

Los españoles no seguimos la dieta mediterránea

Sr. Director: Hemos leído con interés el artículo de Fernández et al, titulado «¿Seguimos realmente una dieta mediterránea?»¹, publicado recientemente en su revista. En primer lugar, deseamos felicitar a los autores por la rigurosidad y la metodología del estudio. Está muy acertado escoger la encuesta de consumo alimentario semicuantitativa de la última semana, ya que es la ideal para atención primaria por ser breve pero completa.

Nos ha sorprendido que nosotros en nuestra población hemos hecho una observación muy parecida², aunque ha sido en población infantil, justo el tramo de edad que no estudian Fernández et al. La pregunta que nos hacíamos nosotros fue: ¿saben los niños de nuestro entorno lo que es la dieta mediterránea? Para ello, acudimos a un instituto y realizamos una encuesta tipo test para investigar sus conocimientos sobre alimentación a alumnos de 13-14 años. Destacamos a continuación algunos de los resultados más significativos. Al preguntar cuál es el grupo de alimentos que se debe consumir en mayor cantidad en la dieta mediterránea, sólo el 20,8% contestó correctamente que eran los cereales y tubérculos. La mayoría (55,6%) contestó que lo que se come en mayor cantidad en esta dieta es carne, pescado, huevos y legumbres. Sin embargo, muchos conocen las fuentes de calcio (78%) y que el aceite de oliva es más saludable que la mantequilla (62,5%)². Si comparamos estos resultados con los de Fernández et al, observamos varias similitudes. Ellos observan un consumo deficiente de hidratos de carbono; nosotros, que los niños no creen que los cereales se deban consumir en mayor cantidad que el resto de alimentos. Por tanto, puede ocurrir que la población no siga la dieta mediterránea porque en realidad no conoce en qué consiste. Desde que los doctores Ancel y Margaret Keys en los años cincuenta acuñaran el término «dieta mediterránea» para referirse a la forma de alimentación de una isla griega, popularizado posteriormente por el es-

tudio de los «Siete Países»³, parece estar demostrado que es la dieta más saludable^{4,5}. Esta dieta se caracteriza por un bajo consumo de carnes, abundancia de alimentos de origen vegetal y el aceite de oliva como principal fuente de grasa dietética^{4,5}. Estos hábitos dietéticos han sido expresados de forma gráfica en la «Pirámide de la dieta mediterránea». En ella pueden verse representados los diferentes grupos de alimentos y la importancia cuantitativa que deben tener en nuestra alimentación según el tamaño que ocupan en la pirámide; de manera que en la base de la pirámide se encuentran los grupos de alimentos cuyo consumo se recomienda en mayor cantidad y frecuencia, y a medida que se acerca al vértice su ingestión se va restringiendo⁵⁻⁷. Apoyamos a Fernández et al cuando recomiendan en su discusión que «se debería instaurar programas de información dirigidos a la población general con la finalidad de modificar los hábitos alimentarios y reconducirlos paulatinamente hacia unos hábitos más saludables». Y añadiríamos que el mejor momento para instaurar buenos hábitos es en la infancia; por ello, sería recomendable que los profesionales sanitarios acudieran a las escuelas para enseñar lo que es la dieta mediterránea.

Rosa Julián Viñals, Ainhoa Gómez Lumberras, Ana Belén Melgar Borrego y Lourdes Martín Méndez
Centro de Salud Dr. R. Castroviejo. Área 5. Madrid. España.

1. Fernández-Vergel R, Peñarrubia-María MT, Rispau-Falgás A, Espín-Martínez A, Gonzalo-Miguel L, Pavón-Rodríguez F. ¿Seguimos realmente una dieta mediterránea? *Aten Primaria*. 2006;37:148-53.
2. Julián Viñals R, Durán Macho E, Melgar Borrego AB, Gómez Lumberras A, Bermejo Pablos O, Bosch Meléndez I. Knowledge of nutrition of secondary schoolchildren. 11th Conference of the WONCA EUROPE 2005. Kos Island, 3-7 de septiembre de 2005.
3. Menotti A, Keys A, Blackburn H, Kromhout D, Karvonen M, Nissinen A, et al. Comparison of multivariate predictive power of major risk factors for coronary heart diseases in different countries: results eight nations of the Seven Countries Study, 25-year follow-up. *J Cardiovasc Risk*. 1996;3:69-75.

4. Rodríguez Roca GC, López Abuín JM. La dieta mediterránea: una forma de nutrición saludable. *Semergen*. 2003;29:301-7.
5. Ros Rahola E, Fisac C, Pérez-Heras A. ¿Qué es realmente la dieta mediterránea? *FMC*. 1998;5:557-71.
6. Vázquez C, López-Nomdedeu C, De Cos AI. Alimentación y Nutrición. Manual teórico-práctico. 2.ª ed. Madrid: Díaz de Santos, S.A.; 2005.
7. SENC (Sociedad Española de Nutrición Comunitaria). Guía de la alimentación saludable. Editorial SENC. Madrid 2004. Disponible en: www.aesa.mscc.es

Indicadores cualitativos en la prescripción de antibióticos: ¿son los más adecuados?

Sr. Director: Hemos leído con atención el reciente artículo publicado en su revista por Soto sobre la calidad de la prescripción farmacéutica¹. El autor reflexiona sobre los indicadores que deberían utilizarse para evaluar la prescripción farmacéutica y propone que estén ligados a resultados de salud. No sólo estamos de acuerdo con esta nueva orientación, sino que nos congratulamos de ello, hecho que ya reflejamos en un documento de la Sociedad Española de Medicina de Familia del año 2002². Este documento concluía que «hacer indicadores es fácil, pero hacerlos buenos es difícil». Los indicadores deberían basarse en intervenciones con impacto en la mejora de la salud en atención primaria.

Soto sólo refleja indicadores de un reducido número de grupos terapéuticos, pero hay otros que han demostrado ser útiles para reducir la morbimortalidad e incluso más coste-efectivos que los mencionados por el autor, como, por ejemplo, la vacunación antigripal. Además, incide en la evaluación de la prescripción en enfermedades crónicas y olvida que se debería evaluar también la prescripción en la enfermedad aguda. En este sentido, deberíamos ser sensibles a la

Palabras clave: Dieta mediterránea. Alimentación saludable. Educación sanitaria.

Palabras clave: Indicador. Antibióticos. Uso racional de antibióticos.

alta tasa de resistencia a antibióticos observada en nuestro país. Los indicadores para evaluar la prescripción de antibióticos que Soto comenta son: número de recetas de penicilinas/número de recetas de antibióticos y DDD de cefalosporinas/DDD penicilinas. La inclusión de indicadores cualitativos de prescripción antibiótica puede desvirtuar el objetivo primordial de conseguir un uso más racional de la antibioterapia, pudiendo fomentar la prescripción de antibióticos «recomendados» en infecciones no bacterianas. En el Instituto Catalán de la Salud disponemos también de indicadores de calidad en la prescripción farmacéutica cualitativos y también cuantitativos. Estos indicadores son: dosis-habitante-día (DHD) de antibióticos sistémicos ajustado por población mayor, porcentaje de penicilina/total de antibióticos sistémicos, porcentaje de antibióticos recomendados/total de antibióticos sistémicos. El objetivo para cada indicador es: ≤ 5 , $\geq 60\%$ y $\geq 75\%$, respectivamente. El análisis de los resultados de estos indicadores en la prescripción de antibióticos durante el año 2004, en nuestra demarcación, se hizo seleccionando una muestra aleatoria de centros y comparando los resultados de 163 médicos de familia para cada indicador. La media de las DHD de los antibióticos prescritos fue de 10,6; sin embargo, el rango fue muy amplio, oscilando entre 1,29 y 47 DHD. La media del porcentaje de penicilinas respecto al total de antibióticos fue del 54,4%. Curiosamente, los profesionales que menos antibióticos prescribieron (menos de 5 DHD) recetaron menos penicilinas (51,1%) que los que prescribieron más de 5 DHD (57%). En cuanto al indicador de antibióticos recomendados, la media porcentual fue del 68,6%. De forma similar, entre los que prescribieron menos antibióticos el porcentaje fue del 66,1%, mientras que entre los que prescribieron más de 5 DHD fue del 70,1%. Esto puede dar lugar a la situación de que los profesionales que recetan globalmente menos antibióticos obtengan peores resultados en los indicadores cualitativos que los que más prescriben. A la hora de diseñar indicadores, es importantísimo pensar en sus consecuencias. Un claro ejemplo de ello es la utilización sólo de indicadores cualitativos en la prescripción de antibióticos. Al tratar una infección, el médico tiene dos deberes: el prime-

ro hacia el paciente, curando el proceso infeccioso, y el segundo hacia la comunidad, responsabilizándose de no generar resistencias. La aparición y diseminación de bacterias resistentes se relaciona con la utilización global de antibióticos tanto de forma individual como colectiva³. En la mayoría de infecciones respiratorias, el 70% de los procesos infecciosos se atienden en la comunidad y son autolimitadas; algunas revisiones recientes sugieren que los antibióticos sólo modifican marginalmente su curso evolutivo⁴. Según la Organización Mundial de la Salud, sólo 20 de cada 100 infecciones respiratorias requieren tratamiento antibiótico⁵. Por ello, debe limitarse el tratamiento antibiótico a que la causa bacteriana esté confirmada o haya un alto grado de sospecha. Así pues, los indicadores cualitativos en antibioterapia, en caso de haberlos, deben ocupar un papel secundario, con un peso inferior al de los indicadores cuantitativos. A la hora de evaluar grupos de medicamentos no sólo se debe fijar o medir la selección del principio activo, sino evitar la sobreprescripción de ellos.

**Carles Llor^a, Josep Maria Cots^b,
Núria Molist^c, Albert Boada^d,
Carolina Bayona^e y Lars Bjerrum^f**

^aCentro de Salud Jaume I. Tarragona. España. ^bCentro de Salud La Marina, Barcelona. España. ^cCentro de Salud Manlleu. Barcelona. España. ^dCentro de Salud Barcelona. Barcelona. España. ^eCentro de Salud Valls Urbà. Valls. Tarragona. España. ^fUnidad de Investigación de Atención Primaria. Universidad del Sur de Dinamarca. Odense. Dinamarca.

1. Soto J. Evaluación de la calidad de la prescripción farmacéutica: ¿no nos estamos olvidando de medir los resultados en salud obtenidos en los pacientes? *Aten Primaria*. 2006;37:347-9.
2. Sociedad Española de Medicina de Familia. Indicadores de evaluación de la actividad profesional: asistencia, docencia e investigación. *Documentos semFYC* n.º 19. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2002.
3. Bronzwaer SL, Cars O, Buchholz U, Mölstad S, Goettsch W, Veldhuijzen IK, et al. A European study on the relationship between antimicrobial use and antimicrobial resistance. *Emerg Infect Dis*. 2002;8:278-82.

4. Arroll B. Antibiotics for upper respiratory tract infections: an overview of Cochrane reviews. *Respir Med*. 2005;99:255-61.
5. World Health Organization. World Health Organization website. Report on Infectious Diseases 2000. Overcoming antimicrobial resistance, Chapter 4. Big guns of resistance [citado 14 May 2006]. Disponible en: <http://www.who.int/infectious-disease-report/2000>

Réplica del autor

Sr. Director: En relación a la carta enviada por Llor et al, quisiera efectuar las siguientes puntualizaciones:

- Los indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica, expuestos en el artículo origen de esta carta, aparecen a título de ejemplo (lógicamente tiene que haber muchos otros que no han sido citados) de todos los indicadores que se pueden encontrar en la bibliografía de dominio público. Es muy probable que haya áreas de salud repartidas por nuestra geografía donde se estén empleando otros indicadores diferentes, pero esta información no es fácil de conocer al no estar publicados en revistas biomédicas de amplia difusión y fácil acceso.
- Estoy totalmente de acuerdo con los autores de esta carta en que son necesarios indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica en las enfermedades agudas y que debería haber indicadores cuantitativos, además de los cualitativos (que son los más abundantes).
- Además, comparto la opinión de los autores de esta carta de que es imprescindible pensar en las consecuencias derivadas de la implantación de estos indicadores de calidad, y en cómo pueden afectar a la práctica clínica del médico. De hecho, los indicadores deberían promover una práctica clínica y un uso de medicamentos basados en las evidencias disponibles y en la idio-

Palabras clave: Indicadores de calidad. Prescripción farmacéutica. Indicadores cuantitativos y cualitativos.