

Asesoramiento al médico
de atención primaria en la prescripción:
Documento de información
y guía para el nuevo NHS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACÉUTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA



Asesoramiento al médico
de atención primaria en la prescripción:
Documento de información
y guía para el nuevo NHS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACÉUTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA



De la edición original:

© National Prescribing Centre and NHS Executive, UK 2000

Competencies for pharmacists working in primary care. First edition, april 2000

De la edición en español:

© 2001 Prous Science, S.A., Provenza 388, Barcelona 08025

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito de los titulares del Copyright.

Impreso en España/Printed in Spain

Depósito legal: B-32.114-2001

Índice

Prólogo	1
Asesoramiento al médico de atención primaria en la prescripción:	
Documento de información y guía para el nuevo NHS	3
1. Introducción	5
Antecedentes	5
Evidencia para el apoyo a la prescripción	6
¿Para qué leer más?	6
Modelos de apoyo a la prescripción	6
2. Servicios de apoyo a la prescripción clínica	9
Revisión de la medicación y control de la terapia farmacológica	9
Revisión de la prescripción	10
Consultas para la revisión de la medicación	10
Revisiones con la “bolsa marrón”	10
Revisión de la medicación domiciliaria	10
Reacciones adversas	11
Hospitales para ancianos y residencias geriátricas	12
Consulta para el tratamiento de enfermedades	13
Utilización de la información sobre fármacos	14
Relaciones con la industria	15
Folletos informativos	15
Auditoría	15
Aspectos educativos del apoyo a la prescripción	16
Ampliando la educación	17
3. Servicios de apoyo a las políticas de prescripción, procedimientos y análisis	19
Análisis de la prescripción	19
Análisis de datos PACT	20
Prescripción de genéricos	20
Desarrollo y mantenimiento del formulario	20
Guías y protocolos	21
Manejo del proceso de repetición de recetas	22
Revisión de los sistemas de repetición de recetas en la consulta	23
Revisión de todas las prescripciones repetidas	23
Prescripción por ordenador	24
Personalización del programa	24
Revisión continuada de la mejor relación calidad-precio	24
Implementación de los cambios acordados en la prescripción	25
4. Apoyo en los problemas y política de la prescripción en la interfase entre consultas, grupos de asistencia primaria y hospitales	27
Asistencia completa al paciente durante el ingreso y el alta hospitalaria	27
Criterios de prescripción entre niveles asistenciales	29
Guías para los distritos y opciones terapéuticas	29
Presupuestos unificados y responsabilidad en la prescripción	29
Aumentando la aportación e influencia de los PCG en la elaboración de las políticas locales	30

5. Dónde empezar	31
Cómo evaluar qué servicio se necesita	31
Cómo contratar un buen servicio	32
Financiando un servicio	32
Selección	32
Opciones de empleo y acuerdos contractuales	33
Punto de partida	34
Apoyo continuado	35
Control de la eficacia del servicio	35
Calidad de la práctica profesional	37
Necesidades de formación de los que ofrecen los servicios	38
Resumen	39
Anexo 1: Resumen de los proyectos financiados por el Departamento de Salud	41
Monitorización del tratamiento farmacológico	41
Servicios para los hospitales y residencias para ancianos	44
Análisis de la prescripción	45
Desarrollo de formularios	48
Prescripción en el alta y relación con los hospitales	49
Anexo 2: Resúmenes de "Prescripción de médicos de atención primaria. Desarrollo en el asesoramiento profesional"	51
Modelos de apoyo a la prescripción	51
Implementación de guías y protocolos	56
Monitorización del tratamiento farmacológico	58
Análisis de la prescripción	59
Formación	61
Miscelánea	62
Anexo 3: Modificación de la prescripción en la consulta. Revisión de la evidencia	63
¿En qué consiste la prescripción racional?	63
Asesores en prescripción	64
Cambio en los hábitos de prescripción	64
Anexo 4: Plan de asistencia farmacéutica	67
Anexo 5: Servicio de apoyo a la prescripción	69
Revisión de pacientes que toman varios fármacos distintos	69
Protocolos para las consultas de tratamiento de enfermedades	69
Auditoría de la prescripción	69
Análisis de datos PACT	70
Revisión de la prescripción de genéricos	71
Desarrollo y mantenimiento del formulario	72
Revisión de los sistemas de repetición de recetas en la consulta	72
Implementación de soluciones rápidas	73
Anexo 6: Contactos útiles	75
Anexo 7: Lista de comprobación al ingreso del RPSGB	79
Lista de comprobación al alta del RPSGB	80
Anexo 8: Apoyo a la prescripción de los farmacéuticos	81
Temas de independencia	81
Anexo 9: Ejemplos y cursos de posgrado que incluyen capítulos de apoyo a la prescripción	83
Anexo 10: Descripción de un modelo de puesto de trabajo a tiempo completo.	
Farmacéutico asesor para la prescripción	85
Descripción de un modelo de puesto de trabajo para un farmacéutico asesor para la prescripción por sesiones	86
Bibliografía	87
Agradecimientos	91
Glosario	93

Prólogo del Secretario de Estado

La prescripción es una de las funciones más importantes de un médico general porque la medicación es una de las formas más frecuentes de tratar las enfermedades. Cada vez disponemos de fármacos más potentes y eficaces que proporcionan un mejor tratamiento o se ocupan de enfermedades hasta hace poco intratables. El gasto farmacéutico está aumentando con mayor rapidez que cualquier otro sector en el NHS. Por lo tanto, la ayuda y el consejo en la prescripción pueden ser buenos, no sólo para los pacientes y los médicos sino también para los contribuyentes.

El gobierno está decidido a modernizar el NHS para satisfacer las necesidades de los pacientes, proporcionando un tratamiento de alta calidad donde y cuando sea necesario. El documento "Un servicio de primera clase", como su título indica, deja claro nuestro compromiso con la calidad. También necesitamos garantizar el adecuado empleo de la financiación asignada por este gobierno al NHS. Los cambios que se introducirán el próximo año, en especial la creación de los grupos de atención primaria (PCG), supondrán nuevas oportunidades y retos adicionales.

Un número creciente de médicos generales ha participado en las iniciativas de apoyo a la prescripción, aprovechando las capacidades de otros profesionales sanitarios para la mejora de su calidad y rentabilidad. Este documento engloba una serie de modelos y experiencias que se han probado en diversas partes del país. Los médicos generales querrán recurrir al conocimiento técnico de las autoridades sanitarias cuando consideren sus necesidades específicas de apoyo para la prescripción. Las autoridades sanitarias y los grupos de atención primaria lo alentarán y considerarán sus propias necesidades de consejo y apoyo a la prescripción.

Yo les recomiendo el presente documento. Debería constituir una guía útil y una fuente de información. Espero que los médicos generales, los grupos de atención primaria y las autoridades sanitarias lo utilicen para mejorar la calidad, fiabilidad y rentabilidad de la prescripción.

Frank Dobson

Secretario de Estado para la Salud

Asesoramiento al médico de atención primaria en la prescripción: Documento de información y guía para el nuevo NHS

A continuación se describe la disposición de la información en este documento para permitir al lector seleccionar rápidamente las áreas de interés. Los anexos contienen más detalles, a los cuales se hace referencia en el cuerpo principal del documento, lo que permite al lector buscar información adicional si lo necesita.

INTRODUCCIÓN

Establece los objetivos del documento y los antecedentes del apoyo a la prescripción.

SERVICIOS DE APOYO A LA PRESCRIPCIÓN CLÍNICA

Describe varios servicios clínicos de apoyo a la prescripción, como la revisión de la medicación y las consultas de tratamiento de enfermedades.

SERVICIOS DE APOYO A LAS POLÍTICAS DE PRESCRIPCIÓN, PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS

Describe varios servicios de apoyo administrativo a la prescripción, como el desarrollo de formularios y el manejo de los procedimientos de repetición de recetas.

APOYO EN FACTORES Y POLÍTICA DE PRESCRIPCIÓN EN LA INTERFASE ENTRE CONSULTA, GRUPOS DE ASISTENCIA PRIMARIA Y HOSPITALES

Describe servicios dirigidos a factores de la prescripción que abarcan la asistencia primaria y secundaria.

¿DÓNDE EMPEZAR?

Facilita información para ayudar en la contratación, comienzo, control y evaluación de un servicio de apoyo a la prescripción.

ANEXOS

Incluyen resúmenes del Departamento de Salud y otros proyectos de apoyo a la prescripción, así como modelos para lograrlo.

Introducción

Hoy día la prescripción es uno de los enfoques terapéuticos más frecuentes cuando se tratan pacientes en el NHS. Por término medio, un médico general receta semanalmente entre 250 y 350 productos. Cada vez que se receta un producto supone que el médico de atención primaria (MAP) ha pasado por un complejo proceso profesional que incluye **investigación, evaluación, valoración de opciones, individualización del paciente, comunicación, acuerdo y, posteriormente, registro de la decisión.**

Con el paso del tiempo, la mayoría de los MAP desarrollan estrategias personales para realizar esta importante actividad, la cual puede llevar mucho tiempo. Sin embargo, para apoyar cada uno de los elementos anteriores, pueden existir una serie de actividades de apoyo que, si se hacen bien, mejoran de forma importante la eficacia y la rentabilidad del proceso de la prescripción para el beneficio del paciente, el MAP y el NHS.

El trabajo global de los MAP se ha incrementado de forma considerable a lo largo de los últimos años. De forma inevitable, este trabajo ejerce una presión sobre actividades profesionales importantes, como estar al día en los nuevos desarrollos clínicos o el mantenimiento de los sistemas de información y de gestión de la consulta, los cuales apoyan el ejercicio médico actual.

Esta presión no se observa de forma tan aguda en otras áreas como en la prescripción debido al rápido aumento del número, potencia y coste de los medicamentos que van apareciendo en el mercado. Con el desarrollo de los grupos de atención primaria (PCG) en el nuevo NHS, los médicos generales tendrán una mayor flexibilidad para decidir cómo gastar sus presupuestos locales de asistencia sanitaria a fin de optimizar la salud para sus pacientes.

La optimización del empleo de los medicamentos es uno de los retos principales que se presentarán en las consultas y en los PCG en los meses y años venideros. No obstante, sacar provecho de esta oportunidad requerirá una aportación profesional adicional considerable y el apoyo de la consulta y del MAP; pero ¿cuál es el alcance de este trabajo extra de apoyo a la prescripción y cómo se puede obtener?

El concepto de **apoyo a la prescripción** no es nuevo, pero pocos MAP y otros profesionales clave, así como los gerentes, conocen las amplias y posiblemente útiles iniciativas que se están llevando a cabo en el NHS.

Este documento está diseñado como una información de fácil utilización destinado a aquellos profesionales preocupados por optimizar la prescripción para sus pacientes y maximizar

el empleo de los recursos existentes dentro del NHS. Resume una amplia serie de servicios que, cuando se pongan en práctica de forma eficaz, pueden dar apoyo a los MAP (y a otros) en sus actividades dirigidas a recetar medicamentos. Detalla algunas de las iniciativas que se han probado *in situ* y resume cómo elegir los servicios que serían más importantes para la situación local y cómo contratarlos.

El público a quien va dirigido este documento está formado por:

- Médicos generales dentro de los grupos de asistencia primaria que están considerando si el apoyo a la prescripción, y en tal caso qué tipo de apoyo, es importante para la situación de su consulta.
- PCG que se encuentran en las primeras fases de desarrollo de modelos colectivos de apoyo a la prescripción que se adaptan a sus circunstancias locales.
- Autoridades sanitarias (HA) para ayudarles a desarrollar un apoyo eficaz a la prescripción dentro de los PCG.

El apoyo a la prescripción podría definirse como la utilización de una aportación profesional adicional en uno o más elementos que forman parte del proceso de la prescripción. Sus objetivos globales son promover una elevada calidad, rentabilidad de los medicamentos y mejora de la atención farmacéutica de los pacientes. Ello debería permitir utilizar los recursos del NHS de manera más eficaz y que las consultas operasen con más eficiencia, permitiendo a los MAP dedicar más tiempo al paciente individualmente y mejorar la salud de la población de su consulta.

ANTECEDENTES

Mejorar la calidad y la eficacia en el NHS son objetivos clave de las reformas del gobierno, descritos en el reciente Libro Blanco “El nuevo NHS” (1). El Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE) (*The National Institute for Clinical Excellence*) sentará las bases para la eficacia clínica y la relación coste-eficacia, redactando nuevas guías a partir de las últimas pruebas científicas. Los contratos anuales se reemplazarán por contratos de servicios a largo plazo entre las autoridades sanitarias, los PCG y las Fundaciones del NHS, e incluirán patrones de calidad explícitos. Un nuevo sistema de gobierno clínico ayudará a garantizar el logro de los niveles de calidad clínica y la existencia de procedimientos para promover una mejora

continuada. Los clínicos de atención primaria y secundaria necesitarán asegurar que se han puesto en marcha sistemas que proporcionen una buena asistencia clínica. Se necesitará apoyo, no sólo para alcanzar los objetivos locales sino también los regionales y nacionales.

Los PCG asumirán grados variables de delegación de responsabilidad para un simple presupuesto unificado que cubra la mayoría de los aspectos de la asistencia. Los programas de mejora de la salud (HIP) tratarán las necesidades sanitarias más importantes de la población local y expondrán cómo alcanzarlas. Es posible que los factores relacionados con la prescripción formen una parte importante en todos los programas de mejora de la salud.

El gasto farmacéutico por parte de los MAP en Inglaterra supone aproximadamente 4,5 billones de libras esterlinas (£) al año, representando cerca del 50% de los costes en la atención primaria. Este gasto está aumentando a un ritmo anual del 9%.

Se necesitará demostrar la rentabilidad global de todas las prescripciones en el contexto del NHS, y una mayor colaboración entre la asistencia primaria y la secundaria será esencial. La entrada de nuevos fármacos en el NHS necesitará de la cooperación entre clínicos, otros profesionales y los gerentes de atención primaria y secundaria a mayor escala. Cuando todas las prescripciones salgan de un presupuesto unificado con limitaciones del dinero en efectivo habrá una necesidad real de tomar decisiones firmes, rentables y basadas en los datos publicados.

Hasta hace poco, los asesores médicos y farmacéuticos proporcionaban las bases del asesoramiento en la prescripción formal y el apoyo local a los MAP. Cada vez es más obvia la necesidad de un mayor apoyo local en el proceso de la prescripción mas allá del que pueden proporcionar las autoridades sanitarias. Por lo tanto, muchas iniciativas tomadas localmente se han basado en modelos adicionales de apoyo a la prescripción. Estas iniciativas han considerado la función de varios profesionales sanitarios en los procesos de prescripción, por ejemplo de farmacéuticos y enfermeras. **Además, en 1995 el Departamento de Salud financió 17 proyectos para valorar modelos diferentes de apoyo a la prescripción para el MAP.**

Este documento resume una amplia gama de iniciativas que pueden ser importantes para los MAP y otros a considerar en el marco del nuevo NHS. Hasta ahora, en la gran mayoría de estas iniciativas han participado farmacéuticos, aunque algunos modelos utilizan los conocimientos de otros profesionales sanitarios. Esto no disminuye en forma alguna el papel que puedan desempeñar otros profesionales; de hecho en algunas áreas importantes existe la necesidad de un conocimiento técnico específico, por ejemplo de enfermeras en el tratamiento de heridas, especialistas en dietética para el apoyo nutricional, etc.

El entusiasmo de estas iniciativas ha sido notorio en casi todos los participantes, y los datos hasta la fecha (ver anexos 1 y 2) indican que la inversión en el apoyo para la prescripción, cuando se implanta con eficacia, es un enfoque válido para facilitar la gestión de la prescripción en asistencia primaria.

EVIDENCIA PARA EL APOYO A LA PRESCRIPCIÓN

Se ha publicado una serie de artículos sobre la eficacia de varias intervenciones dirigidas a modificar los hábitos de prescripción. Por lo general, se reconoce que la distribución pasiva de la información (por ejemplo, distribución de guías para la consulta) es insuficiente para mejorar la práctica clínica si no se realizan intervenciones suplementarias. Davis y cols. (2) publicaron una revisión en cuyas conclusiones señalaban que los métodos didácticos utilizados de forma habitual, como por ejemplo las conferencias, influyen sólo parcialmente en la mejora de la práctica profesional. Otros enfoques más eficaces incluyen las intervenciones sistemáticas basadas en la práctica y las visitas ampliadas.

Este documento informativo es, por lo tanto, oportuno en cuanto que describe una amplia gama de intervenciones de apoyo para la prescripción aprobadas localmente. Todas ellas intentan producir cambios en el proceso de prescripción y con ello mejorar la práctica clínica mediante una administración y un empleo de los medicamentos más eficiente y eficaz. El anexo 3 incluye una revisión más completa de la literatura sobre este tema.

¿PARA QUÉ LEER MÁS?

Los médicos generales, al igual que otros profesionales sanitarios, tienen cada vez más demandas a costa de su tiempo. La existencia de tratamientos nuevos e innovadores para enfermedades que antes eran intratables, junto con un mayor requerimiento por parte del paciente y una necesidad creciente de maximizar la recuperación de la salud con una limitación de los recursos, presionan un servicio ya de por sí forzado.

Las nuevas tecnologías de la información tienen la posibilidad de revolucionar la manera en que se organizan los servicios y la forma en que se transfiere la información en el NHS. De todas formas, no son capaces por sí solas de proporcionar una asistencia mejor y más rentable para el paciente. Se necesita una aportación profesional adicional considerable.

Por lo tanto, ¿cuáles son los factores que podrían llevar a un MAP o a un PCG a considerar el empleo de uno o más servicios de apoyo a la prescripción? (Tabla 1).

MODELOS DE APOYO A LA PRESCRIPCIÓN

Los modelos de apoyo a la prescripción descritos en este documento representan opciones probadas de una prescripción más eficiente. Por ahora, casi todos los que han participado en iniciativas están de acuerdo en que el apoyo a la prescripción puede desempeñar un papel importante en todo el NHS, a fin de que el consumo de medicamentos se trate de forma incluso más eficaz y rentable. El trabajo hasta la fecha ha demostrado los beneficios de la coordinación y puesta en práctica de políticas de prescripción en y entre las consultas, la

Tabla 1. Factores que influyen a la hora de considerar el empleo de uno o más servicios de apoyo a la prescripción.

Beneficio para el paciente	Una mejor calidad de los procesos de prescripción conduce a una mejor atención al paciente.
Mejor empleo del tiempo del MAP	La delegación de algunos de los procesos asociados a la prescripción y la puesta en práctica de sistemas más eficaces permiten al MAP una mayor concentración en otras áreas de atención al paciente.
Mejora de la salud	Los centros de asistencia y los MAP tendrán objetivos dirigidos a mejorar la salud de sus pacientes. Varios de estos objetivos estarán relacionados con la prescripción, por ejemplo disminución de los sangrados relacionados con los AINE, o una utilización óptima del ácido acetilsalicílico para la prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares o vasculares cerebrales.
Equidad	Entre las consultas, los MAP y más allá existe la necesidad de una mayor equidad en la atención a los pacientes, incluida la prescripción.
Gobierno clínico	Cada vez se admitirán menos las variaciones inadecuadas de la práctica médica, y la presión de los colegas junto con un apoyo importante podría ayudar a armonizar la prescripción entre los MAP.
Colaboración más estrecha entre MAP	La introducción de los PCG mejorará sin duda las relaciones profesionales entre los MAP que los constituyen. Muchos factores sobre prescripción tienden a ser comunes a todos los prescriptores, constituyendo un posible punto de partida para colaboraciones profesionales entre las consultas.
Resolución de problemas en la asistencia primaria y secundaria	Los presupuestos unificados facilitarán la resolución de una serie de problemas que han tenido lugar entre la asistencia primaria y secundaria; por ejemplo la transferencia de costes de medicamentos de especialistas a la atención primaria, falta de comunicación, lo cual comporta no implementar cambios en la medicación y un seguimiento inadecuado del paciente después del ingreso o del alta hospitalaria.
Empleo de medicamentos. El cuadro completo	Por lo general, los MAP se concentran en la prescripción de medicamentos, pero deberían considerar cada vez más su empleo de forma global (como los que se compran sin receta). Los farmacéuticos de la comunidad pueden tener una visión más completa del consumo total de los medicamentos en algunos pacientes, incluyendo su cumplimiento con la medicación prescrita. Hay muchas ocasiones en que el verdadero empleo de los medicamentos de un paciente difiere considerablemente de las anotaciones que tiene el MAP en sus historias clínicas sobre los fármacos recetados.
Formación médica continuada	La formación médica continuada es una parte importante de la vida profesional de un MAP. Como en la mayoría de las intervenciones del MG hay medicamentos involucrados, la formación continuada será importante en la mejora de la calidad asistencial. El apoyo adicional podría ayudar al MAP a estar actualizado en la información farmacéutica.

mayor participación de los farmacéuticos en el manejo diario de los medicamentos y una mejor utilización de los escasos recursos a través de sistemas de prescripción y de procesos más eficaces en la toma de decisiones.

El apoyo profesional para la prescripción puede describirse bajo diversos encabezamientos. Las consultas de medicina general que están empezando a apreciar los beneficios del apoyo a la prescripción pueden, inicialmente, encargar uno o dos servicios específicos, en función de las necesidades más acuciantes de la consulta, como una forma de probar las opciones disponibles. Los que ya tienen experiencia con el apoyo a la prescripción apreciarán que se podrían cubrir muchas más áreas de las que se describen.

Al final del documento hay una guía sobre el modo de valorar los servicios que se pueden necesitar y cómo contratarlos.

Algunos servicios pueden proporcionarse por sesiones, por ejemplo semanal o quincenalmente. No obstante, un número creciente de consultas o grupos de consultas están contratando una mayor aportación, por ejemplo uno o dos días por semana, o incluso a tiempo completo. Estos acuerdos permiten una participación más elevada en la gestión del día a día de los procesos de prescripción en la práctica.

La mayoría de los servicios descritos se aplican en la consulta y en el PCG. La aportación de las autoridades sanitarias seguirá siendo importante a medida que los PCG evolucionan en el desarrollo estratégico y tengan una mayor capacidad de coordinación. La forma de pago y de organización de los servicios dependerá de las configuraciones de los PCG y de la velocidad de los cambios. Si se desean servicios eficaces locales es importante aprender de las experiencias de aquellos

que ya han estado involucrados en procesos de apoyo a la prescripción.

Un médico general con mucha experiencia en el apoyo a la prescripción hizo el siguiente comentario.

“Para mí, como para cualquier médico general, recetar es un acto reflejo, pero ¿presto la atención suficiente a los detalles de los fármacos o de los apósitos que receto a un paciente como para asegurar que va a tener la mejor evolución? Sé que no. Las cinco reglas de oro de la prescripción racional, seguro, eficaz, aceptable, disponible y económico, no me vienen a la mente cada vez que hago una receta”.

Constantemente se nos recuerda que tenemos que considerar el coste. Para nuestros pacientes, individualmente, el coste es irrelevante. ¿Cómo podemos hacerlo relevante y al mismo tiempo seguir diciendo que prescribimos con sensatez y asegurarnos de que practicamos una justicia distributiva?

El farmacéutico de la consulta ajusta nuestros formularios a diario y nos asesora a nosotros y a nuestros pacientes sobre los medicamentos. El proceso de repetición de recetas que se repiten está controlado y nuestros recepcionistas ya no se enfrentan al problema de contestar preguntas sobre medicamentos cuando no hay un médico disponible. Los servicios para los pacientes son mucho mejores, menos efectos adversos, pautas de tratamiento más individualizadas, no hay colas en la “feria de ganado” que son las consultas

de anticoagulantes y se empiezan a tratar los temas de concordancia.

Sin el farmacéutico de la consulta, los costes de nuestras prescripciones no se hubieran mantenido de forma constante en un 15% por debajo del promedio PACT nacional durante tres años (hoy están un 24% por debajo), y esto incorporando aún una prescripción que es segura y sencilla al mismo tiempo, eficaz y eficiente, disponible y apropiada, aceptable y apreciada, y controlando los costes sin pensar en ello de forma consciente.

El farmacéutico de la consulta es el “ingeniero del barco” y nuestro barco ahora tiene una tripulación completa y en constante servicio.

Dr. Denys Wells, MG, Northgate Medical Centre, Walsall

En los próximos capítulos se describe la variedad y el ámbito de los servicios de apoyo a la prescripción. Para su conveniencia se han dividido en tres tipos de servicio: clínico, políticas, procedimientos y análisis de la prescripción, y factores y política en la interfase. El capítulo 5 describe cómo contratar un servicio de apoyo a la prescripción, habiendo revisado las opciones de los capítulos 2, 3 y 4. Los anexos contienen información adicional útil y detallada para aquellos que están involucrados en los servicios o en proporcionarlos.

Servicios de apoyo a la prescripción clínica

Los servicios de apoyo a la prescripción clínica son los que se centran en el paciente e incluyen la revisión, el control y el manejo global de la prescripción de forma individual. Esto ha sido (y seguirá siendo) tradicionalmente una parte clave del papel de un MAP, pero el aumento en la complejidad y variedad de los medicamentos existentes ha llevado a una mayor participación de otros profesionales sanitarios.

Muchos pacientes que están tomando medicación lo hacen para el tratamiento de sus enfermedades crónicas. En general, reciben su medicación repitiendo recetas que firma el médico

en la consulta a petición del paciente. La repetición de recetas debería revisarse de forma regular con el paciente para asegurar que cada fármaco continúa siendo necesario, que aún es eficaz y que la dosis y la forma de dosificación son las más adecuadas. En la práctica, puede ser difícil revisar las recetas de forma regular debido a la limitación del tiempo, y como resultado diversos modelos de apoyo a la prescripción han buscado otras alternativas para ello. Claramente, este proceso es importante como parte de la revisión continuada por el MAP del tratamiento clínico global de un paciente.

REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN Y CONTROL DE LA TERAPIA FARMACOLÓGICA

Puntos clave

- La polifarmacia produce un mayor riesgo de efectos secundarios y de reacciones adversas medicamentosas.
- El registro completo de la medicación en las historias clínicas lleva mucho tiempo, pero es esencial en los pacientes con necesidades farmacéuticas complejas.
- La revisión de la prescripción puede hacerse dentro o fuera de la consulta del MAP.
- La revisión de la medicación puede hacerse desde la consulta.
- Se debe exhortar a los pacientes a traer todas sus medicinas a la consulta para una evaluación completa de la historia de su medicación.
- La revisión de la medicación puede hacerse en el marco domiciliario si es necesario.
- La notificación de las reacciones adversas puede coordinarse entre las consultas y los PCG.

Los pacientes que toman varios fármacos tienen más posibilidades de desarrollar efectos adversos a los medicamentos o tener riesgo de sufrir interacciones farmacológicas. Algunos fármacos pueden no ser ya necesarios o eficaces, y los efectos secundarios o las interacciones farmacológicas pueden reducir de forma innecesaria la calidad de vida del paciente.

Para determinar el tratamiento óptimo de un paciente es importante saber qué medicación ha tomado en el pasado, cómo respondió a ella y su cumplimiento. Pero puede llevar mucho tiempo hacer una historia completa de un paciente, sobre todo si sus necesidades farmacéuticas son complejas. El historial médico de un paciente puede no incluir un registro completo de la medicación previa. Sólo se puede deducir el

cuadro completo después de hacer muchas preguntas, sobre todo teniendo en cuenta que la percepción de la medicación del paciente puede diferir de la del MAP o del farmacéutico. Por ejemplo, muchas personas dirán que no están tomando medicación cuando están tomando anticonceptivos. De forma similar, pueden considerar que el paracetamol o el ácido acetilsalicílico no son “medicamentos de verdad”, aunque esto pueda ser crucial para determinar el régimen de tratamiento óptimo para un paciente. En el anexo 4 se puede hallar un modelo para utilizar cuando se registra la historia de la medicación y preparación de un plan de asistencia farmacéutica.

El objetivo de un servicio de revisión de la repetición de recetas es mejorar la calidad de la prescripción, la salud del

paciente y evitar el gasto farmacéutico que origina una receta inapropiada o innecesaria. Cuando se revisa la medicación de un paciente es importante conocer los medicamentos sin receta que está tomando, ya que pueden interactuar o duplicar la medicación prescrita.

Un servicio de revisión de la medicación de un paciente necesita planificarse cuidadosamente para asegurar que el proceso funciona sin brusquedad, está dirigido a los pacientes más adecuados y produce los resultados deseados. Debería formar parte de la revisión del plan de tratamiento clínico global del paciente.

Los servicios de revisión descritos a continuación representan formas alternativas para ayudar a garantizar el empleo óptimo de los fármacos.

Revisión de la prescripción

Un servicio de revisión de la prescripción permite recomendaciones al MAP para hacer modificaciones después de revisar con detalle la medicación de un paciente, a menudo como preparación para la siguiente consulta. La revisión de la medicación se puede hacer fuera de la consulta, la farmacia local u otros marcos según sea conveniente. En el anexo 5 se incluye un modelo de marco para un servicio de revisión de la prescripción (Cuadro 1).

Se llevaron a cabo proyectos similares en North West Anglia, la Isla de Wight, y South Derbyshire (ver anexo 1, págs. 41-43) y Avon (ver anexo 2, pág. 58).

Consultas para la revisión de la medicación

Una forma eficaz de mejorar el sistema de repetición de recetas es una cita en la consulta para revisar la prescripción.

Cuadro 1. Revisión de la prescripción.

En Leicestershire, farmacéuticos de la comunidad revisaron las prescripciones repetidas de pacientes que tomaban seis o más fármacos. Posteriormente, se reunieron con los MAP de los pacientes para discutir sus recomendaciones.

Se identificaron 1066 problemas que podrían estar relacionados con la medicación en los 254 pacientes del estudio. Las recomendaciones más frecuentes fueron:

- ¿Es necesario tomar este medicamento?
- Cambios en la dosis o en las instrucciones de la posología.
- ¿Supone este fármaco la mejor elección?

Los MG estuvieron de acuerdo con las recomendaciones de los farmacéuticos en el 75% de los casos. Los costes farmacéuticos globales para los pacientes incluidos en la revisión fueron menores al final que al inicio del estudio.

Departamento de Proyecto de Salud (ver anexo 1, pág. 42)

Se pide a determinados pacientes que vengan a la consulta para revisar con detenimiento su medicación. Para ello es útil emplear un documento proforma o una lista de comprobación para darle estructura a la entrevista (ver anexo 4).

Revisiones con la "bolsa marrón"

Se estima que cada año se recogen en Inglaterra 480 toneladas de medicación sobrante, con un valor de alrededor de 96 millones de libras esterlinas. Estas cifras provienen de un trabajo llevado a cabo por *Doop Services* que recogieron medicinas sobrantes de las farmacias comunitarias en 59 autoridades sanitarias en Inglaterra. (Las estimaciones se basan en cifras del trimestre hasta el final de enero de 1998).

Las revisiones con la bolsa marrón son una variante de la consulta para la revisión de la prescripción. Además de citar al paciente para que asista a una consulta sobre su medicación, se le pidió que trajera todas las medicinas que tenía en casa. Esto facilita el proceso de determinar la medicación que está tomando, identifica los medicamentos sobrantes y puede ayudar a prevenir problemas adicionales en el futuro, educando al paciente sobre su medicación (Cuadro 2).

Revisión de la medicación domiciliaria

Con frecuencia, los pacientes que más necesitan un apoyo importante en el empleo de su medicación son los que no

Cuadro 2. Revisiones con la bolsa marrón.

En Devon FHSA, las consultas de medicina general identificaron a los pacientes de más de 60 años de edad que tomaban cinco o más fármacos. Cada paciente recibió una cita para asistir a una consulta de revisión de la medicación por un farmacéutico y se le dio una bolsa de papel marrón, donde debía traer todas las medicinas que tenía.

La cantidad de medicamentos sobrantes ascendió a 6,40 libras por individuo.

Cuando se preguntó a los pacientes por qué no habían traído toda la medicación, adujeron mala memoria y que les desagradaba tomar pastillas. Entre otras cosas se halló que:

- Varios pacientes no estaban seguros de por qué estaban tomando antidepresivos y deseaban interrumpirlos.
- Un simple cambio de captopril 2 × 25 mg a captopril 1 × 50 mg redujo el número de pastillas que tomaba el paciente, ahorrándose 72£ al año.
- Algunos pacientes no estaban seguros de cómo leer las tiras para la diabetes.
- Un paciente estaba utilizando una cantidad excesiva de spray nasal adquirido sin receta.

Departamento de Proyecto de Salud (ver anexo 1, pág. 43)

Cuadro 3. Revisión de la medicación domiciliaria.

En Rotherham, los farmacéuticos de la comunidad visitaron pacientes dados de alta en el hospital recientemente e identificados como candidatos para un asesoramiento sobre la medicación. El objetivo era aumentar el conocimiento del paciente sobre su medicación, destacar y eliminar el acaparamiento y el desperdicio de medicinas y, como resultado de ello, reducir el número de readmisiones hospitalarias debido a problemas relacionados con la medicación:

- Más de la mitad de los pacientes visitados tenían medicinas caducadas o más de las que necesitaban.
- Se retiraron de la casa de un paciente medicinas por valor de más de 1000 £.
- Un paciente había intercambiado los contenidos de dos envases de comprimidos, por lo que tomaba comprimidos para la presión arterial tres veces al día en lugar de una vez al día. La intervención del farmacéutico previno una presión arterial muy baja con la posibilidad de mareo al levantarse, con el resultado de caídas y posible hospitalización.
- Un paciente había confundido sus diuréticos con sus comprimidos para el vértigo. Etiquetando los comprimidos en rojo “para el vértigo” y en azul “para orinar” los pacientes fueron capaces de automedicarse sin necesidad de ayuda domiciliaria adicional o de asistentes sociales.

Departamento de Proyecto de Salud (ver anexo 1, pág. 49)

pueden ir al ambulatorio. El servicio de revisión de la medicación puede hacerse en el domicilio del paciente. Aunque requiere más tiempo, da la oportunidad de revisar toda la medicación que el paciente tiene en casa, identifica áreas de derroche y se hacen recomendaciones sobre los medicamentos que debería y no debería tomar (Cuadro 3).

El Centro para Educación Farmacéutica de Posgrado (CPPE) (*Centre for Pharmacy Postgraduate Education*) ha producido un paquete didáctico a distancia titulado “Visitando a los pacientes en el domicilio”, que contiene una orientación útil sobre el establecimiento de un servicio de visitas a domicilio (para detalles del CPPE consultar el anexo 6).

Reacciones adversas

El Comité para la Seguridad de los Medicamentos (*Committee on Safety of Medicines*) (CSM) y la Agencia para el

Control de las Medicinas (*Medicines Control Agency*) (MCA) alientan a médicos y farmacéuticos de hospital a notificar las sospechas de reacciones adversas utilizando las tarjetas amarillas que se encuentran al final del BNF o por petición al MCA. El sistema de la tarjeta amarilla es un medio importante de controlar la seguridad de los fármacos en la práctica clínica normal, mejorando el conocimiento de las reacciones adversas conocidas y actuando como un sistema de alerta precoz para la identificación de reacciones adversas no reconocidas previamente. Dicha información mejora la calidad de la asistencia al paciente mediante un empleo más seguro de los medicamentos.

El sistema ha aceptado durante muchos años notificaciones de sospechas de reacciones adversas procedentes de médicos, dentistas y funcionarios que investigan las causas de muerte. Ahora se ha extendido a farmacéuticos de hospitales. Se han lanzado para los farmacéuticos de la comunidad sistemas de demostración en cuatro regiones: Wales, West Midlands, Northern y Mersey. Se pidió a los farmacéuticos de hospitales que se concentraran en aquellas áreas donde existe una notificación de los médicos limitada, como es el caso de los medicamentos adquiridos sin receta, incluyendo productos de herbolario no autorizados. Se puede recabar información de la base de datos de la tarjeta amarilla o solicitudes para tarjetas amarillas en un servicio telefónico gratis de 24 horas: el Sistema Nacional de Información de Tarjeta Amarilla del MCA en el 0800 731 6789.

A fin de facilitar la notificación, el MCA ha trabajado junto con dos proveedores del sistema de prescripción de MAP (EMIS y AAH MEDITEL) para el desarrollo de un sistema electrónico de tarjeta amarilla. Se accede al informe desde el sistema de ordenador del MAP y permite completar automáticamente la mayoría de la información relevante sobre el paciente y su tratamiento a partir de la historia clínica, reduciendo al mínimo el tiempo que necesita el MAP para la entrada de datos.

El apoyo profesional en la consulta o en el PCG podría asumir un papel coordinador para la notificación de ADR. Los farmacéuticos poseen un conocimiento técnico complementario al del MAP que permite la cumplimentación completa y precisa de las tarjetas amarillas.

Otro elemento de este servicio podría incluir el desarrollo y la puesta en práctica de una respuesta a las alertas de fármacos por profesionales sanitarios del CSM. El manejo de las preguntas del público que siguen inevitablemente a una noticia en los medios de comunicación sobre alertas de fármacos podría también coordinarse por un profesional en los centros con el conocimiento suficiente para responderlas.

HOSPITALES PARA ANCIANOS Y RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

Puntos clave

- La polifarmacia puede ser un problema especial en los hospitales para ancianos, aunque puede reducirse revisando la medicación.
- Establecer sistemas sencillos y eficientes para reorganizar la repetición de recetas elimina prácticas poco económicas que llevan demasiado tiempo.
- Una lista con remedios caseros puede evitar la repetición de recetas en el caso de dolencias menores.
- Los servicios de apoyo importantes incluyen actuar como contacto en la consulta para el personal de los hospitales y residencias geriátricas que tienen preguntas, haciendo visitas regulares para el mantenimiento de los sistemas y la implementación de los cambios una vez que se han acordado.

Los hospitales para ancianos y las residencias geriátricas suelen tener problemas específicos en el tema de las recetas. Los residentes de los hospitales de ancianos, en particular toman con frecuencia muchos fármacos y pueden requerir cantidades importantes de apósitos (Cuadro 4). Cuando se revisa la prescripción de un hospital o residencia geriátrica se debería prestar especial atención a lo siguiente:

- Abuso de antipsicóticos como tioridacina.
- Abuso de otros sedantes e hipnóticos, como temazepam, nitrazepam, hidrato de cloral y zopiclona.
- Empleo excesivo de sondas.
- Utilización de preparados comerciales triturados como una alternativa “fácil” a la comida licuada o en puré.
- Emplear la medicación de un paciente para otros pacientes.
- Administración inapropiada del fármaco, por ejemplo a una hora del día que convenga a los esquemas de la residencia.

Cuadro 4. Recetas en los hospitales para ancianos y residentes geriátricos.

En Northamptonshire, los farmacéuticos de la comunidad auditaron las recetas que se hacían para los pacientes de hospitales y residencias geriátricas. Se identificó un ahorro de casi 26.000 £ a partir de la revisión de 418 recetas. Ejemplos de ahorros identificados son:

- Mayor empleo de sen como laxante, en lugar de otros que son más caros.
- En el caso de un paciente que utilizaba 22 botellas de oxígeno al mes, se sustituyeron por un concentrador de oxígeno y se ahorró 1800 £ al año.
- Una reducción del empleo de preparados comerciales triturados y el suministro de comida “real” licuada si era necesario ahorró 8000 £ al año.
- Un paciente seguía recibiendo aún oxibutinina para la incontinencia a pesar de ser portador de un catéter.

Departamento de Proyecto de Salud (ver anexo 1, pág. 44)

Se llevó a cabo un proyecto similar en Sefton (ver anexo 1, pág. 44).

Muchos farmacéuticos de la comunidad asesoran sobre el cuidado seguro y la correcta administración de fármacos en los hospitales y centros geriátricos, y reciben un pago de la autoridad sanitaria por sus servicios. Generalmente, es el farmacéutico el que dispensa las recetas en el domicilio del paciente y le aconseja, aunque no todas las residencias tienen un acuerdo con un farmacéutico que les proporcione tal consejo y apoyo.

Por lo tanto, el farmacéutico de la comunidad dispondrá de mecanismos establecidos para colaborar con la residencia y el centro de salud, asegurando acuerdos poco conflictivos para la dispensación de recetas y la resolución de preguntas asociadas.

Los MAP encuentran con frecuencia que uno de los servicios existentes de mayor utilidad para ellos es una revisión general de toda la prescripción para los hospitales y residencias geriátricas. Esto puede incluir:

- Una revisión del suministro de medicamentos en la residencia y acuerdos para eliminar productos no deseados.
- Una revisión de la medicación de cada paciente y junto con la supervisora recomendar cambios.
- Aceptar una lista de remedios caseros que la residencia guarde para que la utilicen sus residentes, por ejemplo repetir recetas de simples analgésicos “a demanda”.
- Unificar las cantidades de medicación en el ordenador de la consulta para que se puedan hacer los pedidos de forma regular (por ejemplo cada 28 días).
- Actuar como contacto para el personal de la residencia con dudas sobre la medicación.
- Visitar la residencia de forma regular para el mantenimiento tanto de los sistemas como de los cambios una vez que se han implantado.

La petición de medicación por parte de los hospitales y centros geriátricos puede crear una cantidad desmesurada de trabajo para la residencia, los MAP y su personal de la consulta,

Tabla 1. Indicadores para establecer un sistema.

- Una enfermera experimentada en el hospital geriátrico debería ser responsable para encargar la medicación.
- El geriátrico tendría que ordenar prescripciones desde el centro de salud a intervalos regulares, por ejemplo cada 28 días.
- Se debería conocer el *stock* de toda la medicación antes de hacer un pedido, y sólo debería encargarse la medicación necesaria para el próximo suministro de rutina.
- Un miembro del personal del centro de salud tendría que ser responsable de generar las prescripciones de los geriátricos.
- Cuando se firman las recetas se deberían enviar al geriátrico para que las controle una enfermera experimentada.
- Habría que notificar al centro de salud cualquier enmienda hecha en las prescripciones (por ejemplo productos no requeridos) y generar nuevas recetas si es necesario.
- Las recetas deberían enviarse al farmacéutico para su dispensación.

así como para el farmacéutico de la comunidad. La implementación de sistemas eficaces de suministro de medicación puede generar ahorros importantes, reducir la carga de trabajo y eliminar una cantidad significativa de material desperdiciado especialmente donde las consultas de medicina general tienen un número importante de pacientes geriátricos. En la Tabla 1 se muestran los indicadores que podrían ser de ayuda cuando se establece un sistema.

Es importante que cualquier servicio para hospitales geriátricos incluya la colaboración con el equipo de inspección de residencias de las autoridades sanitarias, el cual puede apoyarse en el asesor de la autoridad sanitaria para temas relacionados con la prescripción y temas farmacéuticos. También será importante una buena colaboración con el farmacéutico de la comunidad que ya dispensa o asesora.

CONSULTA PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES

Puntos clave

- Las consultas internas pueden mejorar la continuidad de la asistencia y conveniencia del paciente, y comportar beneficios económicos.
- Las consultas de anticoagulantes, dolor, migraña y otras han funcionado con éxito en varias partes del país.

Las enfermeras han estado llevando este tipo de consultas dentro de los centros de asistencia de medicina general durante una serie de años, como por ejemplo consultas de asma, de lactantes etc. Las consultas externas de los hospitales pueden estar abarrotadas y llevar demasiado tiempo a los que acuden a ellas. Las consultas en el centro de salud pueden ser una opción más viable, con beneficios significativos para los pacientes y el médico general e incluyen:

- Disminución de los desplazamientos y tiempos de espera para los pacientes.
- Al paciente lo visita siempre la misma persona, por lo que aumenta su confianza en la asistencia.
- Eliminación de errores causados por procedimientos de notificación inadecuados o retrasados entre el hospital y la consulta.
- Beneficios económicos, el coste de llevar una consulta interna es con frecuencia más barato que el de las consultas hospitalarias.

En la actualidad, farmacéuticos más experimentados están a cargo de consultas dentro del centro de salud, a menudo en colaboración con las enfermeras. Estas consultas pueden ser de revisión de la medicación, como las descritas con anterioridad, o para el tratamiento de enfermedades específicas, como la migraña, hipertensión y consultas del dolor. Las consultas internas de anticoagulantes se han establecido con éxito en varias partes del país. Estas consultas desvían la carga de trabajo del MAP, y los pacientes se benefician del conocimiento técnico de otros profesionales sanitarios que pueden proporcionar consultas más extensas de las posibles en una consulta concurrida de medicina general.

Es necesario escribir detalladamente los protocolos para las consultas de los centros de salud para garantizar que se cubren todas las eventualidades previsibles y que las responsabilidades están claras. No obstante, variarán en función de la misión de la consulta. Dichas consultas necesitan ser parte de un tratamiento clínico global y la revisión regular del plan por el MAP y por el paciente ha de formar parte de dichos protocolos (Cuadro 5). En el anexo 5 podrá encontrar lo que se incluye en un protocolo.

UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE FÁRMACOS

Puntos clave

- Un servicio de gestión de la información supone filtración de la entrada de información imparcial, relevante y fácil de absorber, y suministro de información específica cuando se solicita.
- La relación con la industria farmacéutica podría coordinarse en función de las necesidades de la consulta/PCG.
- El suministro de información a pacientes en forma de folletos es un servicio que puede reforzar los mensajes verbales y mejorar la adherencia con las pautas de tratamiento.
- Los servicios de información existentes pueden apoyar de varias maneras al médico general en la prescripción.

Cuadro 5. Consulta para el tratamiento de enfermedades.

El centro médico de Northgate emplea un farmacéutico a jornada completa, Marion Bradley que lleva la consulta de anticoagulantes en el centro de salud.

El MAP remite a los pacientes a la consulta. La inversión en los equipos para hacer analíticas al lado del paciente significa que un test de protrombina homologado (INR) está listo en unos tres minutos después de una punción en el dedo. Las dosis se ajustan en consecuencia y el farmacéutico asume cualquier asesoría requerida en relación con los cambios de dosis, interacciones con otros fármacos, etc. Un equipo que se pueda transportar tiene la ventaja de que el farmacéutico puede proporcionar también un servicio a domicilio a los pacientes que están débiles o que no pueden salir de casa.

La consulta de Downfield en Dundee ha instituido una consulta del dolor que dirige uno de sus farmacéuticos, John Hamley. Ésta surgió después de observar que muchos pacientes estaban tomando analgésicos de forma crónica y AINE.

La consulta está especializada en el tratamiento del dolor neurogénico usando antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivantes o un aparato TENS. La clínica la llevan semanalmente un farmacéutico y una enfermera, y sigue un protocolo aceptado.

Los pacientes encuentran la consulta conveniente y pueden acudir cada semana, en comparación con la espera de tres meses en la consulta del hospital.

Los médicos generales reciben mucha información sobre fármacos. Esta información varía desde revistas con comités de revisión, como el *British Medical Journal* o el *Lancet*, publicaciones como las del *British National Formulary*, boletines como el *Drugs and Therapeutics Bulletin* y los boletines MeReC, hasta material no solicitado patrocinado o producido por la industria farmacéutica. Por lo tanto, no es sorprendente que muchos MAP se sientan abrumados con la cantidad de información existente sobre la prescripción de medicamentos.

Un servicio de gestión de la información incluye la recogida, evaluación y recuperación de datos para la divulgación pa-

ra apoyo de los miembros del equipo de atención primaria, cuando se solicite. Este servicio desarrollará para una consulta o un PCG un sistema de almacenamiento y suministro tal que la información esencial esté fácilmente disponible. Sólo es necesario presentar la información que es relevante y fácil de asimilar. Esta información está disponible a partir de una serie de fuentes que incluyen:

- El BNF que contiene guías fidedignas sobre la prescripción de los fármacos disponibles en UK.
- El *Drug and Therapeutics Bulletin* publicado por la Asociación de Consumidores. Proporciona revisiones críticas imparciales de tratamientos médicos y otro tipo de terapias.
- Los boletines MeReC del Centro Nacional para la Prescripción que proporciona información independiente y evaluada y asesoramiento sobre las medicinas y su empleo. Ellos se centran en revisiones de medicamentos nuevos, revisiones en curso de grupos de medicamentos clave o áreas terapéuticas y, ocasionalmente, temas de políticas más extensas, como la prescripción de genéricos.
- La atención sanitaria eficaz (*Effective Health Care*) publicada por el Centro NHS para revisiones y difusiones, con base en la Universidad de York. Resume revisiones sistemáticas realizadas o encargadas por el centro. Las materias sobre eficacia resumen los resultados de revisiones sistemáticas de un modo más corto y periodístico centrado en la atención primaria.
- La Revista del Prescriptor (*Prescriber's Journal*) que revisa temas relacionados con medicamentos con un enfoque particular sobre cómo deberían utilizarse en la práctica clínica.
- Centros regionales de información de fármacos que elaboran revisiones independientes de productos nuevos recién comercializados. La elaboración de dichas revisiones pronto se harán junto con el Centro Nacional para la prescripción.
- Las autoridades sanitarias que con frecuencia elaboran sus propios boletines informativos sobre la prescripción destacando temas locales de prescripción.

- Los farmacéuticos locales de información farmacéutica que pueden ser un recurso valioso para la resolución de preguntas específicas sobre medicamentos (ver BNF para puntos de contacto iniciales).
- El Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (*National Institute for Clinical Excellence*) (NICE) que reunirá el trabajo realizado en una serie de organizaciones a fin de elaborar y difundir guías clínicas, métodos de auditorías e información sobre buena práctica.

Los PCG podrían considerar la adquisición de servicios de información farmacéutica de los centros locales o regionales de información de medicamentos. De forma similar, las solicitudes de información podrían coordinarse a través de los PCG para ayudar a asegurar que no se duplica el trabajo. Este podría ser un papel de coordinación central llevado a cabo por un individuo designado o un grupo de la localidad. Los centros regionales de información pueden estar bien ubicados para llevar a cabo esta tarea.

Relaciones con la industria

La industria farmacéutica gasta 570 millones de £ anuales y emplea casi 6000 delegados para promocionar sus productos. Un enfoque coordinado para establecer relaciones con la industria puede producir beneficios eficaces tanto para los centros de salud como para las compañías farmacéuticas. Una persona designada podría asumir el papel de apoyar relaciones eficaces con la industria farmacéutica en representación del centro o del PCG.

Folletos informativos

Algunos pacientes recuerdan muy poco lo que el médico les ha dicho durante la consulta. A menudo es útil reforzar cualquier consejo o instrucción verbal con información por escrito. Los fabricantes farmacéuticos incluyen en la mayoría de los medicamentos prospectos específicos del producto.

En ocasiones también pueden ser de valor otro tipo de prospectos dirigidos al paciente elaborados por fuentes diversas. Tal vez un centro de salud quiera sus propios folletos internos sobre temas específicos como:

- Consejos sobre cómo tratar dolencias menores sin pedir cita para el MAP.
- Folletos sobre el tratamiento de la infestación por piojos.
- Consejos sobre la necesidad o no de tomar antibióticos para el tratamiento de resfriados y de la gripe.

El Centro para la calidad de información de la salud (*Centre for Health Information Quality*) ofrece una serie de servicios de apoyo gratis para aquellos que desarrollan información para el paciente a fin de garantizar que es de buena calidad, que se basa en las pruebas científicas y que está enfocada a las necesidades de los consumidores. A las personas que llaman se les pondrá en contacto con colegas que trabajan en proyectos similares en otras partes del país, se les dará detalles de guías útiles, herramientas y literatura, y se les enviará materiales de apoyo producidos por el Centro. (Para más información sobre los detalles consultar el anexo 6).

Un servicio de apoyo para la prescripción podría organizar un suministro adecuado de folletos con información útil para los pacientes, y reunir otro tipo de informaciones que les den

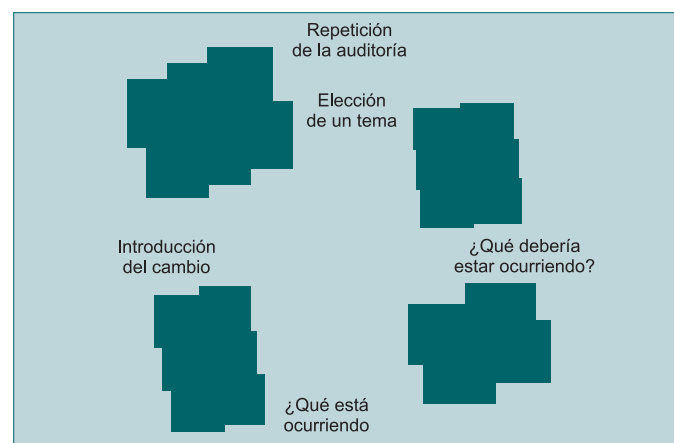
AUDITORÍA

Puntos clave

- Muchas áreas sobre prescripción son susceptibles de ser auditadas, como la repetición de recetas o el consumo de estatinas.
- Un servicio de apoyo a la prescripción podría incluir la realización de auditorías específicas dentro de una consulta/PCG, pudiendo mejorar la asistencia a los pacientes.

consejos. Muchos sistemas informáticos de farmacia producen hoy folletos informativos para los pacientes, y también se están desarrollando de forma similar los sistemas informáticos de los MAP. Algunos sistemas permiten personalizar pequeños folletos que tratan temas locales o específicos para los pacientes. Este proceso podría formar parte de un servicio de apoyo.

La auditoría de la prescripción es una parte importante de la auditoría clínica. Cuando se ha identificado el patrón de calidad que se quiere alcanzar, la auditoría ayuda a identificar áreas de la práctica sensibles de mejora. La auditoría estimula en una consulta el trabajo a través de un ciclo, estableciendo un grado de calidad aceptado, revisando la práctica actual, poniendo en práctica variaciones y revisando los progresos en relación con el nivel de calidad establecido.



Las consultas de MAP habrán desarrollado ya contactos con sus grupos de auditoría médica. En el futuro, el concepto de gobierno clínico aumentará la presión de los pares localmente para que haya una asistencia de alta calidad. Cada PCG designará a alguien que se ocupe del gobierno clínico, y la auditoría desempeñará un papel clave en la mejora de la calidad asistencial para los pacientes.

Se pueden identificar muchas áreas relacionadas con la prescripción susceptibles de ser auditadas, por ejemplo:

- Consumo a largo plazo de esteroides orales, consumo de litio, pacientes de más de 70 años de edad en tratamiento con AINE, warfarina, etc.
- Erradicación de *Helicobacter pylori*.

- Consumo a largo plazo de fármacos antiulcerosos.
- Benzodiacepinas.
- Empleo eficaz de ácido acetilsalicílico en la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular y vascular cerebral.
- Repetición de recetas.

Todas las auditorías requieren una planificación detallada, una gestión eficaz y una dedicación de tiempo profesional considerable. El apoyo a la prescripción auditado en la consulta o PCG podría estimular la utilización de este importante procedimiento.

En el anexo 5 se incluye el esquema de un modelo para las auditorías sobre la prescripción.

ASPECTOS EDUCATIVOS DEL APOYO A LA PRESCRIPCIÓN

Puntos clave

- El desarrollo profesional continuado es esencial para todos los miembros del equipo de atención primaria.
- La educación y la formación adecuadas son clave para la eficacia en la implementación de cambios.
- Se ha demostrado que la ampliación del ámbito de la educación es eficaz para modificar comportamientos en la prescripción.

El desarrollo profesional continuado es un proceso de a lo largo de toda la vida que permite la expansión de los profesionales, alcanzar su potencial y estar mejor equipados para satisfacer las necesidades de los pacientes, y proporcionar los resultados y las prioridades sanitarias del NHS. El aprendizaje de por vida es una parte importante del impulso de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. La velocidad de los cambios en la prescripción y en el tratamiento implica un reto particular para estar actualizado en dichas áreas. Los recursos para formación son un elemento importante de cualquier servicio de apoyo a la prescripción (Cuadro 6).

El desarrollo profesional continuado es esencial para todos los miembros del equipo de atención primaria y una parte importante del impulso para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. Entre los programas de entrenamiento específico local acerca de los procedimientos de la prescripción para los equipos de atención primaria se pueden hallar:

- Actualizaciones terapéuticas para enfermeras en la consulta, MAP, enfermeras de distrito, visitantes médicos, etc.
- Una introducción a las finanzas de la HA relacionadas con la prescripción, por ejemplo establecimiento de presupuestos, control de la actuación económica, etc.
- Cómo hacer más eficaces y eficientes los sistemas de repetición de recetas.
- Temas de prescripción para enfermería y personal de geriátricos.

Cuadro 6. Aspectos educativos del apoyo a la prescripción.

Los farmacéuticos de la comunidad en Lancashire llevaron a cabo un conjunto de seminarios conducidos por farmacéuticos que cubrían una serie de temas, como actualizaciones terapéuticas, desarrollo de formularios y repetición de recetas. Como resultado de ello los MAP opinaron que el servicio a los pacientes mejoró y que se podía ahorrar dinero.

Departamento de Proyectos de Salud (ver anexo 1, pág. 49)

En St. Helens y Knowsley un farmacéutico de asistencia primaria suministró apoyo a un grupo encargado de consultas de medicina general. El farmacéutico ha organizado reuniones clínicas para MAP y enfermeras de distrito, junto con clínicos hospitalarios y otros especialistas. Estas reuniones han llevado a una mejora de la calidad en varias áreas de la prescripción.

(Ver anexo 2, pág. 54)

Cada vez que se implemente un cambio en una consulta todos los miembros del equipo deberían involucrarse al completo en el proceso y, si es necesario, pasar por un entrenamiento para tener un dominio, y por lo tanto ser capaces de mantener los cambios. Por ejemplo, si se ponen en práctica procedimientos de repetición de recetas debería designarse a un miembro de la plantilla de la consulta responsable de ello. Dicha persona debería ser entrenada para poder entender, implementar y mantener el sistema propuesto. Habría que for-

Cuadro 7. Ampliación de la educación.

Un programa de ampliación de la educación (IMPACT) (control independiente de análisis de prescripción, costes y tendencias) contó con farmacéuticos de la comunidad especialmente entrenados durante sesiones a tiempo parcial para aconsejar a los MAP sobre temas específicos de la prescripción.

Durante los últimos cuatro años el Departamento de Gestión de Medicamentos de la Universidad de Keele ha entrenado más de 100 farmacéuticos de la comunidad para trabajar en proyectos de ampliación educacional de IMPACT en representación de once autoridades sanitarias.

Se ha completado la evaluación total del proyecto original de investigación llevado a cabo en dos autoridades sanitarias. Se controlaron diecinueve mensajes específicos de medicamentos a lo largo de tres programas de intervención en los análisis cuantitativos, y los MG y farmacéuticos participantes contribuyeron a un estudio cualitativo del servicio.

Los hallazgos clave fueron:

- Dieciséis de 19 mensajes produjeron un cambio mayor en la dirección deseada, en comparación con un grupo control similar de consultas fuera de las autoridades sanitarias participantes. Seis de estos cambios alcanzaron significación estadística.
- El coste total de todas las prácticas de intervención fue de 242.000 £. Los mensajes que se centraban sólo en el coste fueron los más difíciles de transmitir. Los mensajes posteriores se han centrado en la calidad de la prescripción o el infradiagnóstico.
- El programa IMPACT fue apreciado por los médicos, se calificaron como muy buenos los materiales de apoyo y los farmacéuticos de IMPACT fueron bien recibidos.

El equipo de IMPACT ha calculado que basado en este proyecto piloto, cada libra invertida en este tipo de intervención podría suponer un ahorro de más 2 libras.

mar a otras personas para mantener el sistema en ausencia de la persona responsable. El entrenamiento y la educación también aumentan el interés para las recomendaciones de los cambios. Esto es clave para garantizar el éxito de cualquier intervención.

Ampliando la educación

Las visitas de ampliación de la educación son una forma de mejorar la prescripción. El término “visita de ampliación” se utiliza para describir una visita personal a un profesional sanitario por una persona entrenada en su propio marco (Cuadro 7).

Servicios de apoyo a las políticas de prescripción, procedimientos y análisis

Cuadro 1. Servicios de apoyo.

El proyecto galés de apoyo a la prescripción se puso en marcha para educar, entrenar y contar con un equipo de farmacéuticos que trabajasen con MAP en el marco de la atención primaria, ayudando y apoyando a los MAP a formular e implementar políticas racionales de prescripción.

Entre finales de 1994 y 1996 se obtuvieron los logros que se exponen a continuación:

- Una reducción en la prescripción de al menos 1,2 millones de £ en Mid-Glamorgan mediante un trabajo de desarrollo y de actualización de formularios, objetivos genéricos e intervenciones en pacientes concretos.
- Se demostró la rentabilidad de los farmacéuticos de asistencia primaria; una sesión de 150 £ supuso un promedio de reducción de coste superior a 750 £.
- Se ha implementado una serie de iniciativas de calidad, incluyendo las consultas dirigidas por farmacéuticos para la revisión de medicación recetada por especialistas.
- Los farmacéuticos hospitalarios y de la comunidad seleccionados han demostrado:
 - a) poder ser entrenados para dicho papel,
 - b) ser aceptados como parte de los equipos de MAP, e
 - c) influir de forma significativa en el coste y la calidad de los hábitos de prescripción.

De "Proyecto galés de apoyo a la prescripción: Una evaluación para la oficina galesa y las autoridades sanitarias Bro Taf (3) (ver anexo 2, pág. 54)"

La gestión eficaz del proceso de prescripción puede ahorrar tiempo, facilitar una mayor eficacia en la utilización de los recursos y un servicio más eficiente para los pacientes. Cada vez hay un mayor control del consumo de medicamentos en la comunidad, en parte para mejorar la calidad de la prescripción y en parte para garantizar que el gasto en la asistencia sanitaria es eficaz. La inversión en el apoyo profesional a la prescripción se verá compensado rápidamente con creces, tanto desde el punto de vista económico como por el mejor empleo del tiempo y de otros recursos (Cuadro 1).

ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN

Puntos clave

- El análisis de la prescripción por áreas terapéuticas es una forma eficaz de identificar aquellas en que es necesario modificar la prescripción.
- Muchos servicios de apoyo a la prescripción incluyen la revisión de datos PACT como punto de partida fundamental.

La revisión del consumo global de los medicamentos de una consulta por áreas terapéuticas puede ser con frecuencia una forma más rápida de racionalizar la prescripción que la revisión de los pacientes de forma individual. Los cambios terapéuticos acordados pueden ser puestos en práctica de forma inmediata para todos los pacientes nuevos, y se puede enmendar la medicación existente a través de una planificación. La mejor forma de realizar el cambio terapéutico de la medicación existente es el momento en que los pacientes acuden a la revisión. Es útil informar al farmacéutico(s) de la comunidad local del momento en que se planifican cambios en bloque en la prescripción. Ellos pueden verse afectados de muchas formas y pueden, por ejemplo, querer revisar su participación. Además, los farmacéuticos de la comunidad pueden ayudar a apoyar a los pacientes en los cambios en la prescripción reforzándoles mensajes clave y proporcionando apoyo y confianza.

Análisis de datos PACT

El PACT (*Prescribing Analysis and Cost*) (análisis y coste de la prescripción) es un conjunto de informes que notifican a los MAP lo que han recetado y su coste. Los datos los suministra la autoridad que fija los precios (PPA: *Prescription Pricing Authority*) y facilita información sobre el coste tanto de los médicos generales individualmente como de las consultas, comparándolos con otros médicos de la misma autoridad sanitaria y también comparando los datos a escala nacional.

Cada consulta de medicina general recibe automáticamente de forma trimestral informes PACT estándar de la PPA. Los catálogos más detallados de PACT pueden encargarse individualmente.

Los datos PACT están muy bien divididos en secciones terapéuticas y enfrentados durante un periodo de tiempo. Algunos fármacos específicos o áreas patológicas pueden requerir una atención temprana. El informe estándar es útil como punto de partida para indicar aquellas áreas donde se está gastando una alta proporción del presupuesto de prescripción. Para realizar una revisión más completa de la prescripción, se necesita el catálogo PACT, el cual proporciona información detallada de cada receta que se ha hecho. En el anexo 5 se incluye un esquema modelo para la revisión de datos PACT.

En el anexo 1, páginas 45-48 se describen proyectos del departamento de Salud de datos PACT y análisis de prescripción. En el anexo 2, páginas 59 y 60 se describen otras iniciativas similares.

PRESCRIPCIÓN DE GENÉRICOS

Puntos clave

- Se estimula la prescripción de medicamentos genéricos tanto desde el punto de vista educativo como desde la relación coste-eficacia.
- El PPA facilita información a las autoridades sanitarias sobre el potencial de ahorro de cada consulta mediante una mayor prescripción de genéricos.

Existe un pequeño número de fármacos cuyas características de liberación implican que los pacientes deberían mantenerse con el mismo producto, como por ejemplo la teofilina, y los preparados de liberación modificada de nifedipino y diltiazem. De lo contrario, la única razón terapéutica para recetar una marca concreta es el caso en que existe un riesgo real que si no se mantiene con el mismo producto al paciente éste podría no entender la medicación o no cumplir con el tratamiento, y por lo tanto ir en detrimento de su salud.

Cada año el PPA facilita a las autoridades sanitarias información sobre los ahorros potenciales a partir de la prescripción de genéricos. Esta información se proporciona en las consultas, en forma de listado con aquellos productos recetados que podrían haberse sustituido por genéricos, y

el ahorro que se podría haber alcanzado mediante un cambio total.

En el anexo 5 se incluye un ejemplo de estos productos que pueden comportar un mayor beneficio económico cuando se prescriben genéricos junto con un modelo para la revisión de su prescripción. Los datos presentados provienen de una HA pequeña que ya tiene índices altos de prescripción de genéricos (70%), aunque se ha identificado un ahorro potencial de 126.000 £ al año. En un número pequeño de casos, los genéricos con marca pueden ser más baratos que los productos que se recetan genéricamente. Ésta es un área complicada donde un servicio de apoyo podría ofrecer su asesoramiento.

DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DEL FORMULARIO

Puntos clave

- El propósito del formulario consiste en elaborar políticas de prescripción racionales basadas en los datos publicados y considerar los costes en el contexto de una asistencia adecuada.
- Los sistemas informáticos de MAP se pueden configurar a menudo para que aparezca el formulario deseado en el momento de la prescripción.
- El mantenimiento y la actualización regular de un formulario son tan importantes como el proceso de elaborarlo por primera vez.

Cuadro 2. Desarrollo y mantenimiento del formulario.

En Leeds, los farmacéuticos de la comunidad visitaron cada mes una consulta de medicina general para discutir un tema terapéutico diferente. Una vez acordado un formulario, el farmacéutico contactó con el prescriptor cada vez que recetaba productos que no figuraban en él. Algunos ejemplos de decisiones incluidas en los formularios son los siguientes:

- Racionalización del consumo de antiácidos, con una tendencia a recetar fármacos más sencillos.
- Reducir el empleo inapropiado de AINE tópicos.
- Mayor utilización de amoxicilina en lugar de amoxicilina-ácido clavulánico y cefaclor.
- Que los inhaladores genéricos de dosis constantes se conviertan en los inhaladores de elección en el asma.
- Que cimetidina sea el primer antagonista-H₂.

Departamento de Proyecto de Salud (ver anexo 1, pág. 48)

La gestión de los formularios, un medio para seleccionar y mantener al día una elección preferente de fármacos, es aún extremadamente importante en la gestión proactiva de la prescripción en la asistencia primaria (o secundaria). Muchos sistemas informáticos de MAP pueden configurarse para que aparezca el formulario deseado en el momento de la prescripción. A menudo, esto es más útil que la producción de un formulario en papel, ya que éste no se suele consultar cada vez que se genera una receta.

El mantenimiento y la actualización regular de un formulario son tan importantes como el proceso de elaborarlo por primera vez. Si los sistemas son compatibles, la aplicación de un formulario en un PCG podría ser sencilla, si lo desean las consultas (Cuadro 2).

En Kensington, Chelsea y Westminster, y Lancashire se han realizado otros proyectos de elaboración de formularios (ver anexo 1, págs. 48 y 49).

Los objetivos principales en la elaboración de un formulario son (Cuadro 3):

- Producir políticas de prescripción racionales, rentables y basadas en los datos publicados.

Cuadro 3. Elaboración de un formulario.

Un formulario de productos para el tratamiento de heridas, y aplicaciones para estoma e incontinencia puede simplificar mucho la prescripción en este área, al mismo tiempo que puede reducir los costes.

En Rochdale, un equipo de enfermeras de distrito y un farmacéutico establecieron un formulario restringido y un diagrama de flujo de tratamiento para el MAP y el personal de enfermería. El farmacéutico controló continuamente el cumplimiento del formulario. Además, se realizaron seminarios para otros MG interesados y farmacéuticos que estaban considerando iniciativas similares. El resultado fue una reducción del 34% en los costes de prescripción para apósitos en cuatro consultas durante 12 meses, sin que disminuyera la calidad de la asistencia.

Se realizó una iniciativa similar para las aplicaciones en estoma e incontinencia. El contacto con asesores para la incontinencia y enfermeras de estoma, en combinación con el conocimiento del farmacéutico en los precios de los fármacos, llevó a una disminución del 54% en los costes de prescripción en la incontinencia en dos consultas.

(Establecimiento de protocolos en incontinencia y estoma. Chadwick, M. y cols. [4])

- Considerar el coste en el contexto de una asistencia adecuada.
- Aconsejar una selección racional de fármacos a partir de los diversos fármacos que figuran en el BNF.
- Resumir pautas de tratamiento sencillas y adecuadas para las enfermedades que observan con frecuencia los MAP, donde se considera necesario recetar un medicamento.
- Recordar que los formularios no deberían buscar la cobertura de todas las decisiones sobre prescripción que se toman en la consulta general.
- Ayudar a alcanzar áreas comunes entre la prescripción hospitalaria y la del MAP.

En el anexo 5 se incluye un modelo para la elaboración de formularios.

GUÍAS Y PROTOCOLOS

Puntos clave

- Se pueden desarrollar guías conjuntas entre los MAP y los farmacéuticos locales de la comunidad para el tratamiento de dolencias menores con el fin de asegurar una forma común de tratamiento.
- Las guías nacionales o locales se pueden adaptar para utilizarlas en una consulta individual.
- Algunos sistemas informáticos de los MAP pueden configurarse de tal modo que incorporen protocolos de tratamiento y guías.

Cuadro 4. Prodigy.

Prodigy es un sistema informático de apoyo a la toma de decisiones dirigido a médicos generales que está diseñado para utilizarlo dentro de una consulta de atención primaria. El sistema ofrece consejo clínico y recomendaciones terapéuticas para enfermedades que se observan con frecuencia en la práctica general.

Prodigy ofrece textos sobre la enfermedad, los objetivos del tratamiento y las opciones terapéuticas existentes. Estas opciones no se limitan a la prescripción, sino que incluyen la derivación al especialista o la investigación, así como folletos informativos para los pacientes. Si el MAP decide recetar un medicamento, el sistema le ofrece una elección de posibilidades de prescripción, y control de alergias, contraindicaciones e interacciones. Posteriormente, imprime la receta y actualiza la historia del paciente. Los medicamentos recomendados han sido elegidos cuidadosamente, aunque las consultas pueden personalizar las elecciones si lo desean. Los MAP también pueden seguir prescribiendo a partir del amplio abanico de medicamentos disponibles en el NHS si lo consideran necesario para un paciente concreto.

El desarrollo de protocolos para la consulta sobre el tratamiento de ciertas enfermedades es una progresión natural cuando se toman elecciones a partir de un formulario. Muchas consultas, localidades y autoridades sanitarias ya han desarrollado guías, por ejemplo para la erradicación de *Helicobacter pylori*, el tratamiento de la hipertensión, angina, acné o el empleo de estatinas. Estas guías se pueden adaptar para su utilización en cualquier consulta individual, y algunos sistemas informáticos en medicina general pueden configurarse para incorporarlas (Cuadro 4).

Se pueden desarrollar guías conjuntas entre los MAP y los farmacéuticos locales de la comunidad para el tratamiento de

Cuadro 5. Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE).

Existe un grupo de trabajo valioso sobre guías nacionales, basadas en la evidencia y en la relación clínica- y coste-eficacia. No obstante, no siempre es fácil para el personal de primera línea encontrar el material que necesitan, y la mejor práctica no siempre se divulga tan rápidamente como debiera.

El NICE de reciente creación marcará unas indicaciones claras sobre la eficacia clínica y la rentabilidad, diseñando nuevos patrones nacionales y guías para los servicios y tratamientos, asegurándose que alcanzan todas las áreas del NHS. Recopilará el trabajo realizado por las distintas organizaciones con objeto de producir y divulgar las guías de prescripción clínica, métodos para auditoría e información sobre la buena práctica en la auditoría clínica.

dolencias menores, como aftas y dispepsia. Cuando los pacientes consultan al farmacéutico sobre dolencias menores se puede reducir el trabajo del MAP. El desarrollo de guías conjuntas puede ser útil para asegurar una forma común de tratamiento.

Es importante que las guías o los protocolos utilizados se basen en los datos publicados y deberían modelarse basándose en guías nacionales aceptadas, como las promulgadas por cuerpos profesionales o grupos de expertos. Las guías con mayores probabilidades de éxito son las elaboradas con la aportación de los clínicos tanto de atención primaria como de hospitales. El acuerdo dentro de una localidad sobre el tratamiento de ciertas enfermedades lleva a una mayor armonización de la asistencia y a una transición suave entre la asistencia primaria y secundaria (Cuadro 5).

En el anexo 2 se describen iniciativas que ponen en práctica la medicina basada en la evidencia.

MANEJO DEL PROCESO DE REPETICIÓN DE RECETAS

Puntos clave

- La revisión de los sistemas de repetición de recetas está dirigida a mejorar la calidad de la prescripción, tratar el aumento del gasto farmacéutico originado por un sistema de repetición de recetas inapropiado o innecesario, y optimizar los sistemas de la consulta.
- Como la mayoría de las prescripciones que se generan en una consulta son repetición de las recetas anteriores, hay que adoptar un método sistemático de revisión, por ejemplo de todas las recetas que firma el médico cuando el paciente lo pide.

La repetición de recetas se define como una receta que se extiende sin una consulta médica. El tratamiento de las enfermedades crónicas en la comunidad se basa en medicaciones a largo plazo mediante recetas que se van repitiendo.

La repetición de recetas supone alrededor del 75% de todas las prescripciones, y la Oficina Nacional de Auditoría (*National*

Audit Office) identificó una serie de problemas que surgían de deficiencias en los sistemas actuales (5). Por lo tanto, existe una necesidad de mejorar tanto la gestión como el control clínico de la firma de recetas para asegurar que se controla el tratamiento de los pacientes y que se modifica en función de sus necesidades.

Cuadro 6. Manejo de las peticiones para prescripciones no repetidas.

En el Centro Médico de St. Gabriel se controlaron las peticiones de los pacientes para productos que no eran de prescripción repetida, generalmente a través de una conversación telefónica con el personal de la recepción, asegurando que los recepcionistas completaban un documento proforma de solicitud. Se adjuntaba a la petición la historia del paciente y con esto y el ordenador el MG de turno decidía si la petición era apropiada o deducible. Este sistema ha conseguido:

- mejorar la calidad y controlar el coste de la medicación requerida,
- identificar solicitudes peligrosas o inapropiadas,
- minimizar las intervenciones y los efectos secundarios,
- auditoría de las peticiones, y
- empleo eficaz del tiempo de la consulta, ya que algunas peticiones regulares para corto plazo “agudas” se cambiaron a prescripción repetida, por ejemplo preparados para fiebre del heno.

Con esta estrategia se han gestionado mejor las peticiones iniciadas por los pacientes.

(Centro médico de St. Gabriel, Prestwich, Manchester)

Revisión de los sistemas de repetición de recetas en la consulta

Los propósitos de la revisión de los sistemas de repetición de recetas en una consulta son mejorar la calidad de la prescripción y la salud del paciente, evitar un gasto farmacéutico innecesario surgido de la repetición de una prescripción inadecuada, y minimizar las deficiencias de los procedimientos involucrados (Cuadro 6).

En el anexo 5 se incluye un modelo para la revisión de los sistemas de la repetición de recetas en una consulta.

Revisión de todas las prescripciones repetidas

La revisión de la repetición de recetas lleva mucho tiempo y algunas veces se descuida en una consulta. Esta función se puede realizar de diferentes maneras con sistemas implantados para asegurar una revisión de forma regular. Se han descrito varios modelos al inicio de este documento (ver “Revisión de la medicación y control de la terapia farmacológica”).

Cuando se revisa cada prescripción repetida se debería prestar atención a lo siguiente:

- ¿Es segura?
- ¿Es eficaz?
- ¿Es necesaria o se necesita todavía?
- ¿La tomará el paciente?

- ¿Es apropiada la presentación actual?
- ¿Proporciona el mejor tratamiento rentable existente?
- ¿Están recetados todos los productos en cantidades equivalentes?
- ¿Ha pasado el paciente una revisión clínica en los últimos 15 meses?

Como la mayoría de las prescripciones generadas en una consulta son repetición de las anteriores, hay que adoptar un método sistemático de revisión, como por ejemplo:

- Revisar todas las recetas repetidas a medida que se solicitan.
- Revisar todas las prescripciones para “x o más” productos.
- Revisar los informes de alta hospitalaria antes de que se introduzcan en el ordenador.

Posteriormente, se necesita un proceso acordado para discutir e implementar las modificaciones recomendadas. Cualquier proceso destinado a revisar la repetición de recetas debería incluir la revisión regular de todas las prescripciones.

Los farmacéuticos de la comunidad deberían alentar el empleo de los registros de medicación de los pacientes para detectar recetas repetidas que son potencialmente inapropiadas. Un ejemplo frecuente es firmar recetas para un envase de ampollas de hidroxibalamina cada mes, cuando tal vez sólo se necesite cada tres meses. Se puede informar a los prescriptores sobre este tipo de recetas para su modificación a través de contactos formales o informales en la consulta.

Los profesionales que proporcionan apoyo a la prescripción que invierten un día o más a la semana en una consulta pueden dirigir la gestión del día a día del proceso de repetición de recetas. Sus funciones pueden ser:

- Revisar todas las prescripciones repetidas a medida que se solicitan.
- Contestar las preguntas relacionadas con la prescripción cuando surjan.
- Contactar con los farmacéuticos locales de la comunidad y hospitalarios para resolver dudas sobre la prescripción.
- Aconsejar a los pacientes sobre cualquier cambio en su medicación.
- Responder las dudas de los pacientes sobre su medicación.

Aquellos que proporcionan alguno de los servicios anteriores pueden necesitar el acceso a las historias de los pacientes para hacer recomendaciones con una información completa. No obstante, los pacientes tienen derecho a la confidencialidad, y antes de compartir la información han de ser informados en términos generales de cómo se van a utilizar sus datos (ver pág. 35).

PRESCRIPCIÓN POR ORDENADOR

Puntos clave

- En los sistemas informáticos de medicina general hay problemas, como por ejemplo un exceso de alternativas, una falta de método claro para la elección de nombres genéricos y retrasos antes de que los nuevos fármacos aparezcan en los Vademecum.
- La personalización de la base de datos principal seleccionando un subconjunto preferente de preparados puede simplificar mucho la prescripción, reducir la posibilidad de errores y permitir la selección sencilla del producto más rentable.
- La consulta regular de la *Drug Tariff*, MIMS y la BNF para cambios de los precios, nuevos productos y productos en que finaliza la patente puede ayudar a rentabilizar la prescripción de la consulta. Con frecuencia el ordenador de la consulta puede utilizarse para implementar estos cambios.
- Si los médicos lo aceptan, algunos cambios se pueden hacer directamente en el ordenador, sobre todo los de pacientes con medicación crónica. Esto puede ahorrar tiempo en la consulta y reducir el margen de errores.

Personalización del programa

La mayoría de las consultas de medicina general están informatizadas para recetar mediante los ordenadores. Los sistemas comerciales informáticos proporcionan un Vademecum con todos los preparados existentes. La personalización de la base de datos principal para seleccionar un subconjunto preferente de preparados puede simplificar mucho la prescripción, reducir la probabilidad de errores y permitir una selección sencilla del producto más rentable (Cuadro 7).

La personalización del Vademecum se puede hacer mediante la organización de los registros actuales y estableciendo una lista para eliminar alternativas que no necesita el paciente. Se pueden dar ayudas mnemotécnicas para facilitar la aparición rápida en el sistema de productos que son difíciles de encontrar (Cuadro 8).

El empleo de una sola versión personalizada por consulta garantiza que todo el personal de la consulta cumple con el formulario. Se puede modificar la lista para excluir aquellos productos que no van a recetarse e incluir los que se han decidido utilizar. De esta manera, el sistema informático apoya la política de la consulta. La facilidad con que puede hacerse y la

Cuadro 7. Ejemplos de problemas de los sistemas informáticos de medicina general.

- Existen demasiadas alternativas; por ejemplo en un Vademecum aparecen hasta 150 preparados de hidrocortisona.
- No hay un método claro para la elección de marcas genéricas en las bases de datos de los programas; por ejemplo Co-codamol 8/500 comprimidos puede aparecer como "co-codamol 8/500", "codeína phos 8 mg/paracetamol 500 mg", o "paracetamol 500 mg/codeína phos 8 mg". El resultado es que el MG opta por la marca comercial.
- Los fármacos nuevos no aparecen inmediatamente en los Vademecum, y a menudo dichas recetas han de escribirse a mano.

Cuadro 8. Oportunidades ofrecidas por la personalización del problema.

- Reducir la probabilidad de error en la introducción de datos de un problema en un consultorio grande donde el personal va cambiando las tareas.
- Asegurar que se utilizan los preparados más rentables, cápsulas en vez de comprimidos de oxitetraciclina.
- Simplificar el encargo de dispositivos.
- Introducir en el ordenador el formulario de la consulta.
- Facilitar la adopción local de guías nacionales.
- Facilitar la gestión de la variabilidad local inevitable, por ejemplo la resistencia antibiótica.

capacidad de retener los cambios después de una actualización estándar en el vademecum principal dependerá del sistema informático utilizado.

La entrada y control de productos en las listas puede utilizarse como punto de partida para el apoyo a la prescripción en una consulta. Posteriormente, se puede extender el trabajo a la puesta en práctica y desarrollo de un formulario. Este trabajo lo puede hacer un farmacéutico u otro miembro del equipo que disponga del apoyo y guía del farmacéutico. No obstante, el beneficio completo requiere la total participación y un tiempo de dedicación de los médicos generales en el proceso de toma de decisiones (6).

Revisión continuada de la mejor relación calidad-precio

Es improbable que un MAP tenga tiempo para estar al día en los últimos cambios de los precios de los fármacos y sobre los productos que ofrecen la mejor relación calidad-precio. La revisión regular del *Drug Tariff*, MIMS y el BNF para los cam-

bios de los precios, productos nuevos y productos en que finaliza la patente puede ayudar a garantizar que las recetas que se hacen en la consulta representan la mejor opción por el mismo precio.

Se puede utilizar el ordenador de la consulta para poner en práctica estos cambios. Por ejemplo:

- Recetar simvastatina 20 mg en lugar de 2×10 mg (ahorro = 87 £ por paciente/año).
- Recetar los anticonceptivos por el número de meses necesario o la cantidad total requerida, por ejemplo 6×21 . Recetar 6 OP podría suponer un suministro para seis meses o para 18 meses (muchos anticonceptivos sólo están disponibles en cajas para 84 días).
- De igual forma, evitar la prescripción de apósitos utilizando OP, y en su lugar recetar el número de apósitos necesarios.
- Recetar recambios de inhaladores de dosis constantes y de *Diskhalers* en las recetas para enfermedades crónicas.

Implementación de los cambios acordados en la prescripción

Si los médicos generales están de acuerdo, hay ciertos cambios, sobre todo en la repetición de recetas que se pueden

hacer directamente en el ordenador. Los MAP siguen siendo responsables de las recetas que firman, aunque pueden permitir que otro profesional sanitario haga cambios directamente en el ordenador para ahorrar tiempo en la consulta y reducir el margen de errores:

- Actualizando las recetas repetidas de un paciente después del alta hospitalaria. Ésta es un área que con frecuencia se pasa por alto, y el resultado es que el paciente revierte a la medicación que recibía antes de ingresar en el hospital.
- Llevar a cabo modificaciones terapéuticas.
- Igualar las cantidades prescritas para eliminar cantidades no equivalentes en la prescripción, por ejemplo co-amilo-fruse una vez al día (mitte 30) y *Adalat Retard*® 20 mg dos veces al día (mitte 100). Cada mes sobran 40 comprimidos de *Adalat Retard*® y se duplican cada vez que al paciente se le acaba la amilo-fruse, pidiendo que se le renueven todas las recetas, que finalmente se van a desperdiciar.
- Simplificando los productos para la incontinencia mediante la selección de uno o dos productos en cada categoría, e inventando una palabra clave sencilla que traiga a la pantalla el producto correcto, por ejemplo bolsa de noche. Esto trae a la pantalla el producto elegido con todos los detalles de la prescripción, en lugar de que el personal de la consulta tenga que seleccionar uno a través de varias pantallas.

Apoyo en los problemas y política de la prescripción en la interfase entre consultas, grupos de asistencia primaria y hospitales

Muchos temas relacionados con la prescripción y el empleo de los medicamentos se extienden a la asistencia primaria y secundaria, con tendencias de prescripción en un sector que a menudo influyen en el otro de forma significativa.

Los farmacéuticos que trabajan con los médicos de atención primaria, PCG o autoridades sanitarias se hallarán involucrados en trabajos que cruzan la interfase de la asistencia primaria y secundaria. De la misma manera, las autoridades sanitarias, PCG y los servicios sociales colaborarán entre ellos cada vez más para mejorar la asistencia sanitaria y social (por ejemplo en hospitales y residencias para ancianos).

Por lo tanto, las políticas sobre algunos aspectos de la prescripción se desarrollan mejor por encima de la consulta. Los PCG también querrán involucrarse en las áreas donde las autoridades sanitarias han tratado de mantener una visión global de la prescripción y del empleo de los medicamentos en la asistencia primaria y secundaria.

Muchos problemas relacionados con la medicación pueden ocurrir durante el ingreso y el alta hospitalaria en algunos pacientes; una buena comunicación y un intercambio fiable de información ayudarán a prevenir estos problemas y promover una asistencia farmacéutica sin fisuras.

ASISTENCIA COMPLETA AL PACIENTE DURANTE EL INGRESO Y EL ALTA HOSPITALARIA

Puntos clave

- Un buen intercambio de información sobre los pacientes y sus medicamentos durante el ingreso y el alta debería reducir los riesgos para los pacientes y mejorar la evolución clínica.
- La utilización de listas de comprobación puede mejorar la comunicación entre los hospitales y la comunidad sobre los requerimientos farmacéuticos de los pacientes con necesidades complejas de medicación.
- El apoyo a la prescripción ayudaría a resolver dudas, poner en práctica cambios en la medicación y hacer un mejor seguimiento.

Una buena comunicación sobre los pacientes entre la asistencia primaria y secundaria es esencial, aunque no siempre ocurre sin brusquedad.

Por ejemplo, en el ingreso o alta hospitalaria no siempre queda claro qué medicinas está tomando o debería tomar un paciente. La justificación exacta del tratamiento puede no

estar clara en la nota de remisión que se hace al MAP o en el informe de alta, de la misma forma que pueden no estar bien reflejadas las razones de los cambios realizados.

Los cambios en las pautas de medicación de un paciente pueden no llevarse a cabo en la consulta. Los pacientes pueden, sin darse cuenta, seguir tomando la medicación prescrita

Cuadro 1. Comunicación entre los farmacéuticos hospitalarios y los de la comunidad.

La Sociedad Real de Farmacia ha elaborado varias listas de comprobación para apoyar la comunicación entre los farmacéuticos hospitalarios y los de la comunidad sobre los requerimientos especiales de:

- pacientes con necesidades complejas de medicación,
- ancianos,
- pacientes con enfermedades mentales,
- pacientes con dificultades de aprendizaje,
- otros pacientes en quienes el apoyo farmacéutico es especialmente importante.

Una lista de comprobación sirve para que los farmacéuticos de la comunidad proporcionen información a los hospitalarios cuando se ingresa a los pacientes, y otra para que los farmacéuticos hospitalarios faciliten información a los de la comunidad cuando el paciente es dado de alta (ver anexo 7).

antes del ingreso, pero que se interrumpió por una razón clínica importante mientras estaba en el hospital. Los informes burocráticos con detalles clave pueden no estar disponibles en el momento del ingreso o del alta cuando se precisan (por ejemplo cuando el MAP necesita escribir una receta la primera vez que esté en concordancia con las recomendaciones del hospital).

Siguiendo los principios de asistencia integrada en el ingreso, durante la estancia hospitalaria, y en el alta, se deberían reducir al mínimo los riesgos, alcanzándose mejores resultados clínicos y una mayor rentabilidad en la asistencia.

Diversas iniciativas han intentado mejorar la comunicación entre la asistencia primaria y secundaria. Los avances en los sistemas informáticos y sus aplicaciones dentro del NHS deberían ampliar algunas de estas iniciativas (Cuadro 1).

Un servicio de apoyo a la prescripción podrá actuar como un foco dentro de la consulta para los asuntos de la medicación asociados con el ingreso y el alta hospitalaria, lo cual podría incluir:

- Resolver las dudas relacionadas con la medicación.
- Asegurar que se cumplen en la consulta las modificaciones terapéuticas, o las recomendaciones para el control del tratamiento después de la hospitalización o de la consulta ambulatoria.
- Ayudar a los pacientes con los temas relacionados con la medicación después del alta, como las técnicas inhaladoras o garantizar que entienden sus nuevas pautas de tratamiento con medicamentos nuevos o complejos.

Una relación más proactiva entre todos los profesionales relevantes en la asistencia primaria y secundaria está ligada a

Cuadro 2. Ayuda a los pacientes con riesgo farmacéutico.

En la Fundación *Stockport Acute Services NHS* se ha establecido un servicio de planificación de altas para ayudar a los pacientes que se encuentran en riesgo farmacéutico, por ejemplo ancianos que viven solos, aquellos con sospecha o conocimiento de pobre cumplimiento de la medicación, etc.

- Los pacientes que se pueden beneficiar de este servicio se identifican mientras están en el hospital, y se derivan a cualquier miembro del equipo multidisciplinar, por ejemplo terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, enfermeras, farmacéuticos o médicos.
- Los pacientes son evaluados individualmente por un farmacéutico y se les asiste para cubrir sus necesidades sociales farmacéuticas, como tarjetas de recordatorio de la medicación, ayudas para el cumplimiento o consejos sobre la medicación.
- Los farmacéuticos hospitalarios colaboran con el designado de la comunidad para asegurar que se cubren de forma continua los requerimientos especiales.
- El día del alta se envía un plan de asistencia para el farmacéutico comunitario, detallando toda la medicación en el momento del alta.
- También se envían cartas al MAP del paciente que informa de los servicios que se han iniciado, como la recogida y suministro de medicación o las ayudas para el cumplimiento.

Este servicio ha estado operando durante 18 meses y hasta ahora se han beneficiado 380 pacientes.

*(Departamento de Farmacia,
Stepping Hill Hospital, Stockport)*

un mejor entendimiento, a una asistencia completa para los pacientes y a una disminución de los riesgos al mínimo.

Los farmacéuticos hospitalarios, al involucrarse cada vez más en el proceso de alta se encuentran en una posición que les permite tratar las necesidades farmacéuticas de los pacientes de alto riesgo, por ejemplo ancianos que viven solos. Dichas necesidades pueden incluir un etiquetado adicional, tarjetas recordatorios de la medicación u otra información, ayudas para el cumplimiento (los llamados sistemas de dosificación de la comunidad) o una recomendación para una visita domiciliaria. Entre las vías eficaces de comunicación también se encuentran los MAP, los servicios sociales y las enfermeras de distrito (Cuadro 2).

CRITERIOS DE PRESCRIPCIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Puntos clave

- Las elecciones terapéuticas en común entre consultas, y también entre los hospitales y la asistencia primaria, pueden facilitar la asistencia completa y ayudar a utilizar mejor los recursos.
- Los presupuestos agrupados pueden facilitar la unificación de la responsabilidad clínica con la de la prescripción con los recursos.

Las tareas relacionadas con la prescripción en la consulta son muchas y complejas. Sin embargo, si se quiere conseguir una utilización más eficaz de los recursos en medicación, se necesita dedicar esfuerzo y tener apoyo en temas de prescripción de forma más global, manteniendo al mismo tiempo el nivel individual de MAP y del paciente.

Desde su creación por las autoridades sanitarias del distrito (DHA) y por los servicios de medicina familiar (FHSA), las autoridades sanitarias poseen una visión general de los temas de medicación en todas las consultas y niveles de atención primaria y secundaria. Los PCG se comprometerán con esta agenda y ello requerirá el apoyo necesario a la prescripción.

Guías para los distritos y opciones terapéuticas

En algunos temas, acordar políticas en un área geográfica sobre ciertos factores de la prescripción puede tener verdaderas ventajas. En vez de intentar poner en práctica un formulario complejo en el distrito, las políticas claras sobre temas específicos o unificar opciones terapéuticas en determinadas áreas puede ser beneficioso.

Esto puede ser de especial interés en los problemas que se extienden en la interfase de la asistencia primaria y secundaria, donde el acuerdo de políticas puede facilitar la asistencia integral y ayudar a utilizar mejor los recursos más amplios del NHS.

Algunos ejemplos donde un apoyo a la prescripción podría ser beneficioso son:

- Buscar una coherencia en áreas determinadas de la prescripción, como el consumo de combinaciones de analgésicos, antagonistas del calcio o inhibidores de la ECA.
- Implementación local de guías nacionales.
- Redactar políticas locales para temas concretos, como la transición de inhaladores sin CFC o políticas de empleo de antimicrobianos.
- Acordar políticas sobre la utilización de productos cuyo coste en la asistencia primaria es mayor que en el hospital.
- Mejorar los planes de asistencia compartida y clarificar las responsabilidades en la prescripción entre los médicos hospitalarios y los MAP.

- Mejorar la comunicación, por ejemplo de las disposiciones asociadas con el ingreso y el alta hospitalaria.

Presupuestos unificados y responsabilidad en la prescripción

La creación de un presupuesto local unificado significa que será posible cambiar los fondos entre sus elementos constituyentes previos (por ejemplo entre los elementos de la prescripción del hospital y de la asistencia primaria). Esto hará más fácil garantizar que las responsabilidades clínica y de prescripción permanecen conjuntas, con una ubicación adecuada de los recursos.

Algunas de las iniciativas de “giro” ya han actuado como modelos de prueba sobre la transferencia de dinero entre las interfases de asistencia primaria y secundaria en beneficio de una asistencia para el paciente que sea rentable (Cuadro 3).

Esta flexibilidad adicional permitirá nuevas iniciativas para otros aspectos relacionados con la interfase de la prescripción, como extender la duración de la medicación del alta hospitalaria.

Cuadro 3. Presupuestos unificados y responsabilidad en la prescripción.

Las autoridades sanitarias de South Cheshire llevaron a cabo un proyecto de “giro” que comprendía el interferón alfa, dornasa alfa y eritropoyetina. El HA recibió el visto bueno del comité médico local para recortar el presupuesto de la prescripción y girar una cantidad equivalente al gasto de dichos fármacos, por los MAP, en los hospitales. Las responsabilidades para la prescripción de estos fármacos especializados se transfirieron a la asistencia hospitalaria.

Los médicos generales recibieron bloques de información y consejo de las autoridades sanitarias para apoyarles a través de los cambios en la prescripción y en la financiación. Los pacientes fueron informados de los cambios en las propias consultas, lo que también estaba apoyado por las autoridades sanitarias.

Los pacientes pueden recibir ahora sus prescripciones en hojas FP10(HP), después de obtener una cita para una consulta en un centro ambulatorio, en lugar de las prescripciones por FP10 habituales de su MAP. Los pacientes pueden recibir las recetas tanto desde el hospital como desde la oficina de farmacia.

Aumentando la aportación e influencia de los PCG en la elaboración de las políticas locales

A medida que los PCG van retomando los planes locales de las autoridades sanitarias, tendrán que desarrollar una comunicación adecuada y establecer redes de contactos a fin de obtener una aportación e influencia relevantes cuando se planifiquen e implanten políticas más globales de prescripción.

En concreto, los PCG querrán disponer de alguna representación eficaz en los comités locales que tratan sobre temas de prescripción, posiblemente los comités de farmacia (*Drug and Therapeutics committees*) (DTC) y comités de prescripción de área (*Area Prescribing Committees*) (APC). Los DTC deben tratar temas hospitalarios e históricamente se han centrado en los hospitales. Los comités de prescripción de área de reciente introducción consideran temas y políticas de cortes sectoriales, por ejemplo para introducir de forma planificada los fármacos nuevos. Los enlaces entre estos comités y su postura

frente a diferentes temas variarán, pero cada vez tendrán que colaborar más.

En función de las circunstancias locales, los PCG pueden querer que participen sus propios representantes, quizá un MAP o un profesional de apoyo a la prescripción, o trabajar a través de la autoridad que generalmente ha estado representado en ambos. En cualquier caso, se necesitará un esfuerzo considerable para presentar una política adecuada y concertada con el PCG.

Las políticas concertadas con las fundaciones locales o con otras consultas precisan mucho tiempo y energía, así como la aportación de especialistas. Para ello se necesita alguien con el conocimiento y la experiencia adecuadas, lo que incluye conocer el tratamiento, los factores locales relevantes y la complejidad del precio y los presupuestos, al mismo tiempo que se tiene el respeto de las personas clave.

Este trabajo puede ser una actividad de apoyo a la prescripción al PCG más que a las consultas individuales.

Dónde empezar

Ya debería quedar claro que existe una amplia gama de posibles servicios de apoyo a la prescripción. Cuando surge la pregunta a una consulta, PCG o HA de por dónde empezar, el primer paso es identificar los problemas que puedan existir sobre la prescripción. Por ejemplo, consultas clínicas que no se ajustan de forma consistente con la “mejor práctica”, que tienen unos gastos excesivos en prescripción con respecto a su presupuesto, repetición de recetas difíciles de gestionar o falta de tiempo de los profesionales para revisar y optimizar las prescripciones de los pacientes de forma continuada.

CÓMO EVALUAR QUÉ SERVICIO SE NECESITA

Una vez revisados los diferentes servicios descritos en este documento, una consulta o un PCG necesita decidir cuáles son sus áreas de mayor necesidad en los temas relacionados con la prescripción. En esta fase se debería buscar también el consejo del asesor de la HA para la prescripción.

A menos que se necesite una valoración auténtica de las necesidades de la consulta, existe el riesgo de que se contrate a alguien para realizar una función mal definida o inapropiada y que la iniciativa no tenga éxito. Por lo tanto, puede ser útil hablar con consultas que ya tienen experiencia con los servicios de apoyo a la prescripción.

Las siguientes preguntas pueden ser áreas en una consulta o PCG que podrían tratarse de forma útil por un servicio apropiado de apoyo a la prescripción:

- ¿Es ineficaz el proceso de repetición de recetas?
- ¿Se basan las recetas en los datos objetivos provenientes de estudios publicados?
- ¿Es necesario que la atención a los pacientes con una enfermedad concreta sea acorde con la mejor práctica?
- ¿Se necesita revisar la prescripción de los hospitales y residencias para ancianos?
- ¿Están los costes de prescripción por encima de la media?
- ¿Está el gasto de prescripción por encima del presupuesto?
- ¿Se está utilizando el ordenador de la consulta de forma ineficaz?

- ¿Falta tiempo para tratar los problemas y mejorar la calidad?
- ¿Tienen influencia los hospitales locales sobre la atención primaria en temas de prescripción?

Después de una valoración inicial se debería decidir qué modelo es el mejor para las circunstancias que se han identificado. Puede ser que varias de las áreas relacionadas anteriormente se beneficien de la mejora, pero es importante establecer las prioridades en función de las deficiencias percibidas en cada área. El asesor de la HA para la prescripción puede realizar una valoración de la prescripción de la consulta o proporcionar información sobre el rendimiento en ciertas áreas, para ayudar a determinar cuál es el servicio más apropiado de apoyo a la prescripción.

Habría que recordar que según el tipo de servicio variarán los beneficios y el tiempo necesario para alcanzarlos (Cuadro 1).

Tal vez, una consulta o un PCG sientan la necesidad de ahorrar en algunas áreas para liberar recursos que se pueden destinar a otras. Por ejemplo, una prescripción más eficaz para un determinado trastorno liberará recursos para imponer la medicina basada en la evidencia en otro área, en línea con la investigación publicada y las guías (por ejemplo un mayor consumo de estatinas).

Un número creciente de PCG necesitará desarrollar una estrategia para determinar qué consulta de MAP o qué áreas de trabajo son prioritarias para después contratar y distribuir los

Cuadro 1. Revisión de la prescripción en distintas áreas terapéuticas.

En Leeds, los farmacéuticos se reunieron mensualmente con los MAP para revisar la prescripción en distintas áreas terapéuticas. A partir de esta iniciativa, varios MAP involucraron más a sus farmacéuticos en otras áreas de trabajo:

- Varios médicos pidieron a su farmacéutico dirigir una consulta ampliada sobre técnicas inhaladoras y concordancia entre los pacientes, para coincidir con la consulta de asma del centro.
- Otros pidieron a su farmacéutico que escribiera el apartado sobre prescripción en el plan de gestión.
- Un farmacéutico está para entrenar al personal de la consulta en la prescripción.

Departamento de Proyecto de Salud (ver anexo 1, pág. 48)

recursos de forma apropiada. A medida que se desarrollan los PCG puede que se detecten temas sobre prescripción que hay que tratar por encima de los de la consulta individual.

CÓMO CONTRATAR UN BUEN SERVICIO

Una vez que una consulta, PCG o HA han definido sus objetivos para el apoyo a la prescripción han de contratar el servicio que necesitan.

Siempre es sensato hablar con personas que tengan experiencia con un servicio similar, como MAP que ya han empleado a un farmacéutico, aquellos que ya contratan un servicio y asesores médicos y farmacéuticos de HA.

FINANCIANDO UN SERVICIO

Se pueden contratar algunos servicios en forma de paquetes completos. Otros pueden incluir la contratación de profesionales individuales. Cuando se contrata tal servicio se debería considerar lo siguiente:

- Los honorarios profesionales por el tiempo dedicado tanto en la consulta como en la preparación del trabajo.
- Cobertura de un suplente si es necesario.
- Gastos de desplazamiento, por ejemplo para visitas domiciliarias.
- Horas extra para el personal de la consulta.
- Cobertura de un suplente para MAP, por ejemplo para formularios “away day”.
- Gastos de oficina, como folletos informativos para pacientes.
- Equipos informáticos adicionales y espacio para ello en la consulta.
- Apoyo administrativo.
- Teléfonos móviles si el profesional trabaja para varias consultas.
- Suscripciones a bases de datos profesionales, por ejemplo BNF/MeReC/DTB electrónicos o CD-ROM.
- Días de entrenamiento y estudio.
- Si se emplea a un farmacéutico ubicado en la consulta se necesita considerar las contribuciones para los seguros nacionales, baja por enfermedad, derecho a maternidad y costes de indemnización.

Existen varias formas posibles de financiar el apoyo a la prescripción:

- presupuestos para la prescripción,
- otros elementos de asignación de PCG,

- dinero del GMS,
- otras vías de financiación de HA,
- intercambio de servicios, como contar con un farmacéutico de una institución en pago al trabajo adicional llevado a cabo por la consulta para la institución, y
- fondos para el desarrollo de la consulta.

Una consulta de cinco socios con una población de 9000 pacientes dispondrá de un presupuesto para prescripción cercano a 650.000 £. Muchos de los servicios descritos pueden reducir los gastos de prescripción en ciertas áreas. Ello dependerá inevitablemente de la naturaleza de la consulta y del servicio, y de si el objetivo principal es mejorar la calidad o reducir el gasto. No obstante, es útil comparar ejemplos de ahorros realizados con los costes de los servicios de apoyo a la prescripción (Cuadro 2).

SELECCIÓN

Habiéndose decidido por un servicio y por el modo de financiación, el siguiente paso es seleccionar al candidato adecuado. El proceso de selección debería garantizar que el candidato posee las aptitudes necesarias para el desempeño del puesto. Éstas pueden incluir:

- ejemplos de trabajos previos,
- capacidad de comunicación,
- conocimiento clínico,
- visión sobre las influencias médicas y otro tipo de influencias en la prescripción,
- experiencia importante,
- motivación e interés por este tipo de trabajo,
- compromiso de continuar el desarrollo personal, y

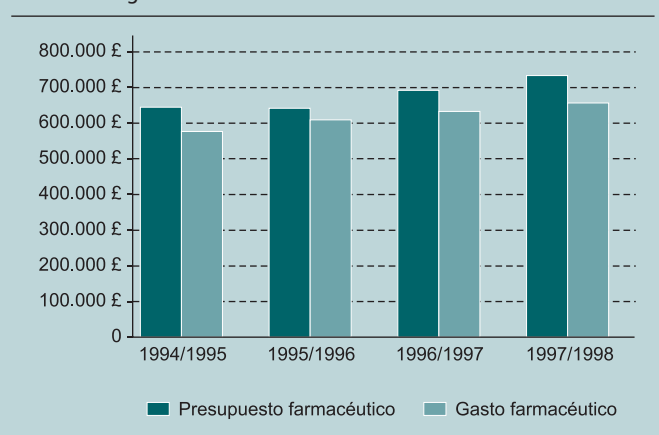
Cuadro 2. Financiar un servicio.

El Centro Médico de Northgate ha dispuesto de un farmacéutico a tiempo completo en la consulta durante cuatro años. La consulta ha realizado ahorros de forma regular en su presupuesto para la prescripción mucho mayores que el gasto que ha supuesto contratar al farmacéutico a tiempo completo. Estos ahorros visibles en los costes se suman a los ahorros “ocultos” de la mejora de la asistencia, una mayor eficacia del servicio y menos ingresos hospitalarios (Fig. 1).

El proyecto piloto de adquisición total de Wirral empleó un farmacéutico durante tres días a la semana. En 1996/1997 esta iniciativa redujo el exceso de gasto en la prescripción de 153.000 £ a 52.000 £.

Un ejemplo es el salario medio de un farmacéutico de grado D/E (escala hospitalaria de pago) que es de alrededor de 27.000 £ anuales.

Figura 1. Presupuesto y gasto para la prescripción – Centro médico de Northgate.



- concienciación de temas concretos que afectan a la prescripción (por ejemplo trabajar en un área con un número elevado de minorías étnicas).

(De la Comisión de Auditoría [7])

La persona empleada tendrá que poseer las capacidades rutinarias necesarias para desarrollar el trabajo. De todas formas hay que recordar que lo que importa es el desempeño. Se requerirán algunas capacidades antes de realizar estos servicios, pero otras se adquieren “trabajando”. Los profesionales de otras disciplinas tendrán conocimientos diferentes. Por ejemplo, un farmacéutico hospitalario tendrá conocimientos clínicos en un área terapéutica determinada, puede tener experiencia directa en la creación de formularios, y en ocasiones puede haber tenido un entrenamiento clínico más formal. Un farmacéutico de atención primaria puede tener capacidad para aconsejar y gestionar sistemas de repetición de recetas dentro de una consulta. Ellos tienen mayor probabilidad de tener más experiencia en la asistencia primaria y puede que ya dispensen para algunos de los pacientes de la consulta. Los farmacéuticos de la comunidad entenderán mejor el *Drug Tariff* y los productos OTC, pero sabrán menos sobre las políticas de ingreso y alta hospitalaria que sus colegas del hospital.

Puede que existan otras razones por las que una consulta pueda querer establecer contactos más estrechos con un farmacéutico local de la comunidad, por ejemplo para reforzar el equipo de asistencia primaria (Cuadro 3).

Más recientemente un número de farmacéuticos independientes con experiencia en uno o más sectores se han convertido en consejeros y asesores para la prescripción. Al igual que en otros, sus capacidades dependerán de su experiencia y entrenamiento previos. Para más información sobre los conocimientos específicos que poseen los farmacéuticos consultar el anexo 8.

Puede que merezca la pena conseguir la participación del asesor de la HA en la selección para ayudar a elegir a la per-

sona correcta para el puesto. La selección puede hacerse a través de un anuncio formal en las revistas profesionales o mediante procedimientos y contactos más locales.

No obstante, se debería comentar que existe un número limitado de farmacéuticos y otros profesionales capaces y dispuestos a desempeñar estas funciones. Por lo tanto, un grupo de consultas o un PCG puede querer emplear personal diferente. Por ejemplo, las enfermeras tienen capacidades excelentes para llevar consultas y aconsejar a los pacientes. También los técnicos farmacéuticos cualificados trabajando bajo la orientación de un farmacéutico práctico podrían desempeñar alguna de las funciones rutinarias descritas anteriormente, como el entrenamiento de técnicas inhaladoras, búsquedas por ordenador etc.

OPCIONES DE EMPLEO Y ACUERDOS CONTRACTUALES

Los acuerdos de empleo deberían reflejar las necesidades de la consulta o del PCG y la persona que proporciona el servicio. Existen diversas opciones, entre las que se encuentran:

- empleo directo a tiempo completo, tiempo parcial o por sesiones por una consulta de medicina general,
- empleo por una consulta en representación de un grupo de consultas, en donde se factura a cada consulta por la parte correspondiente,
- empleo por una HA,
- traslado desde o a través de un contrato con una fundación local, unidad académica o farmacia de la comunidad,

Cuadro 3. Selección.

“Nos gusta que nuestra farmacéutica local nos proporcione el apoyo a la prescripción, ya que colabora en una asistencia íntegra para el paciente. Cuando a nuestros pacientes se le dispensan las recetas, sabemos que la farmacéutica entiende las razones que hay detrás de las decisiones que se han tomado porque ella nos ha ayudado a desarrollar dicha política. Ello significa que la farmacéutica local puede reforzar los beneficios del tratamiento. También ha mejorado nuestra eficacia como equipo de asistencia primaria. Nosotros hablamos de forma regular sobre cada paciente individualmente con la farmacéutica y encontramos soluciones conjuntas para los problemas relacionados con la medicación. La farmacéutica local también asiste a las reuniones de revisión de la consulta, lo cual ayuda al trabajo en equipo y aporta una perspectiva diferente a nuestras discusiones.

A pesar del hecho de que no compartimos el edificio, nuestra farmacéutica local es una pieza clave en el equipo de atención primaria. Esto es de lo que se trata el nuevo NHS.”

Dr. Michael Drake and Partners, Bennetts End Surgery, Gatecroft, Hemel Hempstead

- un profesional autónomo que trabaja individualmente, o por sesiones o por consultas,
- contrato con una compañía de asesoría comercial que proporciona servicios de apoyo a la prescripción.

El acuerdo para un servicio debería establecerse incluyendo los elementos siguientes:

- una descripción breve pero clara del servicio a proporcionar o una descripción del puesto,
- una cláusula de confidencialidad,
- detalles de los honorarios profesionales, costes de suplencia y otros gastos que se van a afrontar,
- horas de trabajo,
- acuerdos en casos de baja por enfermedad, vacaciones, etc.,
- Un acuerdo sobre el tiempo disponible para asistir a sesiones de formación,
- qué entrenamiento se requiere y quién lo pagará,
- acuerdos sobre seguros de indemnización, si es necesario,
- acuerdos de línea gerencial responsabilidad profesional y responsabilidad gerencial,
- acuerdos sobre la gestión del desempeño,
- planes de notificación.

En el anexo 10 se encuentra un ejemplo de la descripción del puesto para tiempo completo de un farmacéutico de apoyo a la prescripción y un farmacéutico por sesiones.

PUNTO DE PARTIDA

Todos los médicos generales, enfermeras y personal de la consulta necesitan estar informados e involucrados si es necesario en la contratación del apoyo a la prescripción. Dependiendo del apoyo requerido, la persona empleada debería recibir algún tipo de introducción a la consulta/PCG. Para los acuerdos por sesiones o a corto plazo, éste puede simplemente consistir en una presentación a todos los miembros del equipo de la consulta, y una discusión inicial con las personas clave para definir los objetivos, procedimientos y resultados deseados del servicio. Para acuerdos a más largo plazo, o los que comprendan varias sesiones por semana, puede ser adecuado una programa de introducción más formal, organizando reuniones con todos los miembros del equipo de asistencia primaria, incluidos los farmacéuticos hospitalarios y de la comunidad.

Además, se deberían explicar y observar los sistemas de la consulta y los métodos de trabajo. Todos los MAP han de confiar en la capacidad de la persona que trabajará con ellos. Para crear confianza y establecer relaciones al principio, es mejor comenzar con un área de trabajo sencilla. Ello proporciona tiempo para aclimatarse a la vida de la consulta y conocer a las personas. Las claves del éxito de un trabajo son:

- buena comunicación y relaciones entre todo el personal involucrado,
- apoyo administrativo e informático adecuado,
- apoyo para la puesta en práctica de decisiones para la consulta,
- asegurar que los pacientes están informados sobre el servicio de apoyo a la prescripción,
- garantizar que los cambios se han acordado con los médicos, y
- asegurar que se ha delegado autoridad para variar la medicación en representación de los médicos, donde corresponda.

No hay que ser demasiado ambicioso al principio. Es mucho mejor dejar que los proyectos pequeños y sencillos se desarrollen en piezas más importantes de trabajo, a medida que todos los profesionales sanitarios involucrados se sienten satisfechos con los progresos.

Si una consulta, o PCG, predice que hay un excesivo gasto de prescripción con respecto al presupuesto, hay varias “soluciones rápidas” que pueden ayudar a reducir dicho exceso (anexo 5). Hay que tener en cuenta que cuanto más a principio de año se implementen los cambios mayor será el impacto económico. No es muy probable que un cambio hacia la prescripción de genéricos en febrero o marzo produzca grandes variaciones hasta el siguiente año económico.

Los cambios rápidos en los patrones de prescripción deben estudiarse detenidamente, y considerar en cada procedimiento cual será, si lo hay, el impacto en la atención al paciente y el cumplimiento posterior de éste con la medicación. Es importante que todos los participantes estén de acuerdo con los cambios. La relación con los farmacéuticos locales de la comunidad es importante, ya que éstos deben estar informados sobre los cambios principales en la prescripción antes de su implantación. El apoyo del farmacéutico local es inapreciable porque pueden reforzar los consejos a los pacientes sobre la necesidad de cambiar la medicación y sus beneficios.

En un servicio de apoyo a la prescripción es importante evitar algunos de los conocidos factores que predicen la falta de éxito. Entre ellos se encuentran:

- no conseguir que todos los participantes y personal de la consulta estén de acuerdo con los cambios,
- acordar un cambio, pero no ponerlo en práctica después,
- no hacer un seguimiento de los cambios con los pacientes, de modo que los pacientes son reacios a aceptar los cambios,
- no involucrar a los farmacéuticos locales de la comunidad o no obtener su apoyo, y
- falta de seguimiento y mantenimiento de los cambios implantados, de tal forma que con el tiempo las cosas vuelven al estado en que se encontraban antes.

En el anexo 5 se incluye una orientación general sobre cómo realizar algunos de los servicios descritos en este documento.

Los que proporcionan alguno de los servicios esbozados en este documento pueden necesitar el acceso a las historias de los pacientes a fin de hacer recomendaciones basadas en una información completa. No obstante, los pacientes tienen derecho a la confidencialidad, y antes de compartir la información deben ser informados en términos generales sobre cómo se van a utilizar sus datos. Las guías del departamento de salud ("Protección y uso de los datos del paciente") exponen que todas las divisiones del NHS han de tener una política activa para informar a los pacientes del tipo de propósitos para los que recoge la información (incluye una nota modelo para mostrar en la consulta). Las consultas querrán asegurar que sus mecanismos para informar a los pacientes reflejan todas las modalidades de compartir la información en la consulta. Se debería recordar que todos los profesionales sanitarios tienen la obligación ética de guardar la confidencialidad de los datos de los pacientes.

APOYO CONTINUADO

Todos los que trabajen para consultas de MAP proporcionando apoyo y consejo a la prescripción necesitarán algún tipo de asistencia, que podría estar coordinada por la HA. Se debería consultar con anterioridad a las autoridades sanitarias sobre el servicio que de forma realista podrían proporcionar y la manera de hacerlo. Por ejemplo:

- Datos PACT para las consultas de medicina general con las que están trabajando.
- Otra información de la HA para la prescripción.
- Acceso a fuentes de información, por ejemplo servicios de información local de fármacos.
- Fuentes de información estándar de fármacos, por ejemplo el boletín MReC, *Drug and Therapeutics Bulletin*, y en el futuro, producciones de NICE.
- Resúmenes de revisiones terapéuticas y producciones de seminarios del Centro Nacional para la Prescripción.

- Información de la base de datos Cochrane, Centro de Revisión y Divulgación, etc.
- Educación y entrenamiento, como el proporcionado por el Centro para la Educación de Farmacia posgrado y el Centro Nacional para la prescripción.
- Ejemplos de guías desarrolladas localmente, folletos de información para pacientes, pósters, etc.
- Procesamiento de textos, hojas de cálculo, ediciones electrónicas y otro entrenamiento administrativo.
- Facilitación de redes de apoyo entre aquellos que proporcionan servicios similares.

El número de fuentes nacionales de información está aumentando en internet, por ejemplo publicaciones médicas principales, la base de datos Cochrane y los boletines CSM. Nacionalmente, las iniciativas son apoyadas además por la ejecutiva del NHS, el Centro Nacional para la prescripción y otras corporaciones.

CONTROL DE LA EFICACIA DEL SERVICIO

Parte del inicio de un nuevo servicio se define por los resultados requeridos. Una vez definidos, estos resultados necesitan controlarse para determinar si la iniciativa está alcanzando sus objetivos y si es rentable.

Hay muchas maneras de controlar la eficacia de los servicios descritos. Es importante que se elija el método al comienzo de la iniciativa, de tal forma que se pueda recoger la información requerida durante el procedimiento. Por lo general es más difícil obtener los datos retrospectivamente.

En el Cuadro 4 se muestran ejemplos de indicadores que pueden ser importantes para algunos de los servicios.

Ningún indicador da una visión global de la calidad de la prescripción, pero algunos son un punto de partida útil para controlar la prescripción en las principales áreas patológicas. Un ejemplo son los indicadores de Memphis del Departamento de salud, o los desarrollados en la región del Norte y de Yorkshire.

Cuadro 4. Ejemplos de indicadores utilizados para controlar los cambios en la prescripción.**Revisión de datos PACT**

Los datos PACT se pueden analizar para detectar los cambios en la prescripción. Las autoridades sanitarias tienen una versión electrónica de los datos PACT, llamada EPACT, que puede mostrar tendencias en la prescripción a lo largo del tiempo, compara unas consultas con otras o el promedio de la HA y representa gráficamente todos los aspectos del catálogo PACT. Esto ya se utiliza para la divulgación rutinaria, y según va surgiendo, de la información sobre prescripción para las consultas, aunque si aumentan mucho las solicitudes de información puede haber una sobrecarga de trabajo para las HA.

Prescripción por ASTRO PU

A menudo es útil buscar los gastos de prescripción por ASTRO PU para mostrar los cambios en el gasto de la prescripción. Ésta es una medida del gasto *per cápita* en la población, ponderado por la edad, el género y estado de residente temporal. Se puede utilizar para mostrar los cambios en el gasto de la prescripción a lo largo del tiempo para comparar consultas dentro de un PCG.

Fichas de medicación del paciente

La mayoría de los farmacéuticos de la comunidad almacenan información sobre los productos dispensados en una ficha informatizada de medicación del paciente (PMR). Como se puede disponer de esta información con mayor rapidez que los datos PACT, puede ser útil para mostrar los cambios en la prescripción de una consulta, suponiendo que la mayoría de las prescripciones de la consulta se dispensen en dicha farmacia.

Adherencia a un formulario

Los datos PACT pueden utilizarse también para calcular la adherencia a un formulario. Al principio, se puede calcular el porcentaje de prescripción en un área terapéutica del formulario. Posteriormente, se puede controlar el progreso en el porcentaje de adherencia objetiva.

Comparaciones entre consultas

La comparación con otras consultas, la HA, la región, o a escala nacional puede dar una idea de cómo es el desempeño de una consulta en relación con otros clínicos.

Las comparaciones con consultas control idénticas que no participan en ninguna iniciativa puede ser una forma de demostrar la eficacia de un servicio. No obstante, es difícil encontrar verdaderos controles y eliminar sesgos.

Resultados de las intervenciones planificadas

Si una consulta decide llevar a cabo una intervención concreta, por ejemplo unificar que un hospital para ancianos haga las prescripciones en ciclos de 28 días, entonces, una forma para medir el éxito puede ser simplemente el número de prescripciones solicitadas por un hospital antes del próximo lote de prescripciones.

Auditorías clínicas

Las auditorías clínicas específicas podrían mirar el número de pacientes tratados de acuerdo con las guías. Se pueden también comprobar resultados clínicos concretos, en auditorías a más largo plazo; por ejemplo una iniciativa para utilizar ácido acetilsalicílico podría mostrar finalmente mejoras en el número de infartos de miocardio mortales y no mortales, ictus, etc.

Ejemplos de indicadores estándar de prescripción*Fármacos de limitado valor clínico*

Gasto en vasodilatadores periféricos y cerebrales, descongestionantes nasales tópicos, antidiarreicos.

Preparados premium

Gasto en preparados de liberación modificada de propranolol, mononitrato de isosorbida, salbutamol, diclofenaco y otros AINE, así como combinaciones como *Frumil*®, *Moduretic*®, *Tylenol*® y *Remedeine*®.

Benzodiacepinas

Número de dosis diarias definidas para pacientes o por STAR PU.

Fuente: Indicadores de prescripción Memphis, distribuidos por la autoridad de precios para la prescripción

Los resultados cuantitativos son generalmente fáciles de medir y una manera eficaz de demostrar éxito o fracaso. No obstante, las valoraciones cualitativas de una iniciativa son igual de importantes para demostrar beneficios para el paciente, eficacia del NHS y mejoría de las condiciones de trabajo en una consulta. Las entrevistas con el personal, los pacientes y otros participantes a menudo revelan deficiencias o beneficios de una intervención que no son aparentes en una valoración cuantitativa. La visión de los MAP del éxito o del fracaso es parte esencial en el control de la eficacia de un servicio. Sin la aceptación del MAP y dueño de una iniciativa no hay probabilidad de éxito a largo plazo.

A nivel nacional hay una necesidad de coordinar la recopilación de datos sobre el impacto de las intervenciones de

apoyo a la prescripción para una futura evaluación. La investigación regional y los programas de desarrollo tienen la posibilidad de aceptar ofertas para evaluar formalmente los efectos del apoyo a la prescripción localmente.

En el Cuadro 5 se resume un ejemplo de un proyecto de apoyo a la prescripción que se está evaluando formalmente.

CALIDAD DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Se requiere que todos los profesionales sanitarios cumplan con sus propios niveles profesionales de calidad, por ejemplo el "Código de ética y nivel de calidad de la buena práctica profesional" para farmacéuticos.

Cuadro 5. Resumen de un proyecto de apoyo a la prescripción.

En 1993/4 las autoridades sanitarias de Doncaster tuvieron los costes de prescripción en medicina general por paciente más altos de todas las autoridades sanitarias del país. Las autoridades decidieron invertir en un esquema en donde los farmacéuticos trabajarían en consultas generales y apoyarían la actividad prescriptora de los MAP, con el objetivo de controlar los costes de la prescripción al mismo tiempo que se mantenía (o mejoraba) la calidad de ésta.

En esta iniciativa participaron ocho consultas y un proyecto piloto de adquisición total (otras nueve consultas). Estas consultas cubrían el 30% de la población del área de las autoridades sanitarias de Doncaster. Se seleccionaron seis farmacéuticos (5,7 WTE) para trabajar con las consultas.

Se compararon las variaciones en la prescripción global entre las consultas del proyecto y un grupo de consultas control entre el año anterior a que comenzara el proyecto (septiembre 1995 a agosto 1996) y su primer año de funcionamiento (septiembre 1996 a agosto 1997). Los hallazgos clave fueron los siguientes:

- Mientras el NIC/ASTRO PU aumentó en solo un 3,4 % en las consultas del proyecto, el aumento fue del 9,2% en las consultas control.
- Si el gasto en medicamentos de las consultas del proyecto había aumentado al mismo ritmo que sus controles, su gasto habría sido de 363,000 £ más de lo que fue en realidad.
- Los costes de inicio del primer año del proyecto fueron de 163.000 £. Por lo tanto, se estima que se consiguió un ahorro neto inicial de 200.000 £.
- La tasa de prescripción de genéricos aumentó un promedio de 4,7% en las consultas del proyecto frente a un 1,7% en las consultas control.
- Las diferencias entre las consultas del proyecto y las control en la variación de los costes de prescripción y en la prescripción de genéricos fueron estadísticamente significativas (la probabilidad de que estos hallazgos ocurrieran sólo por casualidad fue menor de 1 por 40).
- Mientras que existió un pequeño aumento en el número de productos prescritos por ASTRO PU tanto en las consultas del proyecto como en los controles, no hubo diferencias significativas entre los dos grupos de consulta.
- El porcentaje de aumento en el coste neto de los ingredientes en las consultas control (8,4%) fue similar al aumento en las diez HA más parecidas a Doncaster durante el mismo periodo de tiempo (8,5%).

El análisis de los datos de la prescripción mostró que las consultas del proyecto consiguieron ahorros relativos en las siguientes áreas:

- Sustitución de fármacos con marca por genéricos.
- Prescripción de menos fármacos de valor clínico limitado (incluyendo vasodilatadores cerebrales y periféricos y supresores del apetito).
- Prescripción de menos preparados de liberación modificada.
- Prescripción de menos benzodiacepinas.
- Control del aumento inadecuado en los costes de determinados fármacos nuevos y caros.
- Los hallazgos sugieren que las consultas control consiguieron ahorros relativos en áreas donde se pueden hacer ahorros sin detrimento de la asistencia a los pacientes. Por el contrario, han aumentado sus costes en áreas que pueden ser beneficiosas para los pacientes, por ejemplo fármacos hipolipemiantes.

Aquellos que proporcionan apoyo a la prescripción deben asegurarse de que están adecuadamente cubiertos por un seguro. La consulta no tendrá relaciones indirectas para las acciones de un consultor independiente. Los seguros existentes pueden cubrir solamente las actividades profesionales “tradicionales”. El trabajo realizado en una consulta de MAP no estará cubierto a menos que se pregunte específicamente a los aseguradores y acepten cubrir el servicio. Para la mayoría de los códigos éticos, incluidos los farmacéuticos, es un requisito disponer de un seguro de protección global apropiado.

NECESIDAD DE FORMACIÓN DE LOS QUE OFRECEN LOS SERVICIOS

Todos los profesionales que ofrecen los servicios descritos han de ser competentes para desarrollarlos. Tener la capacidad de proporcionar algunos aspectos del apoyo a la prescripción no significa necesariamente tener capacidades para proporcionar otros. Es importante evaluar qué capacidades se requieren como parte de la evaluación inicial de las necesidades de una consulta. El asesor de la HA puede con frecuencia dar su consejo.

La formación puede mejorar la calidad del asesoramiento, la uniformidad de las iniciativas, dar confianza y desarrollar una mayor concienciación de los temas clínicos. Es importante que los programas de entrenamiento se orienten hacia servicios que traten las necesidades de los prescriptores. Las consulta o los PCG que estén pensando contratar un apoyo a la prescripción deberían revisar las necesidades de entrenamiento de los que lo facilitan, tanto antes de proporcionar el servicio como un entrenamiento continuado una vez que estén trabajando en la consulta.

Muy a menudo las autoridades sanitarias organizan entrenamiento para farmacéuticos que aconsejan sobre la prescripción. No obstante, no es cierto que las autoridades sanitarias estén en situación de ofrecer dicho entrenamiento a largo plazo. El CPPE proporciona entrenamiento predefinido libre de cargo para farmacéuticos en prácticas. Cada vez más autoridades sanitarias y PCG considerarán si necesitan contratar una formación más allá de la que ofrece el CPPE o para farmacéuticos que no están en una farmacia de la comunidad. Ellos deberían contactar con sus consorcios educacionales locales, que necesitarán estar informados de este nuevo grupo profesional y considerar sus necesidades de formación.

Entre las fuentes actuales de formación se encuentran:

- Centro Nacional para la Prescripción (*National Prescribing Centre*).
- Centro para la Educación de Farmacia Posgrado (*Centre for Pharmacy Postgraduate Education*).
- Colegio de Farmacia Práctica (*College of Pharmacy Practice*) (CPP).
- Asociación de Farmacia Clínica de UK (*Clinical pharmacy Association*) (UKCPA).
- Asociación Farmacéutica Nacional (*National Pharmaceutical Association*) (NPA).

- Servicios regionales de Información de Fármacos (*Regional Drug Information Services*).
- Departamentos de farmacia de la universidad.
- Compañías de farmacia de la comunidad.
- Hospitales locales.
- Rama local de la Real Sociedad Farmacéutica de Gran Bretaña (*Royal Pharmaceutical Society of Great Britain*).
- Consultores farmacéuticos privados.
- Industria farmacéutica.

De las muchas iniciativas que ya existen de este tipo, se han identificado las siguientes necesidades de formación (ver anexo 2, pág. 61). Algunos farmacéuticos ya poseen conocimiento técnico en la mayoría de estas áreas, pero los cursos de formación específica diseñados para farmacéuticos trabajando con consultas de medicina general son inapreciables cuando se equipan de todo el conocimiento de base y de las competencias esenciales:

- Factores actuales de prescripción en la consulta de medicina general.
- Factores de niveles asistenciales.
- Sistemas de informatización de MAP y programas informáticos.
- Estructura y procedimientos de la consulta.
- Buenos sistemas de repetición de recetas y de su gestión.
- Análisis crítico, información farmacológica y evaluación de artículos clínicos.
- Análisis PACT, incluyendo el empleo de sistemas electrónicos PACT.
- Terapéutica.
- Estudios de casos clínicos e interpretación de las historias.
- Desarrollo de formularios.
- Prescripción óptima de nuevos fármacos.
- Técnicas de comunicación, presentación y conducción de reuniones.
- Capacidad de negociación e influencia, aproximación de intervención.

No es necesario tener un diploma de posgrado antes de proporcionar los servicios. No obstante, existen cursos muy útiles en oferta (ver anexo 9), que generalmente conceden un Diploma, MSc u ocasionalmente nivel PhD. No existe la acreditación nacional formal para farmacéuticos que desarrollan este ejercicio, aunque varias autoridades sanitarias han introducido esquemas de acreditación para farmacéuticos trabajando en su área. Esto tiende a basarse en asistencia a sesiones de formación más que una valoración más completa de la capacidad de desempeñar el trabajo.

RESUMEN

Aunque el apoyo a la prescripción no es un concepto nuevo, hasta ahora no se había descrito por completo la gran variedad de servicios disponible. El propósito de esta guía es hacer que los que están interesados en el apoyo a la prescripción tomen conciencia del verdadero alcance y variedad de los servicios existentes y de la forma de contratarlos. Se espera, mediante el resumen de los tipos de apoyo a la prescripción que podría ser de valor junto con las experiencias de aquellos que han participado en su desarrollo, que esta guía sea una contribución útil para la gestión de la prescripción en el nuevo NHS.

Anexo 1: Resumen de los proyectos financiados por el Departamento de Salud

En 1995, el Departamento de Salud financió diecisiete proyectos para evaluar la influencia de los farmacéuticos que proporcionan asesoramiento para la prescripción de formas distintas. Muchas HA han contado con farmacéuticos y otros profesionales de forma similar, y en el anexo 2 se describen algunas de estas iniciativas. Los nombres de contactos aparecían en algunos, pero no en todos, casos involucrados en el proyecto original, pero todos están dispuestos a dar consejo informal sobre los proyectos y temas relacionados. Los

resúmenes que aparecen se agrupan en cinco tipos de servicios de apoyo a la prescripción que describen:

- Monitorización del tratamiento farmacológico.
- Servicios para hospitales y residencias para ancianos.
- Análisis de la prescripción.
- Desarrollo de formularios.
- Prescripción en el alta hospitalaria y relación con los hospitales.

MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Revisión por parte de los farmacéuticos de la repetición de recetas. Justificación de la repetición de recetas para ancianos por los farmacéuticos de la comunidad. North West Aglia

Puntos clave

- Los farmacéuticos revisaron la medicación de los pacientes que tomaban cinco o más fármacos.
- Se siguieron el 50% de las recomendaciones acordadas.
- El procedimiento fue beneficioso en términos de asistencia individual, aunque llevó bastante tiempo.

Los clínicos identificaron a los pacientes ancianos que tomaban cinco o más fármacos. El farmacéutico de la comunidad visitó al médico y revisó la medicación basándose en las historias de los pacientes. Se discutieron las intervenciones sugeridas con el MAP de cada paciente, y después de tres meses el farmacéutico controló los resultados de las intervenciones acordadas. Los resultados se debatieron con los clínicos, junto con las formas de mejorar el sistema de repetición de recetas. Se llevó a cabo un procedimiento similar con otra cohorte de pacientes, permitiendo, mediante un consentimiento escrito del paciente, que el farmacéutico hiciera las visitas a domicilio.

Se revisaron 842 pacientes que tomaban una media de ocho medicamentos diferentes cada uno. Los hallazgos principales fueron:

- El 14% de los productos se recetaba a demanda, sin otras indicaciones.
- El 8% de los productos no contenía ningún tipo de instrucciones.
- El 13% de los productos se prescribía en cantidades inadecuadas.
- El 16% de los productos ya no era necesario.
- En aquellos casos en que el MAP había acordado alguna recomendación, sólo se seguían en algo más del 50%.

La iniciativa fue beneficiosa en términos de asistencia individual del paciente, aunque las visitas a domicilio llevaron tiempo y esfuerzo. (Para mayor información contactar con la Dra. Ruth Goldstein, Universidad de Derby).

Revisión de la firma de recetas por los farmacéuticos de la comunidad en pacientes con seis o más productos. Autoridad Sanitaria de Leicestershire

Puntos clave

- Los farmacéuticos revisaron la medicación de los pacientes que tomaban seis o más fármacos.
- El gasto farmacéutico de los pacientes incluidos en el estudio fue menor al final del estudio que al comienzo.
- La sustitución por equivalentes genéricos o la alteración de las cantidades se aceptó inmediatamente, los MAP mostraron una mayor resistencia a realizar cambios terapéuticos.

Los farmacéuticos revisaron las prescripciones de los pacientes que tomaban seis o más productos y discutieron sus recomendaciones con el MAP. Se obtuvo el consentimiento de los pacientes antes de comenzar la recogida de datos. Los clínicos llevaron a cabo las recomendaciones acordadas durante los meses siguientes. Se organizó una reunión de seguimiento a los seis meses para confirmar qué acciones previamente acordadas se habían cumplido.

El gasto farmacéutico global para los pacientes incluidos en el estudio fue inferior al final de éste. No obstante, sólo en tres consultas se alcanzó un ahorro global por paciente cuando se tomaron en cuenta los gastos del farmacéutico. La mayoría de los farmacéuticos opinó que el proyecto no fue un éxito debi-

do a la falta de compromiso de los MAP. Algunos pacientes eran reacios a dar su consentimiento, ya que temían que se les interrumpiera la medicación. Se aceptó inmediatamente la sustitución por equivalentes genéricos, o la modificación de las cantidades, pero los MAP mostraron una mayor resistencia a realizar cambios terapéuticos, culpando de ello con frecuencia al paciente. Los farmacéuticos que completaron el proyecto notificaron que ahora sus relaciones laborales con los MAP habían mejorado y existía una mayor tendencia a discutir con ellos los problemas de la medicación. (Para mayor información contactar con Joanne Charles, Asesora Farmacéutica, Autoridad Sanitaria de Leicestershire, Gwendolen Road, Leicester, LE5 4QF).

Estudio de intervención de interacción y ahorro de costes. Autoridad Sanitaria de la Isla de Wight

Puntos clave

- Se revisó en la farmacia el sistema de prescripción crónica para un posible ahorro de costes y se hicieron recomendaciones escritas al MAP.
- Se implantaron sugerencias con un ahorro de costes de 49.000 £ (20% del total de las sugerencias).
- Muchos MAP notificaron haber utilizado información específica de ahorro de costes de pacientes para aplicarla a otros en su consulta. Esto tuvo como resultado ahorros adicionales no aparentes.

Se revisó en la farmacia el sistema de prescripción crónica para estudiar las interacciones medicamentosas y el posible ahorro. Si se identificaron algunos factores se adjuntaron las recomendaciones escritas a la copia de la prescripción y se enviaron al MAP. Cuando el paciente volvía se valoraba la repetición de la receta por si se había aceptado alguna de las sugerencias.

Se implantaron sugerencias con un ahorro de 49.000 £ (20% del total de las sugerencias). Las categorías del ahorro incluyeron cambio a genéricos, marcas más baratas, modificaciones de dosis, productos que se repetían que ya no eran necesarios y cambios terapéuticos. Estos últimos tuvieron la tasa de implantación más baja.

La simple divulgación de la información en papel no tiene un gran porcentaje de éxito, por lo que se necesita un mayor contacto entre el farmacéutico y el MAP. No obstante, muchos MAP refirieron haber utilizado información específica de algunos pacientes para ahorrar costes en otros que asistían a su consulta. Esto tuvo como resultado ahorros adicionales no aparentes. Se requirió una cantidad importante de tiempo para preparar los datos y se opinó que la información enviada a los MAP era repetitiva. (Para mayor información contactar con Noel Staunton, Asesor Farmacéutico, Autoridad Sanitaria de la Isla de Wight, Whitecroft, Sandy Lane, Newport, Isle of Wight, PO30 3ED).

Prescripción crónica. Autoridad Sanitaria de South Derbyshire**Puntos clave**

- Los farmacéuticos revisaron la medicación de los pacientes que tomaban seis o más fármacos.
- Los MG estuvieron de acuerdo con el 61% de los problemas identificados por el farmacéutico y llevaron a cabo el 78% de las sugerencias.

Las consultas de medicina general seleccionaron hasta 50 pacientes que tomaban seis o más medicamentos. El farmacéutico examinó la historia clínica y la medicación prescrita. Se revisaron las recomendaciones en una reunión con los MAP, y éstos pusieron en práctica las ideas acordadas después de consultar con el paciente. El farmacéutico realizó una visita final a la consulta de los clínicos para documentar si estas ideas se habían implementado.

- El 20% de las prescripciones revisadas estaban etiquetadas como “según indicado” o “a demanda”, incluyendo un 20% de prescripciones para corticosteroides inhalados y un 22% de fármacos para el glaucoma.

- Se identificó al menos un problema en el 48% de los productos; un tercio de ellos se debía a cantidades inadecuadas o a que el fármaco ya no era necesario.
- Se aceptó el 61% de los problemas identificados por el farmacéutico y se actuó en el 78%.

(Para mayor información contactar con Helen Hulme, Asesora Farmacéutica, Sanidad de South Derbyshire, Derwent Court, Stuart Street, Derby, DE1 2FZ).

Papel de los farmacéuticos en la prescripción en la práctica general. Autoridad Sanitaria de Southampton y South West Hampshire**Puntos clave**

- Los farmacéuticos revisaron la medicación de los pacientes mayores de 75 años de edad e hicieron recomendaciones a los MAP.
- Se ahorró mediante el cambio a genéricos y una mayor concienciación de los tamaños disponibles.

La mayoría de los clínicos opinaron que la iniciativa era útil. La opinión fue que el ahorro se alcanzó gracias a la sustitución por genéricos y una mayor concienciación del tamaño de los envases. No obstante, el estudio fue demasiado pequeño para permitir un análisis numérico de los cambios en la prescripción o del ahorro de los gastos. Un grupo decidió seguir con el consejo de su farmacéutico cada 28 días.

El principal problema fue la poca comunicación entre el farmacéutico y los MAP. Los farmacéuticos participantes hallaron que la revisión de la medicación llevaba más tiempo de lo previsto, y algunos pacientes mostraban resistencia a que se les cambiara su medicación. (Para mayor información contactar con Neil Hardy, farmacéutico Asesor, Autoridad Sanitaria de Southampton y South West Hampshire, Oakley Road, Southampton, SO16 4GX).

Revisión de la prescripción crónica. Autoridad de servicios de salud familiar de Devon**Puntos clave**

- Los farmacéuticos revisaron la medicación de los pacientes de más de 60 años de edad que tomaban cinco o más fármacos.
- Se visitó a los pacientes en la consulta y se les pidió que trajeran su medicación en una “bolsa marrón”.
- Las medicinas sobrantes recogidas supusieron 6,40 £ por paciente; la extrapolación a todas las personas mayores de 60 años en Devon podría alcanzar 1,7 millones de £ en medicinas sobrantes.
- Se actuó de alguna forma en el 42% de las remisiones al MAP.

Cuatro grandes consultas que tenían un farmacéutico asociado identificaron a todos los pacientes mayores de 60 años de edad que tomaban cinco o más productos de forma repetida. Los clínicos invitaron a 100 de estos pacientes a que el farmacéutico revisara su medicación. El farmacéutico revisó la medicación utilizando un listado con los detalles y las anotaciones de la historia. Se les pidió que trajeran toda la medicación en una "bolsa marrón", la cual se incluía en la carta de citación. Se anunció la iniciativa de la consulta mediante folletos informativos y pósters. Los farmacéuticos utilizaron un formulario durante la entrevista y pudieron referir los problemas a un MAP mediante un formulario estándar.

Se recogieron medicinas por un valor de 6,40 £ por paciente; la extrapolación a todos los mayores de 60 años en Devon supondría alcanzar 1,7 millones de £ en medicinas sobrantes.

Se actuó de alguna forma en el 42% de las remisiones al MAP. Cuando se preguntó a los pacientes las razones para no tomar las medicinas, refirieron olvido, desagrado para tomar pastillas, percepción de que tomaban demasiados medicamentos, sobre todo para la hipertensión y en el alta hospitalaria, y falta de comunicación con los médicos. Los MAP opinaron que este modelo se podría extender a grupos terapéuticos específicos, por ejemplo antiulcerosos, o pacientes ingresados en hospitales para ancianos. Ellos lo percibieron como una forma excelente de tener una entrevista centrada en el paciente, mejorando la colaboración profesional y que al mismo tiempo beneficiaba al paciente. (Para mayor información contactar con Sue Taylor, gerente de proyecto, Autoridad Sanitaria de North y East Devon, Dean Clarke House, Southernhay East, Exeter, EX1 1PQ).

SERVICIOS PARA LOS HOSPITALES Y RESIDENCIAS PARA ANCIANOS

Provisión de consejo a la prescripción por farmacéuticos de la comunidad.

Prescripción en hospitales y residencias para ancianos. Autoridad Sanitaria de Northamptonshire

Puntos clave

- Los farmacéuticos de la comunidad realizaron auditorías en la prescripción de pacientes en residencias y hospitales para ancianos.
- Los médicos aceptaron un 73% de las sugerencias realizadas, pero la aceptación no siempre se siguió de una actuación.
- Si se implantasen todas las sugerencias, los ahorros estimados serían de 25.850 £ anuales para estos pacientes.

Las autoridades sanitarias contrataron a farmacéuticos para realizar auditorías sobre la prescripción para pacientes en residencias y hospitales para ancianos. La información clínica se obtuvo a partir del ordenador de la consulta y de las historias clínicas.

En el 95% de todos los productos revisados hubo algún comentario para el prescriptor. Los comentarios trataban sobre falta de indicaciones de la dosis, posibles sustituciones por

genéricos o sugerencias para monitorización bioquímica. Los médicos aceptaron el 73% de las sugerencias, aunque ello no se siguió siempre de una acción. Ellos dieron siempre una razón para los casos de desacuerdo o de no actuación. (Para más información contactar con Janet Corbett, Asesora para la Prescripción, Autoridad Sanitaria Northamptonshire, Highfield, Cliftonville Road, Northampton, NN1 5DN).

Revisión de la medicación por farmacéuticos en pacientes ancianos ingresados en Sefton. Autoridad Sanitaria de Sefton

Puntos clave

- Los farmacéuticos visitaron a los pacientes en residencias y hospitales para ancianos, y se reunieron con los MAP para discutir sus sugerencias.
- Las recomendaciones más frecuentes fueron interrumpir el fármaco (34%), variar la dosis o la frecuencia (20%) o cambiar el fármaco (14%).
- Los MAP opinaron que el proyecto aumentó su concienciación en los temas relacionados con la prescripción.

Las consultas y los farmacéuticos estaban separados geográficamente para prevenir conflictos de intereses. Se examinó a los pacientes una vez al mes durante los tres primeros meses y, posteriormente, cada tres meses. Cada farmacéutico com-

pletó una hoja con el perfil de medicación para cada paciente, y después otra con "recomendaciones". Se facilitó un cuestionario a los cuidadores para valorar los cambios en la función mental y física del paciente durante la duración del proyecto.

Sin embargo, no era lo suficientemente sensible para detectar cambios en el bienestar como resultado de la aportación de los farmacéuticos.

En los hospitales para ancianos hubo un mayor número de temas relacionados con la medicación que en las residencias geriátricas. Los más comunes fueron que un fármaco no tenía indicaciones claras o no se utilizaba de forma regular e intencionada. Las recomendaciones más frecuentes fueron:

- interrumpir el fármaco (34%) (hierro, vitaminas, laxantes, analgésicos),
- cambiar la dosis o la frecuencia (20%) (antagonistas H₂, hierro), y
- cambiar el fármaco (14%) (laxantes).

Los cambios acordados no siempre se pusieron en práctica, o la consulta del MAP hizo el cambio sin que el farmacéutico o el personal del hospital lo supieran. Una consulta opinó que el proyecto mostró la diferencia entre lo que los MAP pensaban que estaban haciendo y lo que realmente estaban haciendo.

Los farmacéuticos notificaron un mayor conocimiento clínico, del cual se sirvieron en su consulta diaria, y más confianza a la hora de valorar los datos clínicos y la comunicación con los MAP. (Para mayor información contactar con Fiona Bates, Asesora Farmacéutica, Autoridad Sanitaria de Sefton, Burlington House, Crosby Road North, Waterloo, Liverpool, L22 0QB).

ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN

Evaluación de reuniones sobre la prescripción dirigida por farmacéuticos de la comunidad. Autoridad Sanitaria de ST Helens y Knowsley

Puntos clave

- Los farmacéuticos de la comunidad se reunieron de forma regular con su consulta local de medicina general para discutir áreas terapéuticas determinadas.
- El ahorro estimado en los costes de prescripción de corticosteroides inhalados genéricos fue mayor de 26.000 £ para un proyecto con ocho farmacéuticos.
- El cambio terapéutico de fármacos antiulcerosos produjo un ahorro de 57.000 £.
- La iniciativa ha mejorado la comunicación y la coordinación de la asistencia, ha llevado a una cooperación más estrecha entre farmacéuticos y MAP, y ha logrado una prescripción más disciplinada.

Un farmacéutico colaborador proporcionó apoyo, monitorización, evaluación, entrenamiento y desarrollo, así como el suministro de información y datos de la prescripción. Los farmacéuticos de la comunidad fueron apoyados con datos centrados en la prescripción, paquetes de información terapéutica y material auxiliar. Se hizo publicidad de la iniciativa en acontecimientos locales y nacionales, y se revisaron los progresos en dos seminarios a lo largo del año.

Aproximadamente, uno de cada tres farmacéuticos de la comunidad se reunía de forma regular con una o más de sus consultas de MAP.

El ahorro estimado en los costes para la prescripción de corticosteroides inhalados genéricos fue de más de 26.000 £ para un grupo de intervención de ocho consultas de MAP, en comparación con un grupo control. El cambio terapéutico de fármacos antiulcerosos, por ejemplo cambiar de ranitidina a nizatidina o de omeprazol a lansoprazol, produjo un ahorro de 57.000 £.

Al igual que el ahorro alcanzado en varias áreas terapéuticas, otros beneficios que se derivaron de esta iniciativa fueron:

- La necesidad de prepararse para las reuniones estimuló la autoformación de farmacéuticos.

- Aumento de la confianza de los farmacéuticos de la comunidad para discutir temas relacionados con la prescripción.
- Los farmacéuticos de la comunidad racionalizarían los stocks.
- Mejor comunicación y cooperación más estrecha entre farmacéuticos y MAP, lo que mejoró la coordinación de la asistencia y produjo una prescripción más disciplinada.
- La acreditación de la PGEA fue una ventaja, los MAP opinaron que la calidad de las reuniones fue superior a otros acontecimientos locales de la PGEA.
- Concienciación por parte de los MAP del aumento del gasto en fármacos.

(Para mayor información contactar con Margaret Geoghegan, Farmacéutico Facilitado en la Autoridad Sanitaria de St. Helens y Knowsley, Cowley Hill Lane, St Helens, Merseyside, WA10 2AP).

Posibilitando que los farmacéuticos asesoren a los prescriptores. Autoridad Sanitaria de Birmingham

Puntos clave

- Los farmacéuticos visitaron las consultas para discutir la prescripción siguiendo el mismo modelo utilizado por los asesores farmacéuticos.
- Hubo algunos cambios en la prescripción en las direcciones esperadas, incluyendo un aumento en el porcentaje de genéricos, aunque cuantitativamente fueron difíciles de calcular en comparación con la gran variación de la prescripción entre las consultas.

En este proyecto se empleó un equipo de seis farmacéuticos de la comunidad para trabajar como parte del equipo prescriptor de la autoridad existente. La selección fue rigurosa, a través de una entrevista semiestructurada, un cuestionario clínico escrito y la observación de la representación simulada. Las consultas no visitadas se utilizaron como control informal.

El entrenamiento fue también riguroso y consistió en:

- Representaciones simuladas de negociaciones con los prescriptores.
- Técnicas de comunicación, negociación y capacidad de influencia.
- Actualización terapéutica utilizada específicamente para tratar las propias necesidades de formación.
- Estructura y procedimientos de la consulta general.

La selección de los farmacéuticos fue difícil tan sólo en una cadena farmacéutica al por mayor. Algunas veces los farmacéuticos fueron incapaces de conseguir que una consulta se involucrara en los objetivos discutidos, y a menudo no se acordó ninguna acción. Por lo tanto, sin medios eficaces de demostrar si esta discusión produjo cambios en la prescripción, pensaron que su papel era difícil de justificar. En ocasiones, a pesar del riguroso programa de formación, los MAP opinaron que las discusiones eran demasiado académicas. Las áreas que eran temas de discusión eran superficiales donde debido a las limitaciones del calendario del proyecto los MAP tenían más posibilidades de cambiar su prescripción. (Para mayor información contactar con Rachel Webb, Asesora Farmacéutica, ahora en la Autoridad Sanitaria de Cambridge y Huntingdon, Hillview (330), Fulbourn Hospital, Cambridge, CB1 5EF).

Efecto de la relación con el farmacéutico de la comunidad y el feedback sobre la repetición de recetas en la consulta general. Autoridad Sanitaria de East Sussex, Brighton and Hove

Parte 1: Reuniones mensuales de la consulta y formularios de remisión

Puntos clave

- Las reuniones mensuales de la consulta las facilitó el farmacéutico de la comunidad local para ayudar al desarrollo de políticas sobre la repetición de recetas, y la revisión de prescripción de genéricos y de la repetición de recetas en varias áreas terapéuticas.
- Los farmacéuticos de la comunidad revisaron todas las recetas que se repetían de forma continuada durante seis meses y completaron formularios para comunicar al MAP los cambios sugeridos.
- El aumento en el gasto de la prescripción para dispepsia y enfermedades musculoesqueléticas fue significativamente menor en el grupo de intervención que en el grupo control.
- La cantidad de los fármacos antiulcerosos prescritos aumentó significativamente menos en el grupo de intervención.

Parte 2: Esquema de incentivos de no financiadores – Trabajo conjunto con reuniones trimestrales de la consulta

Puntos clave

- El farmacéutico local organizó reuniones trimestrales para ayudar a desarrollar políticas sobre la repetición de recetas, revisar la prescripción de genéricos y el tratamiento de la dispepsia y las enfermedades musculoesqueléticas.
- El aumento en la prescripción de genéricos fue significativamente mayor en el grupo de intervención que en el grupo control.

Al final del periodo de seis meses los participantes completaron un cuestionario de actitud. Los MAP opinaron que el formulario de remisión fue útil en el 87% de los casos y se tomaron acciones en el 77%.

Hubo una tendencia hacia una contención del coste para la dispepsia y la prescripción musculoesquelética en el grupo de intervención, aunque no alcanzó significación estadística. Esto puede haberse debido al análisis de costes de la prescripción basado en los últimos datos disponibles (de julio a diciembre de 1995) en el momento de la evaluación, mientras que las reuniones trimestrales sólo habían comenzado en julio de 1995.

El trabajo conjunto como una mejora local para los aumentos de los pagos de la consulta a partir del esquema de incentivos de la prescripción es una forma de estimular la relación en la repetición de recetas entre los MAP y los farmacéuticos de la comunidad local. (Para mayor información contactar con Susan Grieve, Farmacéutica Asesora, Autoridad Sanitaria de East Sussex, Brighton y Hove. 36-38 Friars Walk, Lewes, East Sussex, BN7 2PB o Erica Barrie, 32 Abernethy Quay, Swansea Marian, Swansea, SA1 1UF).

Farmacéuticos asesores sobre la prescripción. Autoridad Sanitaria de Hertfordshire

Puntos clave

- Los farmacéuticos tuvieron reuniones trimestrales con MAP, habiendo revisado la prescripción de la consulta mediante los datos PACT.
- Todos los farmacéuticos opinaron que el trabajo del proyecto era gratificante. No se observó un beneficio significativo en los costes o en los marcadores de calidad entre las consultas control y las participantes en el proyecto.

Se seleccionaron farmacéuticos para consultas en áreas fuera de su negocio y se realizaron reuniones trimestrales con los MAP. Antes de cada reunión, el farmacéutico revisaba la prescripción de la consulta en la HA mediante los datos PACT y el PACT electrónico. Se proporcionó formación, entrenamiento en terapéutica y técnicas de comunicación. Se envió de forma regular a todos los farmacéuticos participantes boletines de información de fármacos a partir de la unidad de información

local. Se halló que algunos farmacéuticos eran más competentes en temas terapéuticos y mejores escribiendo informes que otros. Algunos MAP opinaron que ciertos datos no constituían información clave o era inadecuada. (Para más información contactar Frances Wilson, Jefe de Prescripción y Gestión de Medicamentos, Autoridad Sanitaria de West Hertfordshire, Tonman House, 63-77, Victoria Street, St Albans, Herts, AL1 3ER).

Estudio de un modelo para el desarrollo de la función de asesor para la prescripción por parte del farmacéutico de la comunidad. Autoridad Sanitaria de Wirral

Puntos clave

- Farmacéuticos de la comunidad trabajaron un día por semana en una consulta fuera de su localidad.
- La prescripción de genéricos aumentó en un 10% en el grupo del estudio y menos de un 4% en el grupo control durante el transcurso del estudio.
- El crecimiento en el gasto de fármacos antiulcerosos fue mucho menor en el grupo del estudio (7,4% de aumento en los costes) que en el grupo control (20,4% de aumento en los costes). Se observaron patrones similares para la prescripción en asma, antibióticos y AINE.
- El ahorro anual proyectado usando el último trimestre de la intervención se estimó en alrededor de 190.000 £ frente a un coste anual de 60.000 £ para el proyecto.

Seis farmacéuticos de la comunidad trabajaron un día por semana en una consulta. El asesor farmacéutico dio clases individuales mensuales, utilizando un paquete terapéutico preparado por el centro regional de información de fármacos. El farmacéutico no tenía experiencia previa. Las dos primeras semanas consistieron en una sección de introducción, donde el farmacéutico conoció a los miembros del equipo de la consulta y vio cómo funcionaba. Se discutieron las áreas terapéuticas clave con los MAP y se consideraron e implementaron en la consulta las vías más apropiadas para mejorar la prescripción.

Las sesiones mensuales de formación construyeron relaciones entre los farmacéuticos participantes. En general, los farmacéuticos establecieron buenas relaciones laborales y los MAP opinaron que se habían convertido en miembros útiles del equipo. (Para mayor información contactar con Clare Dutton, Director Farmacéutico, Autoridad Sanitaria de Wirral, 1st Floor Admin Block, St. Catherine's Hospital, Church Road, Tranmere, Wirral, L42 0LQ).

DESARROLLO DE FORMULARIOS

Proyecto de desarrollo de formularios Autoridad Sanitaria de Kensington, Chelsea y Westminster

Puntos clave

- Los farmacéuticos de la comunidad tuvieron reuniones regulares con consultas de medicina general para discutir varios temas terapéuticos y desarrollar formularios.
- En varias áreas terapéuticas las reuniones se siguieron de un aumento en el cumplimiento de las alternativas de los formularios.
- Las consultas participantes produjeron un ahorro anual proyectado de 40.000 £ en la prescripción de antibióticos y 8600 £ en la prescripción de AINE.

Los farmacéuticos participantes recibieron una amplia formación, cubriendo el análisis PACT y el desarrollo de formularios, temas clínicos en las áreas terapéuticas principales, información de fármacos, y evaluaron artículos clínicos junto con técnicas de comunicación y de capacidad de ejercer influencia. Algunos MAP opinaron que el proceso llevaba mucho tiempo, que estaba demasiado centrado en los gastos y que no tuvieron el *feedback* suficiente del farmacéutico después de la reunión. Una elevada tasa de abandono señaló la necesidad de un proceso de selección riguroso. La evaluación de la formación

mostró que los farmacéuticos tienen unas necesidades de formación diferentes y aprenden a velocidades distintas. El tiempo de dedicación del asesor farmacéutico fue necesariamente alto, para asegurar que el farmacéutico completó las visitas y cumplimentó los formularios. De forma similar, el tiempo que los farmacéuticos tuvieron que dedicar al proyecto fue más elevado de lo que habían anticipado. (Para mayor información contactar con Pauline Taylor, Asesora Farmacéutica, Autoridad Sanitaria de Kensington, Chelsea y Westminster, 50, Eastbourne Terrace, London, W2 6LX).

Farmacéuticos de la comunidad y asesoramiento en la prescripción. Autoridad Sanitaria de Leeds

Puntos clave

- Se realizaron reuniones mensuales entre farmacéuticos de la comunidad y su consulta de MAP, cada uno cubriendo una de seis áreas terapéuticas diferentes.
- Si todas las consultas de Leeds recibieran un apoyo similar estaría previsto un ahorro de 533.000 £ en comparación con 92.000 £ de costes

El liderazgo del proyecto a cargo del Colegio de Oficinas de Farmacia acreditó el entrenamiento y visitas mensuales a los farmacéuticos. Se pidió a los farmacéuticos participantes que completaran seis módulos de la serie de asesoramiento en la prescripción CPPE, incluyendo el PACT y los paquetes de desarrollo de formularios. Todas las reuniones las aprobó la PGEA. Después de las reuniones, los farmacéuticos contactaron con los prescriptores cada vez que recetaban productos que estaban fuera de la lista de fármacos que habían acordado.

Los beneficios de la relación entre una consulta de MAP y su farmacéutico local consisten en que el farmacéutico puede intervenir pocos minutos después de haber escrito la receta y antes de dispensarla, para ayudar a implementar las políticas de prescripción acordadas. Como resultado de este proyecto, muchos MAP y farmacéuticos han mantenido dichas relacio-

nes. Por ejemplo, una consulta pidió a su farmacéutico que llevase una consulta ampliada sobre técnicas inhaladoras y concordancia en los medicamentos para coincidir con la consulta de asma del centro. Otra consulta invitó a su farmacéutico a escribir el capítulo de prescripción de su plan de negocio.

Algunos empleados se mostraron en contra de incluir a farmacéuticos en el proyecto. Habría sido beneficioso la formación en técnicas de conducción de reuniones, ya que los farmacéuticos tuvieron problemas de interrupciones y digresiones durante las reuniones con los MAP. (Para mayor información contactar con Duncan Petty, Farmacéutico Asesor, Autoridad Sanitaria de Leeds, Blenheim House, West One, Duncombe Street, Leeds, LS1 4PL. Este proyecto lo llevó a cabo Adrian Kennedy, ahora en la Autoridad Sanitaria de Newcastle y North Tyneside).

Proyecto para una iniciativa de prescripción por los farmacéuticos de la comunidad. Autoridad Sanitaria de Lancashire

Puntos clave

- Se realizaron una serie de reuniones con MAP sobre prescripción dirigidas por farmacéuticos que cubrían áreas como la repetición de recetas, desarrollo de formularios, falta de equivalencia en la prescripción y prescripción de genéricos.
- Se demostró un ahorro potencial de hasta 59.000 £ al año.
- Los MAP refirieron una mejor comunicación con su farmacéutico local y opinaron que tenían una mayor concienciación de los medicamentos disponibles sin receta. También creían que la iniciativa mejoró la asistencia y que incluía la posibilidad de ahorrar dinero.

Se proporcionó a todos los farmacéuticos participantes una lista detallada de temas sugeridos con ejemplos de métodos de evaluación. Los farmacéuticos tenían que completar cursos de aprendizaje a distancia del CPPE sobre PACT, "Consejo para la prescripción: comienzo", y asistir a todos los entrenamientos internos y a las reuniones de evaluación para apoyar el proyecto.

Se realizaron 107 reuniones, en 44 se tomaron decisiones en que se podría reflejar un cambio en la política de prescripción en los datos PACT de la consulta. Los resultados preliminares indicaron que tres cuartos demostraron algún cambio en los patrones de prescripción para la consulta. Estos cambios incluían número de prescripciones, coste por prescripción, aumento en la prescripción de genéricos y cambio en los costes globales de la prescripción.

Los MAP refirieron mejor comunicación con su farmacéutico local y más conocimiento de los servicios que pueden ofrecer. Opinaron que tenían una mayor concienciación de los medicamentos que están disponibles sin receta, así como que la iniciativa mejoró la asistencia y que incluía la posibilidad de ahorrar dinero. Además, los farmacéuticos reportaron el potencial de reducir los stocks a medida que se implantaban las elecciones de los formularios, así como una mayor satisfacción profesional. (Para mayor información contactar con Malcolm Phillips, Asesor Farmacéutico, Autoridad Sanitaria de North West Lancashire, Wesham Park Hospital, Derby Road, Wesham, Nr Kirkham, Lancashire, PR4 3AL).

PRESCRIPCIÓN EN EL ALTA Y RELACIÓN CON LOS HOSPITALES

Consejo farmacéutico en el alta hospitalaria: ¿para quién es el beneficio? Autoridad Sanitaria de Rotherham

Puntos clave

- Un farmacéutico de hospital llevó a cabo una sesión inicial de orientación para el paciente antes del alta enviando un informe detallado de los medicamentos y una valoración del cumplimiento al farmacéutico de la comunidad.
- El farmacéutico de la comunidad reforzó la orientación posterior al alta hospitalaria con visitas de seguimiento. Se discutieron las intervenciones con el MAP del paciente.
- El estudio mostró una mejoría en el cumplimiento y la comprensión de la medicación en un 60%, según valoración del farmacéutico.
- El 54% de los pacientes tenía en su casa medicinas caducadas o un excedente en medicinas en comparación con lo que necesitaba.

A los pacientes se les ingresa regularmente en las plantas de geriatría por problemas relacionados con los fármacos, a pesar de estar estabilizados antes del último alta. Se determinó que esto se debía con frecuencia a la falta de cumplimiento de la medicación.

El objetivo de este estudio fue determinar si la orientación intensiva de los farmacéuticos de la comunidad a pacientes ancianos tenía algún efecto sobre el cumplimiento y la comprensión del paciente de su medicación, acaparamiento y excedente de fármacos y porcentaje de reingreso.

Los pacientes seleccionados por el personal médico propusieron a un farmacéutico de la comunidad. A los pacientes cuyo farmacéutico aceptó participar se les consideró como grupo activo, y al resto como controles. Un farmacéutico hospitalario realizó una sesión de orientación inicial antes del alta y se envió un informe detallado de las medicinas y una valoración del cumplimiento al farmacéutico de la comunidad. Una semana después del alta, el farmacéutico de la comunidad reforzó la orientación, y lo mismo posteriormente mediante visitas de seguimiento mensuales. Se discutió con el MAP del paciente cualquier intervención en el tratamiento.

Muchas intervenciones se realizaron para ayudar a que los pacientes cumplieran con su medicación, incluyendo la provisión de folletos informativos, etiquetas grandes, cintas nómicas, envases protegidos para niños y etiquetas con la hora de administración. Otras intervenciones incluyeron entrenamiento en técnicas inhaladoras y recomendación de aparatos más apropiados, eliminación de fármacos que ya no eran necesarios, suministro de otros nuevos fármacos si era preciso y modificación de la dosificación a presentaciones más adecuadas.

Entre los beneficios de esta iniciativa está una reducción de la confusión de los pacientes al eliminar el exceso de productos, un aumento en el cumplimiento debido a la orientación y la utilización de herramientas auxiliares y mejora en las relaciones laborales con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria. (Para mayor información contactar con Helen Liddell, Asesora Farmacéutica, Autoridad Sanitaria de Rotherham, 220 Badsley Moor Lane, Rotherham, South Yorkshire, S65 2QU).

Anexo 2: Resúmenes de “Prescripción de médicos de atención primaria. Desarrollo en el asesoramiento profesional”

Conferencia organizada por el Centro Nacional para la Prescripción, abril 1997

En abril de 1997, el Centro Nacional para la Prescripción organizó una conferencia para revisar los desarrollos en el apoyo profesional para la prescripción a cargo de los MAP. A continuación presentamos breves resúmenes de algunos de los puntos clave de los abstracts de los pósters y de las presentaciones de este día. Los nombres que aparecen son los de las personas que participaron en las presentaciones o que produjeron los resúmenes originales. Para obtener copia de la versión completa de cualquier resumen pueden escribir al Centro Nacional para la Prescripción.

Las iniciativas que se resumen a continuación se agrupan bajo los siguientes encabezamientos:

- Modelos de apoyo a la prescripción.
- Puesta en práctica de guías y protocolos.
- Monitorización del tratamiento con fármacos.
- Análisis de la prescripción.
- Formación.
- Miscelánea.

MODELOS DE APOYO A LA PRESCRIPCIÓN

Modelo de un farmacéutico en la consulta a tiempo completo

Sheena MacGregor, Downfield Surgery, Dundee

Puntos clave

- El farmacéutico a tiempo completo revisa el empleo de los fármacos y gestiona a los pacientes individualmente por medio de consultas específicas, revisión de la repetición de recetas y de los informes de alta hospitalaria.
- Los resultados hasta el momento incluyen la actualización regular del formulario, mayor prescripción de genéricos, puesta en práctica de las guías clínicas y recetas dentro del presupuesto asignado.
- Las consultas para el tratamiento de enfermedades han implantado una práctica basada en la evidencia con una continuidad en la asistencia mejorada y mayor satisfacción del paciente.

Al inicio, el trabajo lo realizó un farmacéutico de grado D a tiempo completo financiado por una beca de investigación de una consulta escocesa. Este puesto ha sido elevado de categoría recientemente y adquirido de la Fundación hospitalaria por la consulta financiadora.

Los resultados clave incluyeron:

- Un formulario que se actualiza regularmente, mayor prescripción de genéricos y prescripción dentro del presupuesto asignado.
- Implantación de la medicina basada en la evidencia por medio del desarrollo de protocolos de tratamiento de enfermedades.

- La consulta de anticoagulantes produjo un aumento del número de pacientes con cifras de INR dentro de los límites deseados. También mejoró la anotación de las razones para la prescripción y la duración del tratamiento.
- Como resultado de la consulta para la enfermedad digestiva alta se logró un tratamiento basado en la evidencia para todos los nuevos pacientes con dispepsia.
- Una auditoría realizada por colegas ha evaluado la consulta de dolor por neuropatía, involucrando a un anestesiista

consultor a cargo de la consulta de dolor del hospital local. Se logró una elevada calidad en la asistencia, concordante con las de la consulta del dolor del hospital al visitar a los pacientes cada dos semanas en vez de esperar cerca de 40 para una cita en el hospital.

La contratación del servicio a una categoría superior refrenda la convicción del MAP que el equipo de asistencia primaria de la consulta mejora con la presencia de un farmacéutico.

Modelo para el apoyo a la asistencia primaria del Hospital East Glamorgan

Karen Jones, Fundación East Glamorgan NHS

Puntos clave

- El éxito de la farmacia clínica del hospital se adapta a las consultas de MAP.
- La revisión de la prescripción de los inhibidores de la bomba de protones en una consulta liberó 23.259 £ anuales.
- Las guías para el tratamiento del reflujo gastroesofágico y la erradicación de *Helicobacter pylori* se desarrollaron con consultores locales.

Esta iniciativa comenzó como parte del proyecto escocés de apoyo a la prescripción. Los objetivos eran:

- promover una prescripción rentable,
- establecer y llevar consultas para INR gestionadas por farmacéuticos,
- desarrollar consultas para la revisión individual de la medicación,
- promover las opiniones de la asistencia primaria y las prioridades en el hospital, y
- aconsejar a la consulta sobre temas de HA, sobre todo los relacionados con el presupuesto farmacéutico y contactos en su nombre con las HA.

El trabajo se gestionó y coordinó a través del centro de información para fármacos del hospital, el cual por su naturaleza también actuó como centro de asesoramiento.

Los resultados fueron los siguientes: las consultas para INR se llevaron a cabo en cuatro centros de atención primaria. Los MAP opinaron que tanto ellos como sus pacientes reciben una

mejor calidad en la asistencia clínica. Se estudió a través de un cuestionario la opinión del paciente sobre el cambio en la gestión de la asistencia (el 78% opinó que el servicio fue excelente, el 17% bueno, el 93% que ahora estaban mejor informados sobre los efectos secundarios, etc.). Además de mejorar la calidad de la asistencia, la consulta interna de INR supuso un ahorro económico importante.

La influencia sobre el comité de farmacia del hospital logró que *Tylox*® no se incluyera en el formulario del hospital, y los inhaladores de fácil utilización se incluyeron y promovieron como una opción eficaz antes de considerar los inhaladores de polvo seco.

Los problemas incluyeron:

- infravaloración del tiempo,
- la logística para coordinar tiempos mutuamente convenientes para llevar las consultas y al mismo tiempo cumplir las obligaciones hospitalarias esenciales, y
- formación del personal que posibilite la provisión de un servicio de 52 semanas al año.

Influencia sobre la prescripción en asistencia primaria: colaboración entre farmacología clínica y farmacia clínica

Kay M. Wood, John C. Mucklow, Elizabeth H. Boath Departamento de gestión de medicamentos, Universidad de Keele

Puntos clave

- Dos consultas recibieron sesiones de dos medias jornadas a cargo de un farmacéutico, respaldado a su vez por el asesoramiento de un farmacólogo clínico.
- El porcentaje de pacientes con fibrilación auricular no valvular que estaban anticoagulados subió en una consulta del 24% al 57%. El seguimiento de las guías sobre el empleo de omeprazol ocurrió en el 41% de los textos, mejorando a un 58% después del año siguiente.
- La estrecha colaboración en la asistencia primaria de un farmacéutico con acceso a farmacólogos clínicos como guía y recurso puede ahorrar dinero, así como mejorar la calidad de la prescripción.

A fin de ayudar a las consultas a maximizar sus recursos y a iniciar cambios, el departamento de gestión de medicamentos desarrolló un servicio de asesoría terapéutica. Éste combinaba los conocimientos de un farmacéutico y un asesor de farmacología clínica. Había cinco objetivos principales:

- Eliminación de recetas innecesarias.
- Auditar el tratamiento de enfermedades comunes.
- Desarrollar guías clínicas y un formulario en los casos donde sea necesario.
- Actualizar el conocimiento de los médicos generales sobre el tratamiento.
- Fomentar una actitud más crítica hacia la prescripción.

Se emplearon una serie de técnicas para originar los cambios: auditorías, *feedback*, guías, establecimiento de objetivos

y formación de grupos pequeños. El farmacéutico auditó la consulta actual y en sesiones prácticas se presentaron y discutieron los resultados.

Se mostró para cada médico de la consulta el abanico de fármacos y los resultados del tratamiento, así como una copia para cada uno de los datos individuales y agregados.

El farmacólogo clínico proporcionó una actualización terapéutica sobre el tratamiento de última hora de la enfermedad y discutió los resultados de la auditoría. Los MAP decidieron entonces las modificaciones necesarias.

Durante el primer año, las dos consultas mostraron una tasa de cumplimiento del 62% y 28%, respectivamente, para lograr ahorros económicos. Una consulta halló difícil el ritmo, aunque consiguió ahorros adicionales durante el segundo año. Los MAP opinaron que era improbable lograr ahorros mayores, aunque optaron por la formación y el asesoramiento para mejorar la calidad de las recetas.

¿Por qué utilizar una iniciativa basada en una compañía independiente en el asesoramiento para la prescripción en medicina general?

C. Abdulezer, R. Anderson, P. Jones, Lorac Clinical Pharmacy Services Ltd., Cheadle, Cheshire

Puntos clave

- Se proporciona apoyo a la prescripción dirigido a MAP, consulta y HA.
- También se promueven la medicina basada en la evidencia y la prescripción rentable.
- La auditoría y los análisis de tendencia de costes en la prescripción demuestran eficacia.

Lorac son tres farmacéuticos clínicos con experiencia y con cualificación de posgrado en formación clínica y terapéutica. Los servicios se adaptan a las necesidades individuales e incluyen:

- Análisis PACT con recomendaciones de cambios.
- Revisión de la repetición de recetas en áreas terapéuticas específicas (las revisiones de recetas para enfermedad gastrointestinal han conseguido ahorros de 16.000-25.000 £ por consulta al año).
- Desarrollo de formularios e informatización asociada.
- Revisiones de repetición de recetas específicas, por ejemplo en los mayores de 75 años.

– Consultas especializadas, por ejemplo de anticoagulantes, tratamiento del dolor, erradicación de *H. pylori*.

– Asesoramiento del especialista en apósitos y dispositivos.

– Hay disponibilidad de fuentes internas de información sobre fármacos, así como conocimiento técnico con la mayoría de los sistemas informáticos. La formación se proporciona en el análisis PACT, repetición de recetas, administración de medicamentos y áreas terapéuticas específicas. Éstas se adaptan a públicos diversos, por ejemplo MAP, enfermeras, farmacéuticos, personal de hospitales para ancianos y otros.

Proyecto galés de apoyo a la prescripción (WPSP)

Clive Jones (gerente de proyecto), Dr. Karen Fitzgerald, Bro Taf Autoridad Sanitaria y Christine Vining, Farmacéutico de atención primaria

Puntos clave

- El objetivo principal del proyecto fue educar, formar y proporcionar el apoyo necesario para permitir a los farmacéuticos trabajar de forma eficaz con MAP en atención primaria, desarrollar e implementar políticas lógicas sobre la prescripción.
- Una reducción relativa en la tasa de incremento de costes de la prescripción trasladada a un ahorro de aproximadamente 1,2 millones de libras.
- Los MAP aceptan tener un farmacéutico trabajando con ellos en temas relacionados con la prescripción. Claramente, valoran este servicio y estaban preparados, en el caso de tener que financiar las consultas para adquirirlo.

La oficina del WPSP se desarrolló como un centro de asesoramiento para Gales, proporcionando:

- paquetes de instrucciones terapéuticas para los farmacéuticos del proyecto,
- material de apoyo, como gráficos de comparación de costes, folletos sobre genéricos, etc.,
- elaboración de formularios de la consulta,
- provisión y análisis de los datos sobre prescripción de la consulta de medicina general, y

- recopilación de datos y análisis en relación con los cambios en los patrones de prescripción de medicina general.

Los farmacéuticos del WPSP trabajaron con 76 de las 105 consultas en Mid Galmorgan, desarrollando formularios o actualizando los ya existentes. La segunda fase se concentró en la implementación de políticas de prescripción adaptadas para afrontar las necesidades de las consultas individuales y mejorar la racionalización y la relación coste-eficacia de sus prescripciones.

Evaluación del papel de un farmacéutico de atención primaria

Lis Bennett, Mark Pilling St. Helens, Knowsley, Autoridad sanitaria y el Grupo de compra de Kirkby

Puntos clave

- Las autoridades sanitarias de St. Helens y Knowsley emplearon a un farmacéutico de atención primaria para proporcionar apoyo para una financiación múltiple de cinco consultas de medicina general.
- Como resultado, las enfermeras locales del distrito revisaron sus formularios para apósitos, nutrición oral y productos para la incontinencia.
- El gasto de prescripción en antibióticos se redujo un 10% en comparación con el promedio de la HA.
- Este modelo parece ser estimulante y válido para alentar la participación de los farmacéuticos en el equipo de atención primaria y ofrecer una aproximación útil para maximizar la salud a partir de prescripciones seguras y rentables en una localidad.

El farmacéutico ha organizado una serie de reuniones clínicas para MAP y enfermeras del distrito con clínicos del hospital y otros especialistas. Los MAP han modificado sus prescripciones históricas, incluyendo una reducción en el gasto de prescripción antibiótica y una disminución de un 80% en la de vasodilatadores periféricos en una consulta.

Se alcanzó un acuerdo con los MAP para sustituir las prescripciones repetidas de genéricos de formulaciones de libera-

ción retardada de nifedipino y AINE orales por marcas específicas rentables. Esto ha producido un ahorro de varios miles de libras.

Mientras se espera una evaluación completa de los resultados, el proyecto ha tenido mucho éxito y los médicos en el grupo han acordado emplear al farmacéutico durante dos años más.

Resumen de dos proyectos de asistencia a la prescripción y manejo de fármacos a consulta de una persona en Southwark, South London

Beth Taylor, Gerente de farmacia y Rachel Sporton, farmacéutica, Optimum Health Services, Fundación del NHS

Puntos clave

- Un farmacéutico clínico empleado en una fundación comunitaria del NHS trabajó con una consulta de un solo médico para introducir los datos de todos los pacientes que tomaban medicación regular en el nuevo sistema informático.
- Las fichas con los datos de las recetas las revisó el farmacéutico y las solicitudes o las intervenciones recomendadas se remitieron automáticamente al prescriptor en la siguiente ocasión que el paciente asistía a la consulta.
- En un segundo proyecto, el apoyo a una consulta de un solo médico incluyó el consejo y apoyo para el personal de la consulta sobre los sistemas de repetición de recetas, sustitución por genéricos e información para los pacientes.
- A los pacientes que recibían muchas recetas repetidas los visitó el farmacéutico, incluso en el domicilio si estaba indicado.

Las áreas principales donde el apoyo del farmacéutico resultó beneficioso fueron:

- formación del personal de la consulta,
- asistencia informática de la prescripción,
- facilitar una mayor prescripción de genéricos, y

- desarrollo de recursos prácticos para la medicación por los gestores de la consulta y personal de la recepción, así como preparación de un archivo de información sobre la medicación.

Tanto las consultas como el Óptimo valoraron la flexibilidad de esta disposición, lo cual permitió al farmacéutico responder a los temas a medida que iban apareciendo.

Proyecto farmacéutico de la consulta de los Dres. Leith Mount y Cramond

Malcolm Clubb, farmacéutico de consulta, Centro del Dr. Leith Mount

Puntos clave

- Esta consulta empleó a un farmacéutico durante cuatro días a la semana.
- El proyecto se creó para estudiar los esquemas en el alta hospitalaria, revisar las repeticiones de recetas y la prescripción racional.

Esquemas de alta

Se acordó utilizar un tablón de anuncios en las consultas para anotar la información de los pacientes que habían ingresado en el hospital. La consulta informó al hospital sobre los pacientes ingresados. Se comparte la información de las historias de los MAP y las del hospital, lo que hace posible realizar historiales precisos sobre la medicación y los problemas. Cuando el paciente va a ser dado de alta, el farmacéutico le visita en la planta y acuerda hacerlo en casa durante la primera semana. Esta visita tiene como finalidad retirar toda la medicación que ya tenía el paciente y que no era necesaria o no se podía utilizar, así como para asegurarse de que entiende la medicación que toma y que le es posible contactar con una persona de la consulta, si tiene algún problema.

asegurando que se ha eliminado toda la medicación previa que no fuera adecuada. Los pacientes traen toda la medicación a la consulta, el farmacéutico la discute con el paciente y retira los fármacos que ya no son adecuados. Las revisiones también identifican la medicación que puede no ser apropiada, como los vasodilatadores periféricos.

Prescripción racional

Incluye la auditoría para la mejora del tratamiento de las enfermedades, tal como la prevención secundaria de CHD, erradicación de *H. pylori*, revisión de nuevos fármacos, mejora de la tasa de prescripción de genéricos y cambio de marcas cuando sea necesario.

Revisión de la medicación repetida

Se revisan los informes de alta para detectar errores o cambios desde el ingreso. Posteriormente, se calcula la medicación

Farmacéuticos que trabajan en consultas de medicina general donde se dispensan medicamentos

David Phizackerley y Sue Mills, Asesores farmacéuticos, Autoridad sanitaria de West Sussex

Puntos clave

- En el proyecto participaron siete farmacéuticos de la comunidad que trabajaron en consultas de dispensación voluntaria durante dos días a la semana.
- Los farmacéuticos se involucraron en muchas áreas relacionadas con la prescripción, formación del personal del dispensario y de la consulta en la prescripción (análisis PACT, revisión de formularios, temas sobre genéricos, gestión de la repetición de recetas, temas sobre hospitales para ancianos, gestión de los medicamentos de los pacientes) y auditoría de las prescripciones de la consulta.
- En todas las áreas, los MG opinaron que la aportación de los farmacéuticos fue útil para la consulta y que en el futuro se necesitaría su apoyo.

Las consultas se beneficiaron del asesoramiento directo sobre la prescripción y la experiencia de los farmacéuticos en la dispensación. El personal que dispensaba la medicación recibió entrenamiento y asistencia en los problemas relacionados con la distribución. Los farmacéuticos han desarrollado su co-

nocimiento y apreciación del trabajo en las consultas de MAP, y la HA una relación local más positiva entre las consultas de MAP y los farmacéuticos. Ha demostrado que existe un lugar para los farmacéuticos dentro las consultas que dispensan y que esta función ha sido bien recibida por los MAP.

IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS Y PROTOCOLOS

Implementación de estrategias basadas en la evidencia para el tratamiento de las enfermedades en la consulta general

Steve Fuller, Farmacéutico de Interfase, Fundación de St. Helier, Autoridad Sanitaria de Merton, Sutton y Wandsworth

Puntos clave

- En Merton, Sutton y Wandsworth un grupo multidisciplinario de asistencia primaria y secundaria ha revisado sistemáticamente los datos publicados con objeto de producir guías clínicas basadas en la evidencia.
- Como ejemplo, una enfermera asesora en insuficiencia cardíaca coordina la identificación de pacientes con esta afectación, el diagnóstico, la ecocardiografía y el comienzo y monitorización de tratamiento con inhibidores de la ECA en los candidatos.

Hay un interés creciente en el desarrollo de guías clínicas para mejorar y estandarizar la asistencia. El tema principal con las guías clínicas es que únicamente su elaboración no es suficiente para hacer modificaciones. Es importante cambiar el enfoque de la elaboración para hacer guías o protocolos integrados que abarquen la divulgación y la implementación de estrategias, haciendo una provisión para la evaluación, auditoría, *feedback* y valoración de resultados. Como ejemplo, hemos coordinado la identificación de pacientes con insuficiencia cardíaca, diagnósticos de la enfermedad, provisión de ecocardiografía y el comienzo y monitorización del tratamiento con inhibidores de la ECA en pacientes candidatos. Ello ha sido posible en las consultas gracias a una enfermera asesora en insuficiencia cardíaca, la cual:

- Visita cada consulta con el farmacéutico de la interfase para explicar las guías y su función en su puesta en práctica, después de haberlas acordado en la consulta.
- Genera una lista con todos los pacientes que reciben diuréticos de asa o tiazídicos, inhibidores de la ECA o digoxina, y aquellos con antecedentes de enfermedad coronaria o insuficiencia cardíaca.
- Revisa las historias de estos pacientes y después genera o implementa una estrategia terapéutica para cada uno.
- Inicia un tratamiento con inhibidores de la ECA en pacientes candidatos para ello.
- Coordina la monitorización regular del paciente.

Proyecto ACID (elecciones adecuadas en la dispepsia): Implementación de un consenso y de guías basadas en la evidencia en la práctica general

D. Chan, P. Patel**, L. Booth*, D. Lee***, F. Harris*, A.H. Shepherd***

**Autoridad Sanitaria del Norte y Mid-Hants, **Departamento de Gastroenterología, Royal Hampshire County Hospital,*

****Church Grange Practice, Basingstoke*

Puntos clave

- El objetivo principal de esta iniciativa fue estudiar el efecto clínico de la introducción de guías basadas en la evidencia para el tratamiento de la dispepsia en la práctica general. El objetivo secundario era establecer si un facilitador de la guía, como por ejemplo una enfermera, podría mejorar el efecto producido.
- El grupo de intervención indicó una reducción global del gasto de más de 260K £, lo cual está por encima del 9% del gasto anual de las HA en antiácidos.
- Las guías, cuando circularon únicamente por las consultas generales no tuvieron el mismo efecto que cuando se siguieron de una visita.

Las guías de consenso locales basadas en la evidencia se formularon involucrando a consultores locales en gastroenterología, MAP y el asesor médico. Todos los MAP recibieron un paquete de guías. Las guías trataron específicamente los siguientes puntos:

- Identificación de pacientes de riesgo que necesitaban endoscopia.
- Tratamiento empírico para pacientes que no eran de riesgo.
- Categorización de la dispepsia para guiar tratamientos médicos futuros.
- Estudios basados en la evidencia para las pruebas de serología de *H. pylori*.

- Indicación de endoscopia o remisión posterior al hospital.

A la mitad de las consultas se les ofreció una presentación PGEA basada en la consulta por la enfermera asesora. Se organizó una visita de seguimiento aproximadamente seis meses después.

Aunque aumentaron los gastos en antiácidos en ambos grupos, el ritmo de crecimiento en el grupo de intervención disminuyó desde la implantación de las guías. El análisis estadístico indica una reducción global del gasto de más de 260 K £, que está por encima del 9% del gasto anual de las HA en antiácidos.

Implementación de la buena práctica establecida en la prescripción de diuréticos

Saran Braybrook, Autoridad Sanitaria de Gwent

Los datos PARC (el equivalente galés al PACT) señalaron que el 24% de los pacientes a quienes se había recetado bendrofluacida estaban recibiendo dosis superiores a las recomendadas, y el 2,2% de aquellos a quienes se habían recetado diuréticos recibían combinaciones irracionales o suplementos de potasio. Se revisó la medicación junto con otra información clínica y se desarrolló un modelo para modificar la medicación del paciente en función de los métodos de trabajo de la consulta.

En el 31% de las historias, las indicaciones para las dosis altas de bendrofluacida y de los diuréticos con potasio no esta-

ban claras. La documentación y monitorización de urea y electrolitos y las mediciones de presión arterial variaban mucho entre las consultas, aunque generalmente no eran óptimas.

Este proyecto mostró la necesidad de una mayor revisión de la medicación, indicando que los sistemas actuales de la repetición de recetas parecen tratar sobre los temas de suministro más que de la necesidad de revisar las prescripciones. Fue más difícil implantar cambios en los diuréticos con potasio que en las dosis altas de bendrofluacida, indicando que quizá se necesitan modelos diferentes de cambios no sólo entre las consultas sino también para diferentes revisiones de medicación.

MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Racionalización de la firma de recetas: Trabajo conjunto entre los médicos generales y los farmacéuticos de la comunidad

Helen Hulme, Salud de Southern Derbyshire, John Wilson, NHS Executive Trent, Peter Burrill, Salud de North Derbyshire, Ruth Goldstein, Unidad de Investigación de Medicamentos, University of Derby, Derby

Puntos clave

- Los farmacéuticos de la comunidad revisaron las recetas repetidas con frecuencia en los pacientes que recibían seis o más productos.
- Se identificaron problemas en el 48% de las prescripciones revisadas. Los MAP estuvieron de acuerdo con más del 50% de las recomendaciones y pusieron en práctica casi la mitad de los cambios acordados en el tiempo permitido.
- Los problemas detectados, y en donde se ha procedido en consecuencia con mayor frecuencia, fueron las cantidades inadecuadas y los fármacos que ya no eran necesarios.

Se equiparó cuanto fue posible a los farmacéuticos de la comunidad y los MAP voluntarios según la localidad. Los farmacéuticos recibieron alguna formación inicial antes de revisar las prescripciones repetidas y los datos sobre la medicación en 50 pacientes identificados por cada consulta. El criterio de inclusión era que el paciente estuviera recibiendo seis o más productos de forma regular. Los farmacéuticos y los MAP se reunieron para discutir las recomendaciones del farmacéutico.

Una segunda reunión tres meses más tarde determinaba si se llevaban a la práctica las recomendaciones.

Entre las razones para no implantar algunas recomendaciones figuraban la falta de tiempo para ver al paciente, la presión por parte de éste y la resistencia a alterar el tratamiento que se había iniciado en el hospital. Las opiniones posteriores revelaron entusiasmo hacia el esquema y ayudaron a consolidar el lugar del farmacéutico en el equipo de asistencia primaria.

Revisión de la medicación de los pacientes en la comunidad con tratamiento farmacológico múltiple – ¿Es valiosa la aportación del farmacéutico?

K.M. Crossfield, R. Grant**, D.T. Beswick**

*Centro de información de fármacos del sur y el oeste (Bristol), **Autoridad Sanitaria de Avon*

Puntos clave

- Los farmacéuticos de la comunidad revisaron la medicación de los pacientes que tomaban seis o más fármacos.
- La mayoría de las intervenciones realizadas se relacionaron con la rentabilidad de la prescripción (14,7%), solicitudes para la monitorización y provisión de consejo farmacocinético (14,3%), y elección del fármaco (12,3%).
- Se hicieron recomendaciones en el 33,8% de los fármacos recetados. El MG no participó en el 7,2% de estos casos.
- En general, se observó una reducción en los costes si seguían el 27,4% de las intervenciones y un aumento si se seguía el 1,8%.
- Casi la mitad de los MG halló que la iniciativa era útil y citó como beneficio adicional la mejora de las relaciones con el farmacéutico de la comunidad.

Los farmacéuticos de la comunidad revisaron la medicación de los pacientes que tomaban seis o más fármacos de rutina. Después discutieron con los MAP los cambios en la pauta de tratamiento y se acordaron, registraron e implementaron las acciones acordadas.

No se determinaron los resultados de las intervenciones dentro del calendario del estudio. Por lo tanto, las intervenciones las clasificó de forma independiente el investigador en función de los resultados clínicos posibles como resultado de la acción tomada por el MAP. La mayoría de las intervenciones (57,5%) tuvieron resultados clínicos neutros, el 9,2% un resul-

tado clínico positivo y el 4,7% un resultado negativo. No se conoce el resultado del 29,4% de las intervenciones.

Se enviaron cuestionarios a los 24 MAP que participaron en el estudio, con un porcentaje de respuesta del 95,8%. La mayoría de los MAP (47,8%) opinó que la relación MAP/farmacéutico era muy útil y que uno de los beneficios principales derivados del estudio fue una mejor relación con el farmacéutico (78,3%). Esto facilita una buena base para el desarrollo de colaboraciones entre los farmacéuticos y MAP en atención primaria.

ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN

Prescripción por parte del MG: Evaluación de la influencia del farmacéutico de la comunidad

Rosalind Grant, Asesora farmacéutica; Andrew Fenton, Asesor de la prescripción; Dra. Elizabeth Robinson, Asesora médica, Autoridad Sanitaria de Avon

Puntos clave

- Se seleccionaron 15 farmacéuticos para que asesorasen a 15 consultas con costes altos, revisando los datos PACT y señalando las áreas donde se podría racionalizar la prescripción. Cuatro se retiraron antes del comienzo del esquema.
- Entre los resultados se halló un aumento en la prescripción de genéricos y reducciones globales de los costes de prescripción.

Se asignó un fármaco a una consulta para el asesoramiento de la prescripción durante diez sesiones. Se revisaron los datos PACT y señalaron aquellas áreas donde se podía racionalizar la prescripción, por ejemplo aumentando la prescripción de genéricos, reduciendo el abanico de fármacos dentro de una clase, restringiendo el empleo de productos de liberación modificada y de combinaciones y retirando productos de escaso valor clínico. Se desarrollaron formularios con cuatro consultas. Prosperaron once de quince uniones de farmacia/MAP.

Los cambios que se exponen a continuación fueron estadísticamente significativos:

- Cuatro consultas aumentaron la prescripción de genéricos por encima de los equivalentes de las autoridades.
- Una consulta logró una reducción global en el NIC/PU.
- Cinco consultas incrementaron la prescripción de genéricos por encima del equivalente de las autoridades para antiulcerosos.

- Cinco consultas aumentaron la prescripción de genéricos por encima del equivalente de las autoridades para los AINE y también mostraron una reducción significativa de los costes para este grupo.

El coste del proyecto, que incluía los costes de formación y suplencia para cubrir las reuniones con los MAP no se vio compensado por los ahorros anuales. Sin embargo, se espera que los cambios en la prescripción se mantengan de tal forma que el esquema comenzaría a autofinanciarse a partir del segundo año.

Los análisis de la prescripción en nueve de once consultas con costes elevados mostraron que los farmacéuticos pueden influir sobre los hábitos de prescripción, sobre todo en temas específicos, como la prescripción de genéricos. Los prescriptores dieron la bienvenida a la oportunidad de debatir la prescripción con farmacéuticos.

Asesoramiento en la prescripción por farmacéuticos de la comunidad

Janet M Corbett, Asesora para la prescripción, Autoridad Sanitaria de Northamptonshire

Puntos clave

- Farmacéuticos de la comunidad trabajaron con MAP en cinco consultas en Northamptonshire.
- Los farmacéuticos realizaron un análisis de la prescripción de AINE y formularon una serie de recomendaciones para prescribir estos fármacos.
- El estudio mostró que los pacientes, médicos, farmacéuticos y la autoridad sanitaria se pueden beneficiar de dichas intervenciones.

En Northamptonshire se realizan seminarios sobre prescripción dirigidos por farmacéuticos y reuniones para el desarrollo de formularios. Éstos proporcionan la oportunidad de debatir conceptos amplios sobre el tratamiento racional con fármacos con grupos de médicos de cabecera. Aunque no se puede negar que es de gran valor, no proporciona la oportunidad de debatir e influir las prescripciones para pacientes individuales.

La autoridad sanitaria empleó un grupo de cinco farmacéuticos de la comunidad en diferentes sesiones para estudiar aspectos específicos de la prescripción en la práctica general. El tema inicial escogido para la investigación fueron los AINE.

La gestión del proyecto a cargo de un farmacéutico experimentado del equipo de prescripción de la HA garantizó la co-

municación mantenida y coherente de los temas clave en prescripción.

Por lo general, se aceptó el 70% de los comentarios del farmacéutico y entre los resultados de los cambios sugeridos en las pautas de tratamiento se encontraron:

- equivalentes terapéuticos más baratos,
- aumento del consumo de genéricos,
- menor riesgo de reacciones adversas, y
- menor riesgo de interacciones medicamentosas.

Proyecto de asesoramiento a la prescripción basado en PACT

Steven Squires, Asesor farmacéutico senior, Autoridad Sanitaria de Redbridge y Waltham Forest

Puntos clave

- Farmacéuticos de la comunidad asistieron a sesiones de formación para su evaluación.
- Farmacéuticos acreditados hicieron hasta ocho presentaciones a consultas de medicina general sobre varios temas.
- Los MG, por lo general, estaban satisfechos con el asesoramiento que habían recibido y encontraron útiles las reuniones.

Once farmacéuticos de la comunidad asistieron a una serie de sesiones de formación que cubrían el análisis y la interpretación de datos PACT y se les pidió participar en un ejercicio de simulación. Éste mostró que algunos de los farmacéuticos, al mismo tiempo que eran capaces de analizar los datos PACT satisfactoriamente, tenían dificultad para comunicar sus hallazgos y recomendaciones a otros participantes del curso que actuaban en el papel de los médicos.

Como resultado, se estableció un proceso de acreditación formal. Se pidió a los farmacéuticos que presentaran un análisis sobre la prescripción a una de varias consultas de MAP

voluntarias, basado en los datos de la propia consulta. Los MAP y el farmacéutico asesor evaluaron el desempeño de los farmacéuticos.

Una vez acreditados, nueve farmacéuticos fueron asignados a consultas de MAP con ocho sesiones de una hora por consulta. En la mayoría de los casos, se desarrollaron buenas relaciones laborales entre los farmacéuticos y los MAP, y dos farmacéuticos están trabajando ahora con grupos de consultas que tienen sólo un médico, como parte de un programa educacional de iniciativa local.

Desarrollo de una prescripción rentable para una consulta de grupo con un gran exceso de gasto previsto

Ella Craig y Michael Johnstone, Pharmaforce Ltd, Uppingham

Puntos clave

- Dos farmacéuticos trabajaron en una consulta de MG para llevar a cabo un estudio detallado de la prescripción que se realizaba en ella, y para ayudar a seguir algunas de las recomendaciones principales de un análisis PACT previo y de una revisión de la prescripción.
- Se recomendaron muchos cambios en el sistema de la prescripción acordado por los socios e implantado por los farmacéuticos durante el periodo de seis semanas del estudio.
- La puesta en práctica de las recomendaciones supuso que un exceso de gasto presupuestado de 80.000 £ se convirtiera en un exceso de gasto pequeño. Se estima que para cada libra gastada en servicios farmacéuticos profesionales, la consulta ha podido ahorrar más de 5 £ sólo durante el primer año.

Las actividades principales llevadas a cabo en el estudio fueron:

- Una revisión de 50 pacientes que recibían cuatro o más productos y el acuerdo de un plan de acción para cada uno.
- Identificación de diversos puntos clave que podrían ayudar a mejorar la eficacia y rentabilidad de la operación de repetición de recetas en toda la consulta.

- Un informe final y una presentación para registrar todos los hallazgos y recomendar áreas para realizar otras acciones que han de seguirse hasta el término de la misión.

Se tuvieron en cuenta todos los temas clínicos, operativos y los relacionados con los costes, y se describieron al final del proyecto todos los pendientes para que el personal los implementase después de que el farmacéutico abandonase la consulta.

FORMACIÓN

Formación para los farmacéuticos de la comunidad que asesoran al MG

M.L. Cossey, Farmacéutico senior, Farmacia clínica y formación y D.T. Beswick, Director de información de fármacos y formación, Formación farmacéutica de South y West (Bristol)

Puntos clave

- Esta iniciativa se dirigía a diseñar y evaluar una conferencia de entrenamiento para tratar las necesidades de los farmacéuticos de la comunidad que trabajan junto con MAP en temas de prescripción.
- Este método de formación para farmacéuticos asesores de MG es útil y práctico. El interés ha sido esperanzador y la opinión posterior de los participantes muy positiva.

Las necesidades de formación se basaron en la información recibida por los farmacéuticos asesores de MAP, y en términos generales se clasificó en técnicas de comunicación y ventas y actualizaciones terapéuticas relacionadas con los análisis de datos PACT.

La sesión de formación realizada durante fin de semana incluía:

- Entrenamiento formal sobre técnicas de comunicación y ventas en forma de seminarios y sesiones de *feedback*.
- Actualizaciones terapéuticas dirigidas por farmacéuticos clínicos hospitalarios y asesores de las HA.
- Grupos de trabajo para enlazar las sesiones terapéuticas con tendencias de prescripción y análisis PACT.

Desarrollo del farmacéutico de asistencia primaria – Programa de formación

M.N. Asghar, W. Broderick, L.A. Rosier, R.A. Green, Autoridad Sanitaria de Northumberland

Puntos clave

- Este proyecto utilizó los recursos de tres autoridades sanitarias en las regiones del Northern y Yorkshire para actualizar y formar a doce farmacéuticos para proporcionar asesoría farmacéutica independiente a MAP.
- La evaluación del programa de formación fue positiva, con mejoras evidentes personales y profesionales.

Los objetivos fueron establecer un grupo de farmacéuticos de la comunidad capaces de asesorar en la prescripción a MAP y otros profesionales sanitarios, para examinar los beneficios del curso a los farmacéuticos individuales involucrados y valorar el entrenamiento facilitado con vistas a una extensión regional.

El programa cubría una amplia serie de temas, incluyendo farmacia clínica básica, técnicas de comunicación y presentación e información sobre áreas terapéuticas específicas. Se pidió a los participantes que llevaran a cabo un pequeño proyecto que se presentó en el último día del curso.

Entre las conclusiones destacaron que hay una necesidad definitiva de este tipo de entrenamiento; que proporcionó un

enfoque diferente de los que facilita la educación existente (es decir, estaba relacionado con la consulta), que fue considerado un éxito y que los seminarios de CPPE solos no son suficientes para entrenar a los farmacéuticos de la comunidad para este nuevo papel. Será esencial el desarrollo del curso y proporcionar formación continuada financiada por las HA. Este curso puede ayudar a que el farmacéutico de la comunidad se convierta en un miembro valorado del equipo de atención primaria y ayude a cambiar la mentalidad de los farmacéuticos, del “yo no puedo aconsejar en temas relacionados con la prescripción” a un “cuándo puedo empezar”.

MISCELÁNEA

Desarrollo de una estrategia conjunta entre la autoridad sanitaria de Warwickshire y la industria farmacéutica

Richard Johnson, Director de proyecto; Jane Dennis, Gerente de proyecto, Autoridad Sanitaria de Warwickshire

Puntos clave

- La industria farmacéutica es capaz de modificar con éxito los hábitos de prescripción de los MG.
- La autoridad sanitaria de Warwickshire y seis compañías farmacéuticas principales organizaron una jornada para examinar el potencial para combinar recursos de las compañías y la HA en la divulgación de mensajes acordados mutuamente para influir en las decisiones de prescripción de los MAP.
- Se ha establecido un grupo de trabajo con representación de la HA y cada una de las compañías para desarrollar un plan de acción en diferentes áreas terapéuticas.
- La estrategia se extendería también al empleo conjunto de recursos en la difusión de mensajes acordados para los prescriptores.

Éstos son muchos ejemplos de trabajos conjuntos entre compañías farmacéuticas y las HA en proyectos individuales, siendo uno frecuente la preparación de protocolos de tratamiento.

Anexo 3: Modificación de la prescripción en la consulta. Revisión de la evidencia

Sección extraída de una contribución de
Saran Braybrook, PhD, MRPharmS (8) (1996)

En el Reino Unido, para un área determinada, existe una gran variación en las prescripciones entre las HA y las consultas individuales. Esto, a pesar de que hasta el 80% de los pacientes que consultan al MAP padecen enfermedades comunes que en teoría se podrían tratar de forma estándar (9). Aunque se acepta que hay muchos factores que afectan a la prescripción, y que todos deben tenerse en cuenta cuando se discuten las variaciones, la gran variabilidad en la cantidad y opciones de los fármacos que se recetan indica que muchas prescripciones no son óptimas (9). Se ha mostrado que hay una serie de factores que influyen en el proceso de toma de decisiones en la prescripción, muchos de los cuales no se relacionan con la eficacia clínica (10-15). Debido a que pocas guías en la práctica médica se han basado en la evidencia clínica fiable y en la relación coste-eficacia, este hecho puede contribuir a la gran variabilidad de las decisiones que se toman en la prescripción (16). Por el contrario, donde ha existido información sobre la práctica eficaz, se han necesitado muchos años para que se adopte ampliamente, como lo muestra el ejemplo del tratamiento trombolítico posinfarto de miocardio (17, 18).

¿EN QUÉ CONSISTE LA PRESCRIPCIÓN RACIONAL?

La prescripción racional se describe con frecuencia como la que es “apropiada, segura, eficaz y económica” (19). Más recientemente, se ha sugerido un nuevo enfoque orientado al paciente a fin de reconocer el balance entre las compensaciones en asistencia sanitaria (20). Se han definido cuatro objetivos: maximizar la eficacia, minimizar los riesgos, reducir los costes y respetar la elección de los pacientes. Con la creciente

presión para disminuir el gasto farmacéutico, las organizaciones sanitarias necesitan cada vez más evaluar la razón de ser y la rentabilidad de los tratamientos a fin de maximizar los recursos. El advenimiento de muchos fármacos nuevos, innovadores, caros y de fármacos miméticos ha mejorado los perfiles de efectos secundarios, pero a un precio recargado, resaltando la necesidad de una política más racional en la asistencia sanitaria y en la prescripción (21-23). Con este fin, la medicina basada en la evidencia se ha convertido en una prioridad para el futuro (18).

En la actualidad, no existe un sistema que evalúe la calidad de la prescripción del MAP. A menudo se selecciona como marcador la sobreprescripción o la infraprescripción, pero ninguno es buen indicador de una prescripción adecuada (22, 24).

La mejora en la calidad de la prescripción puede comportar ahorros a corto plazo gracias a algunas iniciativas, como recetar genéricos. En otras áreas, se puede hacer una previsión del aumento del gasto farmacéutico, pero con posibles reducciones en la cuenta global de la asistencia sanitaria. Por ejemplo, en asma, el empleo de corticosteroides inhalados profilácticos puede reducir el número de ingresos hospitalarios por urgencias (9, 25, 26).

El tratamiento farmacológico es la forma terapéutica más frecuente en atención primaria, y se estima que el 60% a 75% de los pacientes que consultan a su MAP reciben una receta (27, 28). Aunque la prescripción es una parte importante de la asistencia primaria, se ha descrito con frecuencia como innecesaria y poco económica (9). La repetición de recetas se ha señalado como un problema concreto (29, 30): en el 66% de las recetas repetidas no hay un contacto directo entre el médico y el paciente (9). Se ha señalado la necesidad de una mayor cooperación entre los farmacéuticos de la comunidad y los MAP para racionalizar la utilización de fármacos (9, 22, 29, 31-33).

ASESORES EN PRESCRIPCIÓN

La introducción del sistema indicativo de prescripción incluía un papel de la autoridad en el asesoramiento profesional en la prescripción (28). Esto ha evolucionado en muchas autoridades con equipos de asesoría para la prescripción que incluían personal médico y farmacéutico. Aunque se ha considerado que el trabajo de los asesores profesionales es esencial para promover el empleo racional y rentable de los medicamentos recetados (9, 22, 24) no se ha evaluado bien su impacto en las pautas de prescripción en el Reino Unido (34-36). La función de los asesores varía mucho entre las autoridades, incluyendo visitas a la consulta, facilitación de reuniones educativas, producción de folletos locales o combinaciones de éstos y otros enfoques (9). Sigue sin estar claro cuáles son los métodos más eficaces para modificar la prescripción.

La industria farmacéutica gasta aproximadamente 10.000 £ por MAP al año en marketing (37). Por el contrario, las HA se enfrentan a limitaciones graves de la cantidad de tiempo y recursos que pueden dedicar a la prescripción. Se ha estimado que el NHS se gasta anualmente 500 £ por MAP en la impartición de información farmacéutica, incluyendo la provisión de asesores profesionales (37).

CAMBIO EN LOS HÁBITOS DE PRESCRIPCIÓN

¿Intervenciones eficaces en la prescripción?

La promoción de la prescripción racional concierne a temas de calidad y coste. La imposición de restricciones fiscales puede producir cambios a alternativas no restringidas, pero igualmente inadecuadas (38-40). Por el contrario, las estrategias educativas han alterado con frecuencia los hábitos de prescripción en beneficio de la calidad y el coste de los tratamientos (41-44).

Numerosos estudios de intervención han intentado mejorar la prescripción, pero la mayoría no han sido bien evaluados (27, 45, 46). La evidencia acumulada indica que la combinación de estrategias puede ser muy eficaz, incluyendo los métodos activos y pasivos de divulgación de la información. Se ha sugerido la utilidad de emplear material impreso, los programas educativos cara a cara, conferencias para grupos pequeños, el *feedback* de la prescripción con discusiones en grupo con colegas y el *feedback* de líderes de opinión (27, 45, 46). Davis y cols. publicaron una revisión de la literatura (47) sobre la eficacia de las estrategias diseñadas para modificar el desempeño de los médicos y los resultados en la asistencia. Concluyeron que los métodos educativos utilizados habitualmente, como las conferencias, tienen poco impacto en mejorar la práctica profesional. Son más eficaces las intervenciones sistemáticas basadas en la consulta y las visitas ampliadas que incluyen detalles académicos.

Farmacéuticos de la comunidad como asesores en la prescripción

Muchos estudios han mostrado el posible papel de los farmacéuticos para racionalizar la prescripción tanto en asistencia primaria como secundaria (48-51). Los farmacéuticos hospitalarios han tendido a liderar los consejos para la prescripción en atención primaria (36, 52, 53), aunque programas más recientes han contado con los farmacéuticos de la comunidad (30, 54, 55).

Auditoría de la prescripción

La auditoría médica se define como el análisis crítico, sistemático de la calidad de la asistencia médica, incluyendo los procedimientos utilizados para el diagnóstico y el tratamiento, el empleo de recursos y los resultados y la calidad de vida para el paciente (56). Las revisiones de la prescripción o auditorías son herramientas inestimables para ayudar a promover la prescripción racional (34, 36, 57, 58). Los datos PACT son una fuente fácilmente disponible para analizar la prescripción. Además, la recogida de datos basados en la consulta puede proporcionar más información centrada en el paciente, por ejemplo, consumo de muchos fármacos enlazado con las historias clínicas. Aunque los farmacéuticos tienen una función cada vez más reconocida en el desarrollo de auditorías en la prescripción, deben seguir identificando, realizando y evaluando dichas intervenciones en un esfuerzo por promover la mejora en la asistencia para el paciente (59).

Otros estudios

Se ha demostrado que las visitas detalladas influyen de forma eficaz en la prescripción. Se ha sometido a numerosos fármacos a programas de intervención para intentar modificar los hábitos en la prescripción. Dichos fármacos incluían antibióticos (35, 48, 60-64), AINE (36, 49, 65), diuréticos (50), vasodilatadores (48, 66), agentes hipolipemiantes (67), ansiolíticos (68-70) y objetivos más específicos, como las dosis de allopurinol (71).

Los enfoques activos han tenido sistemáticamente más éxito que los pasivos. Los predictores de los programas activos eficaces tenían a menudo las siguientes características: repetición, refuerzo, brevedad, suministro de alternativas y empleo de grupos concretos para establecer resistencia a los cambios (27, 72). Tomar como objetivo los grandes consumidores de fármacos concretos ha producido cambios significativos en el consumo, y también ha mostrado que dichos prescriptores no muestran resistencia al cambio (48, 73). Cada vez más la evidencia apunta hacia un uso de combinación de actividades para influir en la prescripción. Hasta la fecha ha habido poco

trabajo para establecer la relación coste-eficacia de enfoques individuales (41, 42, 44) o el empleo de visitas en combinación con otras estrategias, como boletines (48, 62, 74).

El empleo de boletines puede cambiar el conocimiento o las actitudes de los prescriptores, aunque influyen poco a la hora de la prescripción (27, 74). Sin embargo, se ha señalado que no deberían descartarse, ya que se podrían alcanzar efectos pequeños, no significativos, y tienen un coste de producción relativamente bajo (41, 74). En vista del potencial creciente para incluir información de la consulta o información específica local en los boletines, dicha estrategia podría ser parte útil de un plan general para hacer eficaces los cambios dentro de un área de salud.

Un número de programas de intervención ha demostrado que una serie de áreas terapéuticas pueden ser objeto de dichos programas (35, 36, 42, 65, 75). El término "visita ampliada" se utiliza para describir una visita personal llevada a cabo por un profesional entrenado dirigida a un profesional sanitario en su propio lugar de trabajo; por ejemplo un asesor farmacéutico que visita a un MAP en su propia consulta (35, 36). Dichos programas han influido en temas simples, como la sustitución por genéricos y la reducción del consumo de fármacos inapropiados o menos seguros. No obstante, temas más complejos pueden requerir programas continuados con un *feedback* en la prescripción en coordinación con otras estrategias para producir cambios. Puede haber un límite para la información que se discute en visitas cara a cara o en programas extensos (74). La amplitud de un enfoque educacional para proporcionar *feedback* puede conferir ciertas ventajas sobre un enfoque conciso. Por ejemplo, fomentar la aplicación de un enfoque racional para la prescripción en general en vez de concentrarse en dos o tres productos podría tener una mayor profundidad y un efecto persistente. Quizá, más importante, una revisión o el refuerzo continuado son prerrequisitos importantes para la mayoría de los programas para que se mantengan las modificaciones una vez implementadas (52, 58, 73, 76).

También puede que deban tratarse otros factores, como las estrategias de marketing de la industria farmacéutica, las expectativas de los pacientes y su educación para que algunas intervenciones tengan éxito. Igualmente, se deberían captar más profesionales sanitarios a fin de acelerar el cambio, como la participación de enfermeras en consultas de asma en atención primaria y personal auxiliar de medicina general para la repetición de recetas. Este es un campo que la industria farmacéutica ya ha explotado.

Cada vez se fomenta y se valora más el papel del farmacéutico como asesor para la prescripción dentro del equipo de atención primaria (35, 36, 54, 55). Otros países ya han aprobado la contratación de farmacéuticos para mejorar la prescripción racional y la calidad de la asistencia a los pacientes (32, 43, 77).

La auditoría médica se ha expandido hasta abarcar la auditoría multidisciplinaria (78). Esto aumenta las oportunidades de que los farmacéuticos participen en auditoría para la prescripción en la práctica general. Muchos estudios sobre pres-

cripción dirigidos por farmacéuticos han explorado ya estas nuevas vías a través de la revisión de casos (30, 50). La revisión de casos permite el trazado de la evolución de los pacientes más que el cambio de la prescripción según la consulta. La evolución del paciente se está convirtiendo en un marcador importante del cambio y debería incluirse en futuros estudios de intervención para influir los hábitos de prescripción (21).

Futuros estudios

Los resultados de la literatura indican que los programas eficaces tienen más posibilidades de producir visitas breves, pero repetidas (73). Soumerai mostró que las visitas de larga duración, al contrario que las repetidas, no comportaban un aumento proporcionado de modificaciones en la prescripción (73). Sin embargo, habría que seguir investigando la combinación de estos enfoques junto a las estrategias activas y pasivas utilizadas en este estudio.

Se sabe que los factores que modifican la prescripción son multifactoriales. La mayoría de los cambios planificados en los diversos estudios realizados fueron conceptos bien establecidos que produjeron cambios acelerados en los grupos de intervención, en comparación con otros menos marcados en los grupos de referencia. Muchos estudios previos no han utilizado controles aleatorizados y tienen unos resultados inciertos cuando se comparan métodos diferentes para modificar la prescripción (46, 72). No resistiendo las dificultades inherentes parecería que los estudios futuros sobre modificaciones en la prescripción deben emplear controles aleatorizados para controlar los cambios.

Son necesarios más estudios para evaluar cuáles son los métodos más rentables para influir los hábitos de prescripción de los MAP (9, 46, 72, 79). Con una restricción creciente de los recursos sanitarios, es cada vez más importante minimizar los aspectos económicos y clínicos de la prescripción inapropiada, así como la necesidad de agregar los resultados y los estudios explicados anteriormente.

Una revisión reciente en el *British Journal of General Practice* concluyó que para que los cambios tuvieran éxito es necesario que el grupo diana que constituyen los clínicos tengan el conocimiento, las habilidades y la motivación necesarias para aprobar una práctica. Además, es importante que las condiciones prácticas y de organización hagan posible los nuevos hábitos y que los colegas, los pacientes y otros los acepten. Las intervenciones para inducir cambios deberían centrarse en la eliminación de estas barreras, apoyar el proceso de cambio y consolidar la nueva práctica. Esta revisión demuestra la eficacia de una combinación de transferencia de información y aprendizaje a través del apoyo de la dirección, como pueden ser los recordatorios regulares o el *feedback*. La transferencia de información siempre es necesaria en algún momento en el proceso de implantar los cambios, aunque generalmente se necesitan más intervenciones para alcanzar cambios reales en las rutinas de la consulta por parte de los clínicos (80).

Lipton y cols. describen cómo la literatura científica conductual indica los principios importantes derivados del aprendizaje adulto, y las teorías de comunicación persuasivas apoyan las intervenciones de los farmacéuticos. Estas intervenciones se diseñaron para mejorar las prácticas de prescripción y el cumplimiento con el tratamiento por parte de los pacientes (81). Estas teorías sugieren que es probable modificar el comportamiento cuando el agente del cambio:

- Tiene credibilidad, como por ejemplo un consultor experto, es decir, es una fuente respetada y con autoridad de información actualizada y no sesgada.
- Puede presentar ambas posturas en temas controvertidos.
- Puede proporcionar la participación en el aprendizaje activo bidireccional mediante la interacción.
- Puede sugerir hábitos alternativos.

- Puede mantener el aprendizaje mediante la repetición y el refuerzo y reducir la probabilidad de errores por descuido.

Muchos farmacéuticos reúnen los criterios anteriores para producir cambios, teniendo la posibilidad de mejorar las decisiones en la prescripción y el acuerdo de los pacientes con la medicación. Los farmacéuticos son fuentes fiables de información sobre fármacos, y tienen la oportunidad de discutir los problemas de las terapias medicamentosas directamente con los médicos y los pacientes, así como sugerir conductas alternativas. Mediante la disponibilidad continuada, los farmacéuticos pueden corregir carencias de conocimiento y errores debidos al descuido y proporcionar información individualizada en relación con problemas específicos.

Por lo tanto, este documento informativo es oportuno al describir varias intervenciones en la prescripción que han demostrado, cuando se implementan de forma eficaz, modificar y mejorar la práctica clínica mediante un empleo más eficiente y eficaz de los fármacos y otros recursos del NHS.

Anexo 4:

Plan de asistencia farmacéutica

Se debería incluir la siguiente lista de control de información en cualquier protocolo o documento proforma para preparar una historia de la medicación o un plan de asistencia farmacéutica.

Datos del paciente

Nombre
Dirección
Fecha de nacimiento
Viviendas vigiladas para ancianos o minusválidos/residencias geriátricas/hospitales para ancianos
Nombre del médico de cabecera
Nombre y dirección del farmacéutico de la comunidad

Datos de la medicación

Medicación actual prescrita (incluir nombres comerciales para ciertos fármacos, por ejemplo preparados M/R de teofilina, litio, etc.)
Indicaciones para la prescripción de cada fármaco
Consumo actual de medicinas sin receta
Cambios recientes en la medicación y razón de ellos
Reacciones adversas conocidas a los fármacos
Otros factores que afecten la medicación
Problemas específicos para la monitorización y razones

Circunstancias domiciliarias

¿Quién es la persona principal que lo cuida?
¿Hay otros cuidadores disponibles?
¿Se conoce la existencia de asistentes sociales?
Necesidad de orientación especial
Necesidad de ayuda con la administración. Por ejemplo ¿puede el paciente manejar los envases con ampollas?
¿Hay necesidad de envases protegidos frente a niños, frascos grandes de pastillas, etiquetas grandes o especiales?
Necesidad de ayuda con el cumplimiento ¿se necesita un dispositivo como recordatorio de la medicación? En caso afirmativo ¿de qué tipo? ¿Quién es la persona responsable de mantener dicho dispositivo? Si es el farmacéutico ¿con cuántos días de antelación necesita la receta? ¿Cada cuántos días hay que actualizarlo? ¿Hay pastillas de sobra guardadas en frascos convencionales en casa?
Necesidades especiales relacionadas con la vista, habilidad o movilidad
¿Quién y cómo pide las recetas repetidas?
¿Quién recoge las recetas repetidas que se firman en el centro de salud?
¿Quién recoge las medicinas de la farmacia?
¿Otros comentarios en relación con la medicación?

(de CPPE "Transferencia de la asistencia" paquete de educación a distancia)

Anexo 5: Servicios de apoyo a la prescripción

A continuación se muestran modelos y procedimientos que los profesionales que ofrecen apoyo a la prescripción podrían adoptar como punto de partida. Están referidos en el cuerpo principal del documento y podrían formar la base del desarrollo de dicho trabajo cuando se llevan a cabo en una consulta de MAP o PCG.

REVISIÓN DE PACIENTES QUE TOMAN VARIOS FÁRMACOS DISTINTOS

- Acordar un protocolo para el proceso de revisión de medicación. Decidir cuántos pacientes se seleccionarán para la revisión y su mecanismo (por ejemplo entrevista con pacientes en el centro de salud o en la farmacia, por teléfono, etc.), los medios de registro de las intervenciones y recomendaciones, el proceso de puesta en práctica de los cambios acordados, y un sistema para auditar los progresos.
- Identificar a los pacientes candidatos para la revisión, según la definición de los criterios incluidos en el protocolo.
- Preparar un perfil de los pacientes a partir de las fichas del ordenador y las notas de las historias. Incluir la historia clínica, tratamiento farmacológico actual y previo, investigaciones de interés y monitorización en la consulta y el hospital.
- Determinar para cada paciente los fármacos que está tomando y la dosis. Evaluar si la terapia es adecuada (tanto la indicación como la presentación), eficacia, efectos adversos o contraindicaciones, conocimiento que tiene el paciente de su medicación y su cumplimiento, y si es adecuado el cambio a genéricos o a otra terapia.
- Elaborar un plan de asistencia para incluir problemas reales y posibles relacionados con la medicación. Para ello se deben considerar los factores que se muestran en el Cuadro 1.
- Hacer recomendaciones o referir al MAP del paciente para un acuerdo antes de implementar los cambios.
- Acordar un método de actualización de historias.
- Acordar un método de monitorización de la evolución clínica.
- Establecer un sistema de auditoría de los progresos de revisión de la medicación.

Cuadro 1. Factores a considerar en la identificación de los problemas reales y posibles relacionados con los medicamentos.

- ¿Existe una indicación para cada fármaco sin duplicación innecesaria?
- ¿Existe una indicación no tratada que pueda requerir tratamiento?
- ¿Es apropiada la elección terapéutica para cada indicación?
- ¿Existen interacciones medicamentosas o contraindicaciones?
- ¿Son adecuados la dosis y el esquema de dosificación según los datos científicos actuales?
- ¿Es la presentación adecuada?
- ¿Sabe el paciente para qué sirve la medicación y es capaz de cumplir con la pauta?
- ¿Hay pruebas de eficacia?
- ¿Se han registrado los efectos secundarios en la historia o los ha comunicado el paciente?
- ¿Hay evidencia de una revisión clínica por parte del MAP para confirmar que aún se necesita el tratamiento?

Fuente: Farmacia clínica en la comunidad y atención primaria, 1997 SCPPE

PROTOCOLOS PARA LAS CONSULTAS DE TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES

Los protocolos para las consultas específicas del centro de salud tienen que estar meticulosamente redactados para garantizar la cobertura de todas las eventualidades y que estén claras las líneas de responsabilidad. No obstante, éstas variarán en función del objetivo de la clínica. Por ejemplo, un protocolo para una consulta de anticoagulantes puede incluir las secciones que se exponen en el Cuadro 2.

AUDITORÍA DE LA PRESCRIPCIÓN

- Identificar el área que ha de auditarse y acordar la calidad del trabajo. Cuando esto implique una enfermedad que tam-

Cuadro 2. Protocolo para una consulta de anticoagulantes.

- Propósito de la consulta.
- Objetivos de la consulta.
- Cómo, por qué y cuándo se derivan los pacientes a la consulta.
- El marco de la clínica, por ejemplo quién entrevistará al paciente, cómo se cambian las dosis de los anticoagulantes, qué debería cubrir una orientación al paciente, etc.
- Cada cuanto tiempo han de acudir los pacientes a revisión.
- Qué ocurre si el paciente no acude.
- Cuándo deberían derivarse los pacientes para asesoría médica.
- Qué documentación se utilizará y completará y con qué formatos.
- Control de calidad del equipo utilizado.

(De: *Sheena McGregor, farmacéutico clínico, Centro de salud de Downfield, Dundee*)

bién se pueda tratar en el hospital, merece la pena consultar las guías hospitalarias locales o las guías de la HA.

- Acordar el método que se va a utilizar para identificar a los pacientes. Por ejemplo, una auditoría de un área de prescripción gastrointestinal puede incluir pacientes con dispepsia, al igual que pacientes a los cuales se repiten recetas crónicas sin tener un diagnóstico definitivo. En ambos casos habrá que hacer una revisión sistemática por ordenador, pero la estrategia de búsqueda puede ser diferente. Hay que recordar que la información que sale del ordenador sólo será igual de buena que la que se ha introducido antes.
- Tras identificar a los pacientes se revisará el área acordada de prescripción. La consulta necesita decidir si a los pacientes los visitará el profesional que lleva a cabo la auditoría o el MAP.
- A cada paciente se le debería revisar su tratamiento farmacológico, teniendo en cuenta los grados de calidad acordados. Si se considera apropiada la implantación de estándares acordados deberían implementarse los cambios.
- Tras la puesta en práctica habría que considerar la planificación para futuras auditorías y revisiones subsiguientes.
- Una parte esencial de la revisión es el análisis del impacto de la auditoría. Esto incluirá la identificación de los pacientes revisados en los cuales no se han incorporado cambios, pacientes que no han sido visitados, y el impacto sobre los datos de la prescripción.

ANÁLISIS DE DATOS PACT

La PPA proporciona impresos donde se pueden solicitar datos PACT. Alternativamente, la consulta puede escribir al PPA, con las especificaciones que aparecen en el Cuadro 3.

Los datos PACT se pueden solicitar a:

PACT Requests
Prescription Pricing Authority
PO box 1YG
Newcastle-upon-Tyne
NE99 1YG
Tel: 0191 203 5050

- Llevar a cabo una revisión completa del área terapéutica elegida. Las recomendaciones para hacer cambios pueden incluir:
 - Cambio por genéricos donde corresponda.
 - Cambio terapéutico, por ejemplo cambia a un antagonista de los receptores H₂ diferente.
 - Cambio en la duración del tratamiento, por ejemplo cinco días con antibióticos en lugar de siete, en algunos casos.
 - Mayor empleo de los esteroides inhalados en lugar de los broncodilatadores para el asma.
 - Reducir la cantidad en los medicamentos suministrados a demanda, por ejemplo Siple Linctus 300 ml – Simple Linctus 100 ml.
 - Mayor utilización de estatinas en línea con las pruebas documentadas y guías actuales.
 - Reducir el número de dispositivos prescritos, por ejemplo las bolsas de drenaje deberían utilizarse durante cinco a siete días, aunque a menudo se suministran en cantidades mayores y se cambian cada día.
- Preparar un informe con las recomendaciones para presentar en una reunión a MAP y otros miembros significativos del equipo de la consulta, por ejemplo enfermeras. La presentación deberían incluir:
 - La justificación de cada recomendación.

Cuadro 3. Especificaciones para la consulta en el momento de escribir al PPA.

- Los datos PACT requeridos, es decir, un informe estándar o catálogo.
- El periodo de tiempo precisado (un mes o más).
- La dirección de la consulta y el nombre del médico de mayor experiencia.
- Si los datos corresponden a toda la consulta o a un MAP concreto.
- Qué capítulos de BNF se incluyen (o todos).
- Para la consulta donde se despachan medicamentos, si se requieren los datos de la prescripción, los datos de dispensación, o todos los datos.
- Si el requerimiento es repetido, por ejemplo la consulta desea recibir datos trimestrales de forma regular.

Cuadro 4. Consejos para la eficacia de las intervenciones.

- Organizar reuniones personales con los MG y establecer relaciones con el personal de la consulta, así como confianza y credibilidad.
- Es esencial una buena preparación.
- Las recomendaciones claras y selectivas deberían estar apoyadas por datos prácticos probados.
- Preparar previamente las áreas que se van a discutir en las reuniones; probar con algún miembro de la consulta.
- Emplear ejemplos concretos de prescripción en la consulta.
- Realizar las reuniones dentro del tiempo previsto.
- Asegurarse de que asisten las personas clave, por ejemplo recordándoselo el día anterior.
- Permitir tiempo suficiente en la reunión para cubrir los puntos de la agenda y dejar tiempo para la discusión.
- Identificar el ahorro cuando sea apropiado.
- Limitar la información a una simple hoja.
- Ofrecer la posibilidad de realizar los cambios, por ejemplo al ordenador de la consulta la prescripción de los pacientes.
- Pedir a los médicos que tomen decisiones del tipo sí/no.
- Cuando se escriba a los pacientes pedir a los médicos que revisen las cartas.
- Hacer auditorías de seguimiento para confirmar que las acciones acordadas se han implementado y se mantienen.
- Seguimiento personal de los temas en reuniones futuras.
- Establecer relaciones con otros miembros del equipo de atención primaria.

(Basado en una tabla tomada de la guía para la auditoría de la prescripción en atención primaria de la Comisión de Auditoría, enero 1998)

- Comparación de costes entre fármacos diferentes donde se ha recomendado un cambio; los costes se deberían tomar de la última versión del MIMS, Drug Tariff, etc.
- Ahorro potencial cuando una recomendación vaya a producir una reducción en los gastos.
- Beneficios que el cambio supone para el paciente, en los casos donde sea relevante.
- Referencia a cualquier prueba que apoye una recomendación.
- Asegurar que las decisiones se toman en las reuniones de la consulta y que se documentan.
- Preparar un informe tras las reuniones, detallando los resultados de la reunión y el plan de acción acordado. Comunicar esto a todo el personal correspondiente.

- Controlar la puesta en práctica del plan de acción y proporcionar un *feedback* regular a los MAP sobre los progresos.
- En una reunión posterior, informar sobre los resultados de las acciones que se hayan tomado, las razones por las que no se han realizado y los problemas hallados durante su implementación.

En el Cuadro 4 se exponen algunos consejos para aquellos que proporcionen un servicio de apoyo a la prescripción.

REVISIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE GENÉRICOS

- Realizar un análisis detallado del catálogo PACT de la consulta buscando áreas para implantar un posible cambio a genéricos. El informe estándar PACT puede ser útil para identificar alguna de estas áreas. La Tabla 1 muestra un ejemplo de cambio a genéricos que hubiera producido los mayores beneficios económicos en una HA basándose en la diferencia de precio y volumen de la prescripción.
- Ordenar los cambios de genéricos a fin de facilitar el cambio y que pueda influir en los presupuestos de la prescripción.
- Comprobar el BNF para la prescripción de genéricos de fármacos concretos. Tenga en cuenta los argumentos a favor y en contra de la prescripción de genéricos (ver el boletín MEREc vol. 7, No. 10).
- Acordar un plan de acción que incluya:

Tabla 1. Cambios máximos a genéricos.

Marca	Genérico
<i>Becloforte Inhalador®</i>	Beclometasona 250 µg inhalador
<i>Becotide Inhalador®</i>	Beclometasona inhalador
<i>Ventolin Inhalador®</i>	Salbutamol inhalador
<i>Tenoretic Comprimidos®</i>	Cotendona comprimidos
<i>Tagamet Comprimidos®</i>	Cimetidina comprimidos
<i>Intal inhalador®</i>	Cromoglicato sódico inhalador
<i>Tenormin Comprimidos®</i>	Atenolol comprimidos
<i>Modecate Inyección®</i>	Flufenazina decanoato inyección
<i>Nolvadex D Comprimidos®</i>	Tamoxifeno comprimidos
<i>Zyloric Comprimidos®</i>	Alopurinol comprimidos
<i>Minocin Comprimidos®</i>	Minociclina comprimidos
<i>Amoxil Cápsulas®</i>	Amoxicilina cápsulas
<i>Colofac Comprimidos®</i>	Mebeverina comprimidos
<i>Daonil Comprimidos®</i>	Glibenclamida comprimidos
<i>Floxapen Cápsulas®</i>	Fucloxacilina cápsulas
<i>Imuran Comprimidos®</i>	Azatioprina comprimidos
<i>Volterol EC Comprimidos®</i>	Diclofenaco EC comprimidos

A partir de información proporcionada por la autoridad que fija los precios para el periodo de enero a diciembre de 1997. Consultas individuales o otras HA pueden tener una lista ligeramente distinta.

- ¿Cómo se van a hacer los cambios en los pacientes? ¿Qué información escrita se les va a facilitar y a través de quién?
- ¿Cómo se van a comunicar las decisiones a los pacientes?
- ¿Que pasará con los pacientes que no pueden “tolerar” los genéricos?
- ¿Quién va a discutir los cambios con el personal de la consulta? ¿Qué formación adicional se necesita?
- ¿Se ha contactado con el farmacéutico de la comunidad con tiempo suficiente para informarle de los cambios en los hábitos de prescripción y para que ajusten los stocks?
- Considerar cómo auditar el cambio a la prescripción de genéricos de forma regular, por ejemplo los datos PACT, cuestionario de pacientes.
- Discutir los procesos del cambio con la consulta, señalando los problemas que se han hallado y los beneficios observados.

DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DEL FORMULARIO

- Llevar a cabo un análisis detallado del catálogo de prescripción PACT de la consulta, sobre todo para buscar áreas de duplicación terapéutica o posible racionalización.
- Ordenar cada grupo terapéutico principal en función de la posibilidad de realizar modificaciones en los hábitos de prescripción y el ahorro potencial asociado al cambio.
- Determinar la inclusión de productos en el formulario de la consulta en función de la eficacia clínica, seguridad (ausencia de efectos secundarios), posibilidad de cumplimiento y coste a partir de fuentes clave de la literatura.
- Identificar las influencias clave en los hábitos de prescripción de la consulta y cómo pueden emplearse los formularios hospitalarios, nuevos pacientes y otros factores demográficos.
- Decidir sobre la logística del desarrollo del formulario, por ejemplo con reuniones mensuales regulares o días sin consulta.
- Acordar áreas de prioridad clave para incluir:
 - ¿Qué áreas terapéuticas se van a tratar y con qué intervalos de tiempo?
 - ¿Cómo se van a modificar las pautas de tratamiento de los pacientes (por teléfono, carta, o consulta personal)?
 - ¿Con qué velocidad se van a hacer los cambios?
 - ¿Qué monitorización adicional se va a necesitar como resultado de los cambios del formulario?
 - ¿Cómo se va a presentar el formulario (ordenador, papel, etc.)?
 - ¿Cómo se va a actualizar, cada cuánto tiempo y por quién?

- ¿Qué criterios se van a utilizar para evaluar un producto nuevo?

- Considerar cómo auditar el impacto de las áreas identificadas (por ejemplo cumplimiento con el formulario, dificultades y preferencias de los pacientes).
- Discutir el proceso del cambio con todos los miembros del equipo de la consulta

Recuerde que el mantenimiento y actualización regular del formulario es tan importante como su elaboración por primera vez

Cuando se prepara un formulario se debería tener en cuenta lo expuesto en el Cuadro 5.

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS DE REPETICIÓN DE RECETAS EN LA CONSULTA

- Investigar y describir los procedimientos actuales para la repetición de recetas dentro de la consulta. Entrevistar a todo el personal de la consulta y miembros del equipo de atención primaria, y observar el proceso y resultado de una muestra al azar de los pacientes que solicitan recetas continuadas.
- Diseñar, negociar e implementar un sistema de calidad para incluir protocolos escritos para cada fase del proceso. Por ejemplo (i) verificación de la solicitud por el personal de la consulta (ii) monitorización y revisión de la medicación, y (iii) autorización de la prescripción por el MAP.

Cuadro 5. Puntos a tener en cuenta cuando se prepara un formulario.

- La información, afirmaciones y comparaciones deben ser precisas, objetivas y no ambiguas, y basarse en los datos de fuentes autorizadas que existan hasta la fecha.
- Se ha de poder verificar cualquier información o afirmación comparativa.
- Todas las dosis propuestas deberían cumplir con la ficha técnica actual del producto y el BNF.
- Todas las indicaciones deberían cumplir con la ficha técnica actual del producto.
- Se debe comprobar los precios con la edición más reciente del Drug Tariff, MIMS, Chemist y Druggist Price List, etc., así como anotar la fecha de publicación.
- Todos los fármacos deben describirse de forma clara y correcta.
- Todas las exclusiones o inclusiones deben reflejar el pensamiento clínico actual.

Cuadro 6. Requerimientos para un buen sistema de repetición de recetas.

- Los pacientes que necesiten la firma de las recetas repetidas tendrían que poder conseguirlas en un tiempo determinado.
- Las recetas deberían prepararse de forma meticulosa y con atención para evitar errores.
- Debe existir un sistema de recuerdo, claro para el personal, médicos y pacientes, y flexible en función de las necesidades clínicas.
- Debe existir un registro claro de los fármacos que el paciente está tomando actualmente, y el momento en que suministraron los últimos.
- El sistema utilizado en la consulta debería ser rentable, eficaz y de fácil utilización.
- Deberían existir métodos para comprobar el cumplimiento.
- Habría que revisar todas las prescripciones y firmarlas un médico que conozca al paciente y tenga acceso directo a su historia clínica.
- El sistema debería ser flexible para tratar las necesidades de los pacientes y del centro.
- Los fármacos prescritos dentro del sistema los ha de solicitar un médico y revisarlos de forma regular.
- La consulta debe tener una política de reducción para asegurar que toda la medicación se revisa de forma regular, que sigue habiendo la necesidad, y para interrumpirla cuando esto sea necesario.

Basado en: "Publicación del grupo de apoyo de asesores médicos" – "Firma de recetas de continuación por los médicos generales en Inglaterra" 1993, HMSO, Londres

- Asegurar que el sistema revisado incorpora los requerimientos de un buen sistema de repetición de recetas.

En el Cuadro 6 se muestran los requerimientos necesarios para un buen sistema de repetición de recetas.

- Se debería acordar un periodo para la revisión clínica e identificar claramente quién es el responsable de dicha revisión para asegurar que el tratamiento clínico del paciente es apropiado. Esto incluiría, pero no se limita a ello, si el fármaco es aún eficaz, si tiene efectos secundarios mínimos y si no se ha continuado más allá de su beneficio terapéutico.
- Debería proporcionarse educación y entrenamiento para todo el personal de la consulta que participa en los aspectos estratégicos y operacionales del sistema de repetición de recetas. También debería haber entrenamiento para todo el personal nuevo de la consulta.
- Tendrían que existir procedimientos que auditen el sistema de repetición de recetas, por ejemplo ¿han pasado por una revisión clínica en los últimos doce meses aquellos pacientes que están recibiendo medicación de forma continua?

IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES RÁPIDAS

- Realizar un análisis pormenorizado del catálogo de prescripción PACT de la consulta, buscando en particular:
 - áreas para un cambio potencial a genéricos,
 - empleo de alternativas, como los genéricos de marca cuando éstos sean más baratos que el precio del Drug Tariff (observen que se necesita revisar de forma regular las fluctuaciones en los precios de estas elecciones), y
 - áreas para un cambio terapéutico potencial Cuadro 7.
- Ordenar cada una de estas áreas en función del coste total que puede ahorrarse. El informe estándar PACT también puede ser útil para identificarlas.
- Acordar áreas de prioridad clave. Establecer un plan de acción que incluya:
 - ¿Cómo se va a identificar a los pacientes que están recibiendo estos medicamentos? Por ejemplo, llevar a cabo una búsqueda informática para todos los pacientes que reciban estos fármacos.
 - ¿Cómo se va a informar a los pacientes sobre la decisión que se ha tomado? ¿Recibirán una carta adjuntando el FP10 modificado cuando vuelvan a solicitar las recetas que se repiten (es decir, cambiar el 100% de los pacientes), o se les llamará a título individual para discutir con ellos su medicación?
 - ¿Quién es el responsable de escribir la carta de información para el paciente? Asegurar que se explica al paciente que se puede discutir más sobre la medicación si lo desean.
 - Una vez que los pacientes han sido identificados y se les ha recomendado una alternativa adecuada, ¿quién será responsable de hacer las modificaciones en la historia clínica y los registros en el ordenador del paciente?

Cuadro 7. Áreas para un cambio terapéutico potencial.

- Dosis "terapéuticas" de antiulcerosos. Dosis de "mantenimiento" de antiulcerosos en pacientes con tratamiento a largo plazo.
- Identificar pacientes que puedan beneficiarse de un tratamiento para erradicar *H. pylori*.
- Preparados de AINE de liberación modificada-preparados de AINE simples.
- Revisar la necesidad continuada de broncodilatadores y corticosteroides.
- Reducir el empleo innecesario de aparatos caros de polvo seco para el asma a favor de inhaladores de dosis fijas sencillos y aparatos que accionan la respiración.

- ¿Se ha contactado con el farmacéutico de la comunidad para informarle de los nuevos cambios en los hábitos de prescripción, de tal modo que pueda reajustar sus reservas?
- Considerar cómo se va a auditar el impacto de las áreas que han sido objeto de cambio.
- Volver a auditar los datos PACT seis meses después del cambio y medir los cambios en el volumen y coste de prescripción.
- Volver a hacer la búsqueda por ordenador para identificar a los pacientes a los cuales no se ha cambiado la medicación. Reconocer por qué no se ha cambiado la medicación, por ejemplo resistencia del paciente.
- Controlar todas las opiniones de los pacientes para asegurar que la calidad asistencial sigue siendo elevada.

Anexo 6: Contactos útiles

Association of Primary Care Medical Advisers

Para más detalles contactar con la autoridad sanitaria local.

Bandolier

c/o Pain Relief Unit
The Churchill
Headington
Oxford
OX3 7LJ

Tel: 01865 226 132
Tel: 01865 226 978
Website: <http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier>

Centre for Health Information Quality

Highcroft
Romsey Road
Winchester
Hampshire
SO22 5DH

Tel: 01962 863 511 ext 200
Fax: 01962 840 454
e-mail: enquiries@centreforhiq.demon.co.uk
Website: www.centreforhiq.demon.co.uk.HOME.HTM

Centre for Pharmacy Postgraduate Education

School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences
University of Manchester
Oxford Road
Manchester
M13 9PL

Tel: 0161 275 7940
Fax: 0161 275 2419

Cochrane Database

UK Cochrane Centre
Summertown Pavillion
Middle Way
Oxford
OX2 7LG

Tel: 01865 516 300
Fax: 01865 516 311
e-mail: general@cochrane.co.uk

College of Pharmacy Practice

University of Warwick Science Park
Barclays Venture Centre
Sir William Lyons Road
Coventry
CV4 7EZ

Tel: 01203 692 400
Fax: 01203 693 069

Department of Medicines Management

Keele University
Staffordshire
ST5 5BG

Tel: 01782 583 444
Website: <http://www.keele.ac.uk/>

Drugs and Therapeutics Bulletin

Consumers' Association
2 Marylebone Road
London
NW1 4DF

Tel: 0171 830 7571
Fax: 0171 830 7665
e-mail: dtb@which.net

Medicines Control Agency

CSM Freepost
London
SW8 5BR

Tel: 0800 731 6789

National Pharmaceutical Advisers' Group

Para el nombre del PAG regional contactar con la autoridad sanitaria farmacéutica.

National Pharmaceutical Association

Mallinson House
38-42 St Peters Street
St Albans
Herts
AL1 3NP

Tel: 01727 832 161

National Prescribing Centre

The Infirmary
70 Pembroke Place
Liverpool
L39 3GF

Tel: 0151 794 8134-8137
Fax: 0151 794 8139-8144
Website: <http://www.npc.co.uk>

NHS Centre for Reviews and Dissemination

University of York
Heslington
York
YO1 5DD

Tel: 01904 433 634
01904 433 707 (Information Service, including databases)
Fax: 01904 433 661
e-mail: revdis@york.ac.uk

Prescription Pricing Authority

Bridge House
152 Pilgrim Street
Newcastle upon Tyne
NE1 6SN

Tel: 0191 232 5371
Fax: 0191 232 2480

Dirigir la correspondencia a:

Dr John Ferguson
Medical Director
Tel: 0191 203 5351/2
Fax: 0191 203 5499

Mrs Christine Dalton
Director of Pharmaceutical Advisory Services
Tel: 0191 203 5273
Fax: 0191 203 5405

Regional Drug Information Centres

Para más detalles ver el BNF.

Regional Prescribing Leads

Contactar con su Oficina Regional del NHS Executive.

Royal Pharmaceutical Society of Great Britain

1 Lambeth High Street
London
SE1 7JN

Tel: 0171 735 9141
Fax: 0171 735 7629

UK Clinical Pharmacy Association

Alpha House
Countesthorpe Road
Wigston
Leicestershire
LE18 4PJ

Tel: 0116 277 6999
Fax: 0116 277 6272

UK Drug Utilisation Research Group

c/o Medical Directorate
Prescription Pricing Authority
Bridge House
152 Pilgrim Street
Newcastle upon Tyne
NE1 6SN

Tel: 0191 203 5351
Fax: 0191 203 5499
Website: <http://www.ukdurg.org>

Anexo 7: Lista de comprobación al ingreso del RPSGB

Información para que el farmacéutico de la comunidad la facilite a los farmacéuticos de hospital cuando ingresa un paciente

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre		Nombre del MG	
Fecha de nacimiento		Teléfono	
Dirección		Nombre y dirección del farmacéutico de la comunidad	
Por favor indicar domicilio vigilado/residencia/hospital para ancianos		Teléfono	
Teléfono		Nombre del farmacéutico del hospital	
		Teléfono	
HISTORIA DE LA MEDICACIÓN			
Medicamentos prescritos en la actualidad Incluyendo marcas comerciales para ciertos fármacos, por ejemplo preparados de teofilina de liberación retardada, preparados de litio y psicótropos			
Consumo actual de medicamentos sin receta Detalles de los medicamentos utilizados recientemente y de forma regular: no conocidos/conocidos (especificar)			
Cambios en la medicación (recientes) y razones para ello			
DATOS DOMICILIARIOS			
¿Quién es el cuidador principal?	¿Hay otros cuidadores?	Necesidad de orientación especial	
	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		
¿Hay otros asistentes sanitarios o sociales que cuiden al paciente?	☐ Sí ☐ No	Necesidad de etiquetado especial	
Necesidad de ayuda para el cumplimiento		Necesidades especiales relacionadas con la vista, destreza o movilidad	
Necesidad de ayuda para la administración			
Ayuda para la medicación/ otros factores a considerar			
REACCIONES ADVERSAS CONOCIDAS A LOS FÁRMACOS			
Prescripción		No prescripción	

Basado en un documento producido por la Real Sociedad Farmacéutica de Gran Bretaña (marzo 1993)

Lista de comprobación al alta del RPSGB

Información para que el farmacéutico del hospital la facilite a los farmacéuticos de la comunidad en el alta hospitalaria

DATOS DEL PACIENTE				
Nombre			Consultor del hospital	
Fecha de nacimiento			Fecha de ingreso	Fecha de alta
Dirección			Médico de cabecera	
Teléfono			Teléfono	
Nombres de los farmacéuticos de contacto			Causa del ingreso hospitalario/ambulatorio	
Hospital				
Comunidad				
Teléfono		Teléfono		
PLAN DE MEDICACIÓN				
Diagnóstico (si se sabe) o información previa relevante				
Terapia/medicamentos que se sabe han sido interrumpidos/alterados durante la estancia hospitalaria y causas				
TRATAMIENTO AL ALTA				
Medicamentos recetados	Forma y concentración	Dosis	Duración (días)	Cantidad suministrada en el momento del alta
Información especial sobre la disponibilidad		En caso afirmativo, adjuntar presentación y método de preparación		
Por ejemplo fuente		☐ Sí ☐ No		
Continúa la responsabilidad del consultor		En caso afirmativo especificar		
☐ Sí ☐ No				
Medicamentos/dispositivos que seguirá suministrando el hospital, por ejemplo material de ensayo clínico, productos que no vienen en el <i>Drug Tariff</i>				
¿Protocolos de asistencia compartida ?		Necesidad de apoyo a la administración de fármacos		
☐ Sí ☐ No		Por ejemplo ayudas para la medicación (especificar)		
En caso afirmativo adjuntar copia		No CRC		
Grado de asistencia farmacéutica requerida por el paciente		Entrenamiento y necesidad de información		
☐ Alto ☐ Medio ☐ Bajo		Otros		

Basado en un documento producido por la Real Sociedad Farmacéutica de Gran Bretaña (marzo 1993)

Anexo 8: Apoyo a la prescripción de los farmacéuticos

Durante los últimos años, los farmacéuticos han participado cada vez más en la toma de decisiones clínicas, sobre todo en la atención secundaria. Los clínicos hospitalarios están acostumbrados a que el farmacéutico forme parte del equipo clínico y aconseje en todos los aspectos sobre el consumo de medicamentos, desde la elección de la terapia, dosis, formulación y pauta de tratamiento, hasta la responsabilidad de la gestión de los medicamentos en el hospital.

De forma similar, los farmacéuticos de la comunidad cada vez trabajan más junto a los MAP como parte del equipo de atención primaria, ayudándoles con la prescripción y empleo de medicamentos, ofreciendo su ayuda y consejo para los pacientes y gestionando el número de pacientes.

Los farmacéuticos están especialmente capacitados para proporcionar consejo e información a los pacientes sobre sus medicamentos. Los farmacéuticos de la comunidad suelen saber qué fármacos está tomando un paciente además de los que le ha recetado su médico. Un conocimiento detallado de los costes de los fármacos, tamaño de los envases, disponibilidad de envases calendario y de cumplimiento, de equivalentes genéricos, alternativas sin necesidad de receta y el abanico de presentaciones existentes de un fármaco es algo inapreciable para los médicos. La compra eficaz y los sistemas de control de *stocks* son claves en la utilización de los medicamentos, y el farmacéutico puede ofrecer estos conocimientos tanto en la prescripción hospitalaria como en atención primaria.

Muchos prescriptores opinan que la prescripción de apósitos y dispositivos es un tema delicado. Los farmacéuticos y las enfermeras poseen un conocimiento detallado de la gama completa de los productos existentes y pueden aconsejar sobre cuál es la prescripción más adecuada. El *Drug Tariff* es complicado, y conocerlo bien puede evitar las recetas innecesariamente caras.

Existen muchos farmacéuticos muy experimentados en temas de prescripción/atención primaria, habiendo ya trabajado en consulta de medicina general, y que pueden haber realizado una formación adicional en relación con el apoyo a la prescripción.

Por lo tanto, los farmacéuticos tienen una cualificación ideal para proporcionar apoyo a los MAP con respecto a la prescripción mediante:

- La contribución al tratamiento farmacológico eficaz de pacientes y maximizar el empleo seguro de estos medicamentos.
- Asegurar la mayor rentabilidad de un recurso caro.
- Asegurar que los pacientes reciben una atención global y consistente donde estén y que hay una continuidad adecuada cuando se les remite del hospital al domicilio y viceversa.

TEMAS DE INDEPENDENCIA

La experiencia de los servicios de apoyo a la prescripción en medicina general ha suscitado varios temas relacionados con la independencia.

Muchas consultas de MAP han contratado apoyo para la prescripción por el farmacéutico local de la comunidad. Se ha argumentado que hay incentivos incorrectos debido a la base de remuneración de un farmacéutico, que es el número de recetas que dispensa. Una racionalización de la prescripción podría, en teoría, comportar una disminución de los productos recetados por dicha consulta y, por lo tanto, disminuir la remuneración para el farmacéutico. No obstante, en la gran mayoría de los casos esto no suele ser significativo y se podrían tener en cuenta los siguientes argumentos.

- Una revisión del formulario de la consulta puede reducir el número de los productos recetados y, por lo tanto, el de gamas de *stocks* que ha de tener el farmacéutico.
- Una unificación de la repetición de recetas a intervalos regulares (por ejemplo cada 28 días) para reducir los excedentes puede aumentar el número de recetas dispensadas.
- Las relaciones laborales estrechas entre los MAP y el farmacéutico pueden disminuir el número de preguntas, las cuales llevan tiempo, que provienen de prescripciones con ambigüedades cuando se dispensan.
- Desde el punto de vista del MAP, aunque ellos sólo pueden contratar los servicios de un farmacéutico local durante un día a la semana, se pueden implementar todos los cambios en la prescripción y ser reforzados por el farmacéutico en su farmacia el resto de la semana.

- Los MAP se han acostumbrado a las visitas por parte de los asesores médicos y farmacéuticos de su HA para discutir sus prescripciones. Sin embargo, algunos MAP agradecen la oportunidad de tener apoyo en la prescripción de un fármaco, a quien ellos ven como independiente de la HA. De todas formas es posible que los asesores profesionales de la HA continúen teniendo un papel importante en la educación y coordinación de, y el suministro de información para la prescripción, los farmacéuticos de una consulta.
- Los farmacéuticos de la consulta deberían ser imparciales cuando traten con la industria farmacéutica. No obstante, es habitual el patrocinio por parte de la industria farmacéutica de apoyo a la prescripción/entrenamiento del personal/días sin consulta, etc. Todos los profesionales de la salud que traten con la industria farmacéutica necesitan conocer el código ABPI de práctica y "calidad de la conducta laboral para el personal de NHS" HSG(93)5.

Anexo 9: Ejemplos de cursos de posgrado que incluyen capítulos de apoyo a la prescripción

- MS o diploma en Farmacia Clínica
Certificado en terapéutica teórica
Robert Gordon University, Aberdeen
- MSc o diploma en Farmacia Comunitaria
Queens University, Belfast
- MSc o diploma en Farmacia Clínica Comunitaria
Programas de formación especializada
Aston University, Birmingham
- MSc diploma o certificado en Farmacia Clínica Comunitaria
Bradford University
- MSc o diploma en Asistencia Sanitaria Farmacéutica Comunitaria
University of Brighton/NPA
- MSc diploma o certificado en Farmacia Comunitaria
Universidad de Derby
- MSc o diploma en Farmacia Comunitaria, certificado en Terapéutica
Diploma en terapéutica avanzada, programas de formación especializada
Keele University
- Programa intensivo de formación para farmacéuticos de la comunidad trabajando con MAP
Leeds University
- MSc, Diploma o certificado en Farmacia Clínica
De Montfort University, Leicester
- MSc o diploma en Atención Primaria Farmacéutica
Liverpool John Moores University
- Diploma en Ciencias de la Prescripción
Liverpool University conjuntamente con el Centro de prescripción nacional
- MSc o diploma en Farmacia Comunitaria
Kings College, Londres
- MSc diploma o certificado en Oficina de Farmacia
Escuela de farmacia, Universidad de Londres
- Certificado y diploma sobre Medicamentos en Asistencia Sanitaria
Escuela de farmacia, Universidad de Londres
- Certificado en Terapéutica en Atención Primaria
Imperial college School of Medicine,
Universidad de Londres
- MSc o diploma en Farmacia Clínica
Strathclyde University
- MSc, diploma o certificado en Farmacia Clínica
Universidad de Sunderland
- Diploma en Terapéutica
University of Wales College of Medicine
- MSc diploma o certificado en Farmacia Comunitaria
Welsh School of Pharmacy

Anexo 10

Descripción de un modelo de puesto de trabajo a tiempo completo. Farmacéutico asesor para la prescripción

DESCRIPCIÓN DEL PUESTO

Título del puesto: Farmacéutico asesor para la prescripción

Horas: Tiempo completo (37 horas/semana)

Localización: Grupo modelo de asistencia primaria

Directivo responsable: Cabeza y autoridad sanitaria de prescripción médica grupo de asistencia primaria

Junto a: Asesor médico

Salario: Este es un puesto con contrato fijo hasta xx/xx/19xx. Se aceptan los puestos temporales.

MISIÓN DEL PUESTO

- Apoyar y asistir a las consultas del grupo modelo de atención primaria para lograr un patrón de prescripción que maximice la rentabilidad y minimice el riesgo, al mismo tiempo que se mantienen los derechos individuales del MG para prescribir los tratamientos necesarios desde el punto de vista clínico.
- Alentar el desarrollo de un mejor entendimiento farmacéutico a través del equipo de atención primaria.
- Desarrollar y mantener un formulario para el grupo de atención primaria.
- Establecer relaciones con la asistencia secundaria si se solicita para estimular la prescripción racional en atención primaria y secundaria.
- Contribuir a las decisiones sobre establecimiento de prioridades cuando sea necesario.
- Establecer relaciones con el equipo de prescripción de la autoridad sanitaria para asegurar la consistencia con las estrategias de prescripción de las autoridades.

Deberes y responsabilidades

- Contactar con la autoridad sanitaria sobre los análisis PACT y *feedback* a las consultas de atención primaria.
- Organizar reuniones regulares en consultas para discutir la calidad de la prescripción y la rentabilidad.
- Revisar, mantener y controlar la adherencia al formulario del grupo de atención primaria.
- Desarrollar y actualizar formularios de consulta individuales según se requiera.
- Monitorizar la prescripción en cada consulta y en el grupo de atención primaria.
- Trabajar con el gerente de informática en relación con la recogida de datos y divulgación de la información.
- Facilitar la educación del paciente.
- Colaborar con las auditorías cuando sea necesario
- Revisar la prescripción para hospitales y residencias geriátricas con los farmacéuticos locales y de la consulta.
- Colaborar con el equipo de prescripción de la HA e implementar cambios acordes con la estrategia de prescripción de la autoridad sanitaria.
- Desarrollar políticas para la consulta de colaboración con la industria farmacéutica acordes con la política existente de la autoridad sanitaria.
- Revisar el sistema de prescripción en cada consulta del grupo de atención primaria.
- Estar al día en los desarrollos profesionales y los productos nuevos.
- Realizar otras tareas en proporción con el grado.

(de la Autoridad Sanitaria de Avon)

Descripción de un modelo de puesto de trabajo para un farmacéutico asesor para la prescripción por sesiones

DESCRIPCIÓN DEL PUESTO

Título del puesto: Farmacéutico asesor para la prescripción

Horas: Por sesiones (x horas/semana)

Localización: Grupo modelo de asistencia primaria

Directivo responsable: MG jefe para la prescripción

Relaciones laborales: Todos los MG de la consulta, personal de la consulta, asesores para la prescripción de las autoridades sanitarias, profesionales hospitalarios clave y farmacéuticos de la comunidad local

Pago: (xx/seman). Contrato fijo válido hasta xx/xx/xx

- Hablar con pacientes seleccionados para identificar áreas donde el sistema actual pueda no ser óptimo.
- Discutir los hallazgos con los MG y el personal de la consulta e identificar las oportunidades para realizar cambios.
- Desarrollar una propuesta para la implementación de un sistema revisado de repetición de recetas.
- Obtener una aprobación para las propuestas de todo el personal relevante de la consulta.
- Informar a otros miembros del equipo de atención primaria de los cambios que puedan afectar los patrones de trabajo y cómo pueden reforzar mensajes clave a los pacientes.
- Gestionar la implementación de los cambios acordados dentro de la consulta lo más eficazmente posible y con un trastorno mínimo en la atención al paciente.
- Monitorizar los cambios realizados, incluida la opinión de los pacientes, notificando los hallazgos a los MG y al personal de la consulta.
- Realizar otras tareas relacionadas con la mejora del proceso de prescripción dentro de la consulta.

MISIÓN DEL PUESTO

- Trabajar con la consulta para revisar sus sistemas de repetición de recetas.

Bibliografía

1. *The New NHS*. EL(97)81. NHS Executive.
2. Davis, D.A., Thomson, M.A., Oxman, A.D., Haynes, R.B. *Changing physician performance: A systematic review of the effect of continuing medical education strategies*. JAMA 1995; 284: 9.
3. Harrison, I. *Welsh prescribing support project: An evaluation for the welsh office and bro taf health authority*.
4. Chadwick, M. y cols. *Setting up incontinence and stome protocols*. Prescriber 5th September 1997; 97-100.
5. *Repeat prescribing by general medical practitioners in England*. National Audit Office London: HMSO, 11th August 1993.
6. Speak, G. *GP drug databases: The practice pharmacist's role*. Prescriber, 5th November 1997; 25-30.
7. *Prescribing in Primary Care – Audit Guide*. Audit Commission, January 1998.
8. *Rationalising prescribing advice in primary care: Impact of different outreach strategies*. A thesis submitted in accordance with the conditions governing candidates for the degree of Philosophiae Doctor in the University of Wales, Presented by Saran Braybrook MRPharmS, 1996.
9. Audit Commission. *A prescription for improvement: Towards more rational prescribing in general practice*. HMSO, London 1994.
10. Hemminki, E. *Review of literature on the factors affecting drug prescribing*. Soc Sci Med 1975; 9: 111-116.
11. Avorn, J., Chen, M., Hartley, R. *Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behaviour of physicians*. Am J Med 1982; 73: 4-8.
12. Bradley, C.P. *Decision-making and prescribing patterns – A literature review*. Fam Pract 1991; 8: 276-285.
13. Virji, A., Britten, N. *A study of the relationship between patients' attitudes and doctors' prescribing*. Fam Pract 1991; 8: 314-319.
14. McGavock, H., Webb, C.H., Johnson, G.D., Milligan, E. *Market penetration of new drugs in one UK region; implications for GPs and administrators*. Br Med J 1993; 307: 1118-1120.
15. Britten, N. *Patients' demands for prescriptions in primary care (Editorial)*. Br Med J 1995; 310: 1084-1085.
16. Anónimo. *Implementing clinical practice guidelines: Can guidelines be used to improve clinical practice?* Effective Health Care Bulletin 1994; 8.
17. Burrell, C.J., Skehan, J.D., Cowley, M.L., Barrett, C.W., Mills, P.G. *Districts' use of thrombolytic agents?* Br Med J 1990; 300: 237-238.
18. Rosenberg, W., Donald, A. *Evidence-based medicine: An approach to clinical problem-solving*. Br Med J 1995; 310: 1122-1125.
19. Parish, P.A. *Drug prescribing – The concern of all*. J R Soc Health 1973; 4: 213-217.
20. Barber, N. *What constitutes good prescribing?* Br Med J 1995; 310: 923-925.
21. Avorn, J. *Improving the quality and cost-effectiveness of prescribing*. Pharmacoeconomics 1992; 1 (Suppl. 1): 45-58.
22. Panton, R. *FHSAs and prescribing*. Br Med J 1993; 306: 310-314.
23. Walley, T., Barton, S. *A purchaser perspective of managing new drugs; interferon beta as a case study*. Br Med J 1995; 311: 796-799.
24. *Priority setting in the NHS: The NHS drugs budget*. Government response to the second report from the health committee session 1993-1994.
25. Bryan, S., Buxton, M.J. *Economic evaluation of treatments for respiratory disease*. Pharmacoeconomics 1993; 2: 207-218.
26. Mellis, C.M., Peat, J.K., Woolcock, A.J. *The cost of asthma. Can it be reduced?* Pharmacoeconomics 1993; 3: 205-219.
27. Soumerai, S.B., McLaughlin, T.J., Avorn, J. *Quality assurance for drug prescribing*. Qual Assur Health Care 1990; 2: 37-58.
28. Bligh, J., Walley, T. *The UK indicative prescribing scheme: Background and operation*. Pharmacoeconomics 1992; 2: 137-152.
29. National Audit Office. *Repeat prescribing by GPs in England*. HMSO, London 1993.
30. Sykes, D., Westwood, P., Gilleggan, J. *Development of a review programme for repeat prescription medicines*. Pharm J 1996; 256: 458-460.
31. *Working for patients (Cmn 555)*. HMSO, London 1989.
32. OBRA '90. *A practical guide to effecting pharmaceutical care*. Am Pharm Assoc, Washington 1994.
33. Joint working party on the future role of the community pharmaceutical services. *Pharmaceutical care: The future for community pharmacy*. The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, London 1992.
34. Harris, C.M., Jarman, B., Woodman, E., Whyte, P., Fry, J.S. *Prescribing – A suitable case for treatment*. R Coll General Practitioners 1984; Occasional Paper 24.
35. Braybrook, S., Walker, R. *Influencing prescribing in primary care: A comparison of two different prescribing feedback methods*. Journal Clin Pharm Ther 1996; 21: 247-254.

36. Newton-Syms, F.A.O., Dawson, P.H., Cooke, J. y cols. *The influence of an academic representative on prescribing by general practitioners*. Br J Clin Pharmacology 1992; 33: 9-73.
37. NAHAT. *Priority setting in the NHS: The drugs budget*. House of Commons Health Committee Inquiry, evidence of NAHAT, January 1994.
38. Shenfield, G.M., Jones, A.N., Paterson, J.W. *Effect of restrictions on prescribing patterns for dextropropoxyphene*. Br Med J 1980; 281: 651-653.
39. Soumerai, S.B., Avorn, J., Ross-Degnan, Gortmaker, S. *Payment restrictions for prescription drugs under Medicaid: Effects on therapy, cost and equity*. N Engl J Med 1987; 317: 550-556.
40. Upton, D.R., Taylor, J.K., Holmes, G.K.T., Poston, J.W. *Effects of withdrawal of co-danthramer on use of laxatives in a district general hospital*. Br Med J 1988; 297: 1446-1447.
41. Soumerai, S.B., Avorn, J. *Economic and policy analysis of university-based detailing*. Med Care 1986; 24: 313-331.
42. Ekedahl, A., Petersson, B., Eklund, P., Rametsteiner, G., Melander, A. *Prescribing patterns and drug costs: Effects of formulary recommendations and community pharmacists' information campaign*. Int J Pharm Pract 1994; 2: 194-198.
43. Mahling, T.J.B. *The New Zealand preferred medicines concept. A national scheme for audit and + quality assurance of prescribing*. Pharmacoeconomics 1994; 6: 5-14.
44. Keys, P.W., Goetz, C.M., Keys, P.A., Sterchele, J.A., Snedden, T.M., Livengood, B.H. *Computer-guided academic detailing as part of a drug benefit program*. Am J Health System Pharmacists 1995; 52: 2199-2204.
45. Soumerai, S.B., McLaughlin, T.J., Avorn, J. *Improving drug prescribing in primary care: A critical analysis of the experimental literature*. The Millbank Quarterly 1989; 67: 268-317.
46. Haaijer-Ruskamp, F.M., Denig, P. *Impact of feedback and peer review on prescribing*. Journal Royal College General Practitioners 1995; Occasional Paper 70: 13-19.
47. Davis, D.A., Thomson, M.A., Oxman, A.D., Haynes, R.B. *Changing physician performance: A systematic review of the effect of continuing medical education strategies*. JAMA 1995; 284: 9.
48. Avorn, J., Soumerai, S.B. *Improving drug-therapy decisions through educational outreach*. N Engl J Med 1983; 308: 1457-1463.
49. Stergachis, A., Fors, M., Wagner, E.H., Simms, D.D., Penna, P. *Effect of clinical pharmacists on drug prescribing in a primary care clinic*. Am J Hosp Pharmacy 1987; 44: 525-529.
50. Forstrom, M.J., Ried, D.L., Stergachis, A.S., Corliss, D.A. *Effect of a clinical pharmacist program on the cost of hypertension treatment in an HMO family practice clinic*. Drug Intelligence and Clinical Pharmacy, Ann Pharmacother 1990; 24: 304-308.
51. MacGregor, S.H., Hamley, J.G., Dunbar, J.A., Dodd, T.R.P., Cromarty, J.A. *Evaluation of a primary care anticoagulant clinic managed by a pharmacist*. Br Med J 1996; 312: 560.
52. Needham, A., Brown, M., Freeborn, S. *Introduction and audit of a general practice antibiotic formulary*. Journal Royal College General Practitioners 1988; 38: 166-167.
53. Hamley, J.C., MacGregor, S.H. *Medicines resource management in general practice – A challenge for the primary care pharmacist*. En: Proc. UKCPA Residential Symposium Progress in Practice 1995.
54. Corbett, J.M. *The provision of prescribing advice by community pharmacists*. Pharmaceutical J 1995; 255: 555-557.
55. Mason, P. *A pharmacist in the surgery – What better prescription for the new age?* Pharmaceutical J 1996; 256: 192-195.
56. Irving, D. *Making sense of audit*. Radcliffe Medical Press, Oxford 1991.
57. Reilly, P.M., Patten, M.P. *An audit of prescribing by peer review*. J Royal College General Practitioners 1978; 28: 525-530.
58. Harris, C.M., Fry, J., Jarman, B., Woodman, E. *Prescribing – A case for prolonged treatment*. J Royal College General Practitioner 1985; 35: 284-287.
59. Harris, S.K., Smith, F., Moss, F. *The pharmacist's contribution to medical audit: Perceptions of doctors and pharmacists in the North West Thames Regional Health Authority*. J Social Administrative Pharmacy 1993; 10: 36-40.
60. Schaffner, W., Ray, W.A., Federspiel, C.F., Miller, W.O. *Improving antibiotic prescribing in office practice*. J Am Med Assoc 1983; 250: 1728-1732.
61. Schaffner, W., Ray, W.A., Federspiel, C.F. *Persistence of improvement in antibiotic prescribing in office practice*. J Am Med Assoc 1985; 253: 1774-1776.
62. Friis, H., Bro, F., Mabeck, C.E., Vejlsgaard, R. *Changes in prescription of antibiotics in general practice in relation to different strategies for drug information*. Danish Med Bull 1991; 38: 380-382.
63. De Santis, G., Harvey, K.J., Howard, D., Mashford, M.L., Moulds, R.F. *Improving the quality of antibiotic prescription patterns in general practice. The role of educational intervention*. Med J Australia 1994; 160: 502-505.
64. Gutiérrez, G., Guiscafne, H., Bronfman, M., Martínez, H., Muñoz, O. *Changing physician prescribing patterns: Evaluation of an educational strategy for acute diarrhoea in Mexico City*. Med Care 1994; 32: 436-446.
65. Sandhu, G. *Academic detailing to influence non-steroidal anti-inflammatory drug use in general practice*. Austr Prescr 1993; 16 (Suppl. 1): 38-40.
66. Newton-Syms, F.A.O., Dawson, P.H., Calvert, R.T., Cooke, J., Feely, M., Booth, T.G. *Influence of a pharmacist on GP prescribing*. Pharm J 1988; 241: R2.
67. Diwan, V.K., Wahlstrom, R., Tomson, G., Beerman, B., Sterky, G., Eriksson, B. *Effects of "group detailing" on the prescribing of lipid lowering drugs: A randomised controlled trial in Swedish primary care*. J Clin Epidemiol 1995; 48: 705-711.
68. Ray, W.A., Blazer, D., Schaffner, W., Federspiel, C.F., Fink, R. *Reducing long-term diazepam prescribing in office practice. A controlled trial of educational visits*. J Am Med Assoc 1986; 256: 2536-2539.
69. Hartlaub, P.P., Barrett, P.H., Marine, W.M., Murphy, J.R. *Evaluation of an intervention to change benzodiazepine prescribing behavior in a prepaid group practice setting*. Am J Prevent Med 1993; 9: 346-352.

70. Yeo, G.T., de Burgh, S.P.H., Letton, H. y cols. *Educational visiting and hypnotosedative prescribing in general practice*. Fam Pract 1994; 11: 57-61.
71. Peterson, G.M., Sugden, J.E. *Educational program to improve the dosage of prescribing of allopurinol*. J Australia 1995; 162: 74-77.
72. Soumerai, S.B., Avorn, J. *Principles of educational outreach ("academic detailing") to improve clinical decision-making*. J Am Med Assoc 1990; 263: 549-556.
73. Soumerai, S.B., Avorn, J. *Predictors of physician prescribing change in an educational experiment to improve medication use*. Med Care 1987; 25: 210-221.
74. Denig, P., Jaaijer-Ruskamp, F.M., Zijsling, D.I. *Impact of a drug bulletin on the knowledge, perception of drug utility and prescribing behaviour of physicians*. Drug Intelligence Clinical Pharmacy, Ann Pharmacother 1990; 24: 87-92.
75. Diwan, V.K., Wahlstrom, R., Tomson, G., Beerman, B., Sterky, G., Eriksson, B. *Effects of "group detailing" on the prescribing of lipid-lowering drugs: A randomised controlled trial in Swedish primary care*. J Clin Epidemiol 1995; 48: 705-711.
76. Wyatt, T.D., Reilly, P.M., Morrow, N.C., Passmore, C.M. *Short-lived effects of a formulary on anti-infective prescribing – The need for continuing peer review?* Fam Pract 1992; 9: 461-465.
77. De Vries, C.S., van der Horn, J.A., Stterneman, A.G.M., de Jong-van de Berg, L.T.W. *Pharmacotherapy discussion meetings in the Netherlands*. Pharm World Sci 1995; 17: 14.
78. *Clinical audit: Meeting and improving standards in health care*. Department of Health 1993.
79. Denig, P., Haaijer-Ruskamp, F.M. *Do physicians take cost into account when making prescribing decisions?* Pharmacoeconomics 1995; 4: 282-290.
80. Wensing, M., van der Weijden, T., Grol, R. *Implementing guidelines and innovations in general practice: Which interventions are effective?* Br J General Practice 1998; 48: 991-997.
81. Lipton, H.L., Byrns, P.J., Soumerai, S.B., Chrischilles, E.A. *Pharmacists as agents of change for rational drug therapy*. International Journal Technology Assessment Health Care 1995; 11 (3): 485-508.

Agradecimientos

MIEMBROS DEL GRUPO DIRECTIVO

Mr. M. N. Asghar MSc MBA MCPP MIHSM MRPharmS

El Sr. Asghar ha sido asesor farmacéutico durante seis años y ha participado en la parte estratégica y operacional de los servicios farmacéuticos y clínicos en Northumberland.

Dr. Stuart Barton MRCGP, MRCP Dphil

El Dr. Barton ha sido MAP durante 15 años, es codirector médico del Centro Nacional para la prescripción y profesor adjunto en atención primaria en la Universidad de Liverpool.

Sra. Annie Coppel MRPharmS diplomada en Farmacia Práctica (Pharmacy Practice)

La Sra. Coppel es directora adjunta del Centro Nacional para la Prescripción, y anteriormente fue asesora farmacéutica para la Autoridad Sanitaria de Stockport durante cinco años. También ha trabajado en una serie de proyectos para la prescripción que han ayudado a la información de la política de prescripción regional y nacional.

Sra. Helen Critchlow MRPharmS MCPP Dip Pres Sci (EDITOR)

La Sra. Critchlow es asesora farmacéutica para la autoridad sanitaria de Bury y Rochdale y ha liderado una serie de iniciativas de apoyo a la prescripción.

Dr. Keith Doran MB CB BSc Dip Pall Med

El Dr. Doran ha sido MAP durante diez años y ahora es asesor médico para la autoridad sanitaria de Doncaster, donde ha liderado con éxito un proyecto de apoyo a los prescriptores de Doncaster.

Mr. Clive Jackson MSc MRPharmS (PRESIDENTE)

El Sr. Jackson es director del Centro Nacional para la prescripción y fue previamente asesor regional de la prescripción para la autoridad sanitaria de la región de North West. También estuvo temporalmente en la ejecutiva de NHS trabajando sobre temas y políticas de prescripción.

Sra. Dianne Kennard MRPharmS

La Sra. Kennard trabaja en la farmacia y rama de farmacia en prescripción de la ejecutiva de NHS, tratando con la farmacia comunitaria y anteriormente con temas sobre prescripción.

Sr. David Knass MRPharmS

El Sr. Knass ha sido directivo de farmacia de distrito y ahora es director clínico y farmacéutico, jefe en la fundación del NHS de los Servicios de Agudos de Stockport. Ha participado en una serie de iniciativas dirigidas a mejorar la asistencia farmacéutica en la interfase de atención primaria y secundaria.

Sra. Ann Lewis, OBE, LL. B.FRPharmS

La Srta. Lewis es codirectora del CPPE y miembro del consejo de la Real Sociedad Farmacéutica de Gran Bretaña.

Sra. Jenny Lunn MRPharmS MSc Dip Pres Sci (SECRETARIA)

La Sra. Lunn es coordinadora de educación e información del Centro Nacional para la Prescripción y está en el proceso de recopilación de una base de datos de iniciativas de apoyo a la medicina general.

Profesor Clare Mackie MSc (Med Sci) MCPP MRPharmS

Jefe de la Escuela de Farmacia, The Robert Gordon University, Aberdeen

El Profesor Mackie ha sido farmacéutico de la comunidad durante 16 años y ha participado en clínicas de MAP y educación y formación desde 1990 hasta tomar posesión del puesto actual en mayo de 1998.

Dr. Jane Richards MB.BS FRCGP MRCS LRCP D(obst)RCOG DCH

El Dr. Richards es un MAP que está retirado y fue presidente del Subcomité de Prescripción del Comité de los Servicios Médicos Generales. En la actualidad está en el Comité Conjunto de Formularios del BNF y el Comité Asesor del NHS sobre fármacos del NHS.

Dr. Ross Taylor MD FRCGP DCH

El Dr. Taylor es presidente del Grupo de asesoría para la prescripción del RCGP. Es un MAP académico en Aberdeen que ha publicado mucho sobre la prescripción en medicina general. Ha participado en una gran serie de cuerpos nacionales de asesoría, incluyendo las autoridades que fijan los precios en la prescripción y la reciente revisión de ésta, así como la administración de medicinas ("Revisión Crown").

Sra. Rachel Webb MRPharmS, Dip Clin Pharm

La Sra. Webb ha sido asesora farmacéutica desde 1991 en una serie de FHSAs y HA. Su mayor área de investigación, la que acaba de completar un MSc, es la necesidad de entrenamiento y desarrollo de farmacéuticos para proporcionar apoyo a la prescripción para MAP.

Dr. Denys Wells MB ChB BSc

Hon. Sen. Lecturer, Dpto. de Práctica General, Universidad de Birmingham

El Dr. Wells ha sido MAP principal durante 19 años, participando en docencia y responsable de introducir uno de los primeros puestos de farmacéutico de consulta en Inglaterra.

APOYO ADMINISTRATIVO**Sra. Annette Ireland**

La Sra. Ireland trabajó anteriormente para el Centro de Información de Medicamentos y el Centro de Apoyo de Asesores Médicos durante seis años, antes de que se fusionaran para convertirse en el Centro Nacional para la Prescripción (abril 1996). Hoy día es secretaria de dirección del Centro Nacional para la Prescripción.

Nos gustaría dar las gracias a todos los miembros de los grupos que han realizado aportaciones a este documento.

Glosario

- **Comité de Prescripción de Área (APC):** Comité de prescripción dirigido por la autoridad sanitaria establecido para considerar, entre otros, la entrada gestionada de nuevos fármacos dentro del NHS y el impacto de la prescripción hospitalaria en la atención primaria.
- **BNF:** *British National Formulary* – Formulario nacional británico.
- **CD-ROM:** disco compacto de lectura.
- **Gobierno clínico:** una nueva iniciativa en el Libro Blanco “El nuevo NHS: moderno y fiable” para asegurar y mejorar la calidad clínica local en el NHS.
- **Concordancia:** concepto de que el trabajo del prescriptor y del paciente en la consulta es una negociación entre iguales cuyo objetivo es una alianza terapéutica entre ambos.
- **Cambio en el coste:** la práctica percibida de transferir la prescripción de la atención secundaria a la atención primaria, meramente como medio para recortar el gasto en la atención secundaria.
- **CPPE:** centro para la educación farmacéutica de posgrado.
- **CSM:** comité de seguridad de medicamentos.
- **Apoyo para la decisión:** sistemas informáticos que ofrecen información relevante sobre todos los aspectos de la prescripción que permiten tomar las decisiones sobre prescripción más lógicas, seguras y eficaces.
- **Tratamiento de la enfermedad:** proceso de considerar todas las necesidades sanitarias de un paciente con una enfermedad concreta y, por lo tanto, solucionarlos de forma eficaz y rentable.
- **Drug Tariff:** publicación mensual, recopilada por el PPA en representación del Departamento de Salud, que expone detalles de pagos a realizar en función del suministro de productos farmacéuticos, dispositivos y reagentes químicos.
- **Comité de farmacia (DTC):** comité hospitalario que establece políticas sobre temas de gestión de medicamentos dentro del hospital.
- **DTB:** boletín de fármacos y terapéutica.
- **Formulario:** lista acordada de fármacos y preparados de los que se seleccionan la mayoría de los productos que se prescriben.
- **FP10:** documento para la prescripción utilizado por los médicos generales.
- **FP10 (HP):** un documento para la prescripción empleado por los médicos del hospital, pero la dispensación la realizan los farmacéuticos de la comunidad.
- **GMS:** servicios médicos generales.
- **HIP:** programa de mejora de la salud.
- **INR:** *International Normalised Ratio* (cociente normalizado internacional).
- **Artículo de gancho (*loss leader*):** fármaco que se vende poco, o sin beneficios, a un hospital con la esperanza de que los pacientes comenzarán y continuarán con él después del alta. La compañía farmacéutica recupera los costes a partir de las ventas continuadas en la comunidad a un mayor beneficio.
- **Grupos de auditoría médica:** grupos multidisciplinarios unidos a HA responsables del desarrollo de auditorías clínicas.
- **MIMS:** índice mensual de especialidades médicas. Una publicación patrocinada diseñada como una guía de prescripción que se produce mensualmente y, por lo tanto, contiene precios actualizados de los fármacos.
- **Mnemotécnicas:** palabras acortadas o frases diseñadas como ayuda memorística cuando se prescribe con sistemas informáticos, por ejemplo al teclear GTN se producirá una descripción completa e instrucciones de posible dosificación en la hoja de prescripción.
- **NIC:** elemento de coste neto, es decir, el coste básico de un fármaco sin tener en cuenta descuentos, los costes del envase, etc.
- **NIC/PU:** el elemento de coste neto por unidad de prescripción.
- **NICE:** Instituto Nacional para la Excelencia Clínica.
- **AINE:** fármaco antiinflamatorio no esteroideo.
- **OP:** paquete original.

- **Medicamentos OTC:** medicamentos que se pueden comprar sin receta (*over the counter*).
- **PACT:** análisis de prescripción y datos de coste.
- **PARC:** informe de auditoría de prescripción y catálogo (Gales).
- **PCG:** grupo de atención primaria.
- **PGEA:** complemento de educación posgrado.
- **Polifarmacia:** cuando un paciente toma varios fármacos que pueden interactuar entre sí, o puede tomar uno para reducir los efectos secundarios de otro.
- **PPA:** autoridad que fija los precios de la prescripción.
- **Prodigy:** estudio de prescripción lógica con apoyo a la decisión en la práctica general.
- **SCPPE:** Centro Escocés para Educación de Posgrado en Farmacia.
- **TENS:** estimulación nerviosa electrónica transcutánea.
- **Giro:** el proceso de mover el dinero entre diferentes presupuestos para un propósito específico.
- **WTE:** equivalente de tiempo completo.

