomes Associated with a Hospital-Based Discharge Medication Program. *Annals of Internal Medicine* 2004; 141:446-53.

Objetivo

Desarrollar e implantar un programa que asegure la adecuada prescripción de aspirina, estatinas, β -bloqueantes, IECAs y warfarina al alta hospitalaria. Se intenta reducir la notoria brecha existente entre lo que realmente se está haciendo y lo que puede hacerse para la prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares.

Métodos

Estudio observacional, no aleatorio, que compara los pacientes hospitalizados antes (26.000 en 1996-1998) y después (31.465 en 1999-2002) de la implantación de un programa de medicación al alta hospitalaria (PMAH). Los pacientes fueron seguidos durante un año. La intervención se realizó en los 10 mayores hospitales, entre 21, de *Intermountain Health Care*, una organización sanitaria, integrada y no-lucrativa, de EE.UU.

Resultados

La tasa de prescripción de cada medicamento aumentó más del 90% al año y se sostuvo el incremento. La tasa bruta de mortalidad pasó de 96 por 1.000 personas-año a 70 tras la implantación del PMAH. El riesgo relativo de muerte al mes (hazard ratio de 0.81 con IC al 95% entre 0.73 y 0.89) se redujo todavía más

al año (hazard ratio de 0.79 con IC al 95% entre 0.75 y 0.84). El riesgo de readmisión también se redujo al mes pero se estabilizó al año, posiblemente porque los supervivientes propiciaron más reingresos.

Conclusiones

Un sencillo programa de mejora de la calidad focalizado en la mejora de la prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares resultó factible en una organización sanitaria integrada, con buena infraestructura informática, sin requerir incrementos de plantilla ni aumentos notorios en costes. La mejora en la prescripción al alta hospitalaria se asoció a una significativa reducción de la mortalidad en las principales categorías diagnósticas de enfermedad cardiovascular, así como a una disminución de hospitalizaciones repetidas en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.

Financiación de Intermountain Health Care que no condicionaba ni el análisis ni la publicación de los resultados. Ningún conflicto de interés declarado. Direcciones de los autores en www.annals.org.

COMENTARIO

Buena señal que prestigiosas revistas clínicas acojan artículos que informan de los esfuerzos de quienes tratan de mejorar la práctica cotidiana, aplicando aquello que ya se sabe. Al fin y al cabo de poco sirve desplazar las fronteras de lo posible, la eficacia, si lo que realmente debería preocupar a clínicos, gestores y políticos, la efectividad, queda sumido en el olvido propio de aquellos temas poco atractivos. Muchos problemas sanitarios, desde la tuberculosis a los juanetes, continúan bastante desatendidos, porque resultan poco atractivos (*low profile*), en comparación, por ejemplo, con el sida o las artroplastias. El cv, el prestigio, los recursos, la neutralidad aparente se consiguen en el reino de la eficacia. En el de la efectividad se corre el riesgo de llevar malas noticias, quedarse sin financiación pública (a la privada no tiene porqué interesarle la innovación no patentable) y sufrir las consecuencias de la fascinación tecnológica que tan bien han explicado Salvador Peiró (1) y Oriol de Solà-Morales (2).

Pese a que ni el estudio que se comenta ni sus resultados sean directamente trasladables a nuestra realidad, sí que lo es tanto el problema de la brecha entre eficacia y efectividad en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares como la posibilidad de abordarlo. Salvador Peiró (3), de nuevo, ha documentado para España la brecha entre eficacia y efectividad en rela-

ción con el infarto agudo de miocardio y ha analizado y cuantificado las alternativas existentes en España para reducir la mortalidad en IAM. Como él dice: “Va siendo hora de centrar la atención en lo que es importante (el artículo comentado lo hace): las tasas de administración de aspirina, el tiempo puerta-aguja para la trombólisis, el uso de betabloqueantes, la implicación de los pacientes en sus cuidados... Muchos profesionales no han esperado y han emprendido este camino desarrollando sus estrategias de mejora de abajo a arriba”. Estoy convencido de que *GestClinSan* recogerá estas mejoras conforme se informe de ellas.

Vicente Ortún Rubio
CRES, Centro de Investigación en Economía y Salud
Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

(1) Peiró S. Variaciones en la práctica médica y utilización inadecuada de tecnologías. En Beatriz González (ed): *Difusión de nuevas tecnologías sanitarias y políticas públicas*. Barcelona: Masson, 2005, páginas 101-133.

(2) Oriol de Solà-Morales. Preferencias y tecnología: la perspectiva de los profesionales. *Economía y Salud* 2005; 18(53):6-7. Accesible en www.aes.es

(3) Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En Ortún V (ed): *Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Barcelona: Masson, 2003, páginas 17-87.