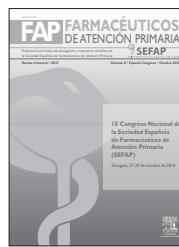




FARMACÉUTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

www.elsevier.es/fap



PÓSTERS

15 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP)

Zaragoza, 27-29 de octubre de 2010

L1- Evaluación de la utilización de medicamentos

L1-1. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS: ESTUDIO DE INDICACIÓN-PRESCRIPCIÓN

L. Álvarez Bruned^{a,b}, R. Vallés Fernández^a, J.M. Bonet Simó^a, P. Modamio Charles^b, C. Fernández Lastra^b y E.L. Mariño Hernández^b

^aSAP-Cerdanyola-Ripollet. ^bInstitut Català de la Salut. Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia. Universitat de Barcelona.

Objetivos: Conocer la adecuación del tratamiento de la osteoporosis a la guía de práctica clínica (GPC) "Recomendaciones para la valoración del tratamiento de la osteoporosis primaria en mujeres de la Comunidad Autónoma".

Material y métodos: *Diseño:* estudio de indicación-prescripción transversal, retrospectivo. *Ámbito:* Equipo Atención Primaria urbano. *Población:* 26.516 habitantes. *Período:* corte transversal (29/05/2010) con análisis retrospectivo de los factores de riesgo hasta el año 2004. *Población de estudio:* mujeres > 60 años con diagnóstico de osteoporosis y tratamiento activo antiosteoporótico. *Criterios exclusión:* Osteoporosis secundaria o patología neoplásica en los últimos 5 años. *Cálculo muestra:* Se consideró una prevalencia de la osteoporosis en mujeres mayores de 45 años del 30% y una precisión del 5% (errores $\alpha = 0,05$ y $\beta = 0,20$). *Variables:* Principal: indicación del tratamiento. Secundaria: indicación de la densitometría (DXA). Análisis según GPC Madrid. *Variables independientes:* edad, índice de masa corporal (IMC), antecedentes personales de fractura vertebral y/o periférica, antecedentes familiares de fractura por fragilidad, resultado de la DXA, tratamiento para la osteoporosis. *Ánálisis estadístico:* descriptivo: tendencia central para variables cualitativas y frecuencias para las variables cuantitativas.

Resultados: De 319 mujeres se incluyeron 298 (media: edad 72,5 años e IMC 28,07). De éstas 39 (13%) sólo tenían prescrito calcio + vitamina D (excluidas del análisis de indicación). De 259 pacientes, 35 (13,5%) no valorables por falta de información; 90 (34,7%) tenían bien indicado el tratamiento y 134 (51,7%) mal indicado (el 82% de este grupo tenían entre 60-74 años). De las 298, 199 (67%) tenían realizada mínima una DXA, de éstas un 36% estaban bien indicadas y un 57% no era necesario realizarla y un 7% no valorables.

Conclusiones: La mayoría de tratamientos para la osteoporosis estaban mal indicados siendo las mujeres entre 60 y 74 años las que tenían mayor probabilidad de recibir un tratamiento inadecuado.

L1-2. VARIABILIDAD EN EL CONSUMO, PRECIO Y GASTO DE PENICILINAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

C. Suárez Alemán, G. Sanfélix-Gimeno, M. Armendáriz Cuñado, M. Elfau Mairal, E. Cruz Martos y A. Azparren Andía

Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP).

Objetivos: Describir la variabilidad en las tasas de dispensación, precio medio y gasto farmacéutico de penicilinas por áreas de salud.

Material y métodos: Estudio ecológico, transversal y descriptivo del consumo, precio medio y gasto de penicilinas de amplio espectro (PAE) y penicilinas con inhibidores de betalactamasa (PIB) en 113 Áreas de Salud de 10 CCAA en 2006. Análisis de áreas pequeñas para analizar la variabilidad entre áreas y el análisis de varianza para valorar el efecto de la Comunidad Autónoma.

Resultados: Se consumieron 16,99 DHD de penicilinas en pensionistas, el 32% (5,24 DHD) correspondían a PAE y el 64% (10,85 DHD) a PIB. Este consumo supuso en PAE (precio medio 0,29€) un gasto de 104,84€/100hab/año, y en PIB, a un precio medio muy superior (0,65€), un gasto de 487,95€/100 hab/año. En activos, el consumo de penicilinas fue 10,83 DHD con una distribución similar, y el gasto fue 84,43€/100 hab/año para PAE, y 344,35€/100 hab/año para PIB. En pensionistas, la razón de variación entre los percentiles 5 y 95 para las PAE fue de 3,0 veces para el consumo, 1,1 para el precio medio y 3,1 veces para el gasto, mientras que para las PIB fue de 2,4, 1,8 y 3,0, respectivamente. La variabilidad en activos fue similar a la observada en pensionistas, aunque algo mayor. La CCAA explicó en pensionistas el 29% y el 35% de la variabilidad en el consumo entre áreas para PAE y PIB, respectivamente, mientras que en pensionistas explicó el 54% y el 42%, respectivamente.

Conclusiones: La variabilidad entre áreas en el consumo de penicilinas fue moderada para ambos grupos, sin embargo su impacto poblacional es muy diferente dadas las diferencias en consumo y precio entre PAE y PIB. El factor CCAA explica una parte importante en la variabilidad entre áreas, más llamativo en activos.

L1-3. EVOLUCIÓN EN LA AUTORIZACIÓN Y PRESCRIPCIÓN DE LOS SUPLEMENTOS DE CALCIO CON O SIN COLECALCIFEROL. SU ADECUACIÓN EN DOSIS, FORMA FARMACÉUTICA Y A LAS RECOMENDACIONES CIENTÍFICAS

A.I. Rigueira García

Gerencia de Atención Primaria Avilés. SESPA.

Objetivos: Analizar la evolución de la autorización comercial de suplementos de calcio con o sin colecalciferol y su relación con la prescripción en un área sanitaria durante 14 años, así como la adecuación a las recomendaciones científicas y posible influencia de la promoción comercial.

Material y métodos: Estudio cuantitativo descriptivo de los datos de facturación farmacéutica de suplementos de calcio con o sin colecalciferol en un área sanitaria desde 1996 hasta 2009, en miligramos de calcio elemento y número de dosis. Los datos se agrupan en función de la idoneidad del medicamento según dosis, forma farmacéutica y las recomendaciones científicas en: adecuados o inadecuados. Análisis de las altas en mercado de estos medicamentos y de los mensajes publicitarios actuales más difundidos. Establecimiento de hipótesis de su posible relación con la evolución y situación actual los datos de prescripción.

Resultados: Los miligramos de calcio totales se duplican entre 1996 y 2009, el número de dosis se incrementa un 215%. El 90% de los suplementos con vitamina D se comercializan a partir de 1996 y partir de 1999 éstos superan al consumo de calcio monofármaco, siendo este año cuando el consumo

resulta más idóneo porcentualmente (93% de las dosis). A partir de 2006 se incrementa preocupantemente la prescripción de suplementos no adecuados, equiparándose en 2009 a los adecuados. Esto podría relacionarse con la autorización de suplementos combinados hidrosolubles y de dosis altas de calcio a partir de 2003 y con la posible influencia de publicidad paralela.

Conclusiones: El mercado de suplementos de calcio y colecalciferol aparentemente se adaptó a las recomendaciones científicas en periodo de sensibilización a la osteoporosis, pero a partir de 1999 se observa una deriva inadecuada tanto en autorización como en publicidad y prescripción de suplementos combinados. Se precisan intervenciones correctoras, especialmente de la administración reguladora.

L1-4. LA HISTORIA ÚNICA DIGITAL COMO OPORTUNIDAD PARA VALORAR LA ADECUACIÓN DEL USO DE EPLERENONA

B. García Robredo, E. Ramos López, J. Jerez Rojas y M. Cobos Muñoz

Área Sanitaria Norte de Córdoba.

Objetivos: Evaluar el grado de adecuación de las prescripciones de eplerenona a las condiciones de uso aprobadas en ficha técnica. Detectar interacciones farmacológicas potencialmente graves que puedan comprometer la seguridad del paciente. Difundir entre los profesionales implicados las áreas de mejora detectadas.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo de prescripción-indicación que además evalúa la seguridad de los tratamientos. Se identificaron todos los pacientes del Área Sanitaria en tratamiento con eplerenona en febrero de 2010 mediante el programa informático de facturación de recetas. Se accedió a la Historia Única Digital (HUD) de cada paciente recogiéndose los siguientes datos: tratamiento junto con betabloqueantes e infarto de miocardio (criterios necesarios para considerar indicación adecuada); tratamiento concomitante con fármacos que puedan producir interacciones importantes.

Resultados: En un Área Sanitaria con 82.519 habitantes, se identificaron 98 en tratamiento con eplerenona. En un 47% de los pacientes la prescripción del fármaco fue adecuada; del resto, un 41% sólo cumplía un criterio y un 12% ninguno. En cuanto a la evaluación de la seguridad, el 17% de los pacientes tenía prescrita medicación concomitante con riesgo potencial de interacciones (diltiazem, verapamilo, amiodarona). Hubo un paciente en el que se detectó una duplicidad terapéutica (eplerenona + espironolactona); esta asociación está contraindicada por riesgo elevado de producir hipertotasemia. Se elaboró un boletín informativo en el que se recogieron los siguientes aspectos: recordatorio de indicaciones autorizadas, procedimiento para el uso de medicamentos en condiciones diferentes de las autorizadas e interacciones.

Conclusiones: En nuestra Área Sanitaria la utilización de eplerenona es inadecuada en un alto porcentaje de pacientes. Se detecta un caso donde la seguridad está seriamente comprometida por riesgo elevado de producir hipertotasemia. La HUD resulta de gran utilidad, facilitando el acceso a diagnósticos, tratamientos y analíticas, permitiendo al farmacéutico la intervención rápida sobre las áreas de mejora detectadas.

L1-5. LA IMPORTANCIA DEL REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA: EL CASO DE LOS ANTIASMÁTICOS EN PEDIATRÍA

C. Labarta Mancho^a, M.I. Losta Gracia^b, J. Ruiz Barranco^c, J.A. Castillo Laita^a, C. Puig García^e y A. Marco Rived^f

^aFarmacia de Atención Primaria Sector Zaragoza I. ^bEAP Actur Oeste.

^cDirección de AP Sector Zaragoza I. ^dEAP Fuentes de Ebro. ^eEAP Actur Norte. ^fHospital Miguel Servet.

Objetivos: Estudiar las características del registro en Historia clínica electrónica (HCE) de la patología asmática en pediatría y la calidad de prescripción relacionada con diagnóstico.

Material y métodos: Tipo de estudio: Transversal descriptivo de indicación-prescripción. Periodo: año 2009. Ámbito: Niños de 0 a 14 años de un área con diagnóstico de asma (CIAP R96) o ≥ 3 episodios de bronquitis (CIAP R78). Fuente de datos: HCE. Variables: Centro de salud, Facultativo, N.º Historia clínica, Edad, Diagnóstico, Cartera de servicios, Gravedad, Fármacos prescritos. Indicadores: Prevalencia de asma, seguimiento en cartera de servicios y gravedad del asma registrada, niños asmáticos en tratamiento agudo y/o de mantenimiento (corticoide inhalado (CI) solo o asociado a agonistas B2 de acción prolongada (ABAP) y/o antileukotrieno (AL).

Resultados: En una población pediátrica de 32.181 niños, encontramos 2.896 niños con asma (R96) y 596 historias con ≥ 3 anotaciones R78 (sólo en

54,9% consta el diagnóstico de asma). Prevalencia de asma: 10,9% (rango entre centros de 4,5% a 21,3%; mediana = 9,8%). De 2.896 niños con R96, 1.300 (44,9%) tienen registrado seguimiento en cartera de servicios el último año (rango entre centros: 32,2% a 78,9%, mediana = 40,0%) y de éstos 306 (23,5%) tienen registrada gravedad: 39,2% episódica ocasional, 59,2% episódica frecuente, 1,6% persistente moderada. 2.444 niños con R96 (84,4%) tienen prescrito al menos 1 fármaco durante 2009: 38,6% tratamiento agudo, 61,4% tratamiento de mantenimiento (57,3% CI, 25,5% CI+AL, 8,4% AL, 4,7% CI+AL+ABAP, 4,2% CI+ABAP). El 44,2% de los niños con asma episódica ocasional recibe tratamiento de mantenimiento y el 25,0% con asma episódica frecuente sólo de las crisis.

Conclusiones: El registro en HCE ofrece oportunidades de mejora y debe ser el paso previo a todo estudio de indicación-prescripción. Existe inadecuación del tratamiento tanto por exceso en asma episódica ocasional como por defecto en asma episódica frecuente. Es importante que los profesionales dispongan de información que facilite mejorar el registro y el tratamiento.

L1-6. UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

B. Esteban Fernández y B. Riveiro Barciela

Centro de Salud San José. A Coruña.

Objetivos: Conocer los psicofármacos utilizados en pacientes con enfermedad de Alzheimer con el fin de disminuir problemas relacionados con los medicamentos y valorar su adecuación en esta población.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en 159 pacientes pertenecientes a seis centros de salud que reciben medicación para la enfermedad de Alzheimer durante el primer semestre del 2010; se recogen datos sobre tratamiento con psicofármacos (ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos). Fuentes de datos: entrevista con cuidadores de los pacientes, programa informático de visado de recetas, historia clínica informatizada.

Resultados: De los 159 pacientes, 21 de ellos institucionalizados en residencias geriátricas. El 70,44% son mujeres (edad media 80,02 años, desviación estándar 6,15) y el 29,55% hombres (edad media 78 años, desviación estándar 5,21). Un 75,48% recibe tratamiento antialzheimer en monoterapia (27,04% rivastigmina; 25,78% donepezilo; 12,57% galantamina; 10,06% galantamina). Mientras que un 24, 52% recibe tratamiento con terapia doble (inhibidor de la acetilcolinesterasa y memantina). Un 48,42% de los pacientes están a tratamiento con antidepresivos (los más utilizados son citalopram 13,2% y trazodona 11,32%). No se encontró ningún tratamiento con antidepresivos tricíclicos. El 31,44% consumía habitualmente benzodiacepinas (6,28% de vida media larga y 25,16% de vida intermedia-corta, siendo la más frecuente lorazepam 11,32%). Utilizaban antipsicóticos el 33,96% de los pacientes (6,9% haloperidol y 27,06% antipsicóticos atípicos, siendo el más usado la risperidona 23,2% seguido de la quetiapina).

Conclusiones: Cabe destacar una alta prevalencia de utilización de psicofármacos en los pacientes con demencia tipo Alzheimer evaluados; puesto que estos medicamentos pueden presentar importantes efectos adversos y que los síntomas psicológicos y conductuales varían considerablemente en las distintas fases de la enfermedad, es conveniente evaluar periódicamente si son necesarios y utilizarlos el menor tiempo posible, especialmente antipsicóticos y ansiolíticos.

L1-7. PLAN DE MEJORA DE LA OSTEOPOROSIS: ¿POR DÓNDE EMPEZAR?

A. Franzi Sisó, M. Massot Mesquida, R. Vallés Fernández, J.A. García Vicente y C. Vedia Urgell

Dirección de Atención Primaria Metropolitana Nord. Institut Català de la Salut.

Objetivos: Describir las características de la población tratada con fármacos para la osteoporosis, con la finalidad de detectar áreas de mejora para un proyecto de intervención de su manejo.

Material y métodos: Diseño: estudio observacional transversal (prescripción-indicación). Ámbito: Atención Primaria (60 equipos, población atendida > 14 años: 563.810). Población estudio: mujeres u hombres > 18 años tratados con un fármaco antosteoporótico y/o suplementos de calcio y vitamina D. Criterios de exclusión: personas en tratamiento oncológico (últimos 5 años), corticoides orales (> 3 meses), heparina y litio. Fuente información: historia clínica informatizada. Variables: demográficas, índice de masa corporal (IMC), diagnóstico, densitometría, tratamiento farmacológico (antosteoporótico (TO), suplementos de calcio y vitamina D solos (TS)).

Resultados: Se detectaron 36.938 personas tratadas (6,5% de población atendida, 92,28% mujeres). Edad media 67,6 años (28,8% > 74 años). Se registró el IMC en un 44,6% de los casos (IMC < 19: 216, 0,58%). Se registró diagnóstico de osteoporosis y/o fractura en el 44,6% de los casos con TO. Tenían fractura previa, prevención secundaria (PS), 6.491 (20,39% con TO y un 13,32% con TS). De los pacientes sin PS (30.447), se registró como mínimo una densitometría en el 32,5% (el 8,5% eran < 60 años y el 59,80% recibían TO). Los bisfosfonatos fueron los fármacos más prescritos (62,24% en PS, 48,13% en el resto de pacientes). Del total de TO, un 28,13% no tomaban suplementos de calcio y vitamina D y 271 (0,73%) recibían más de un TO.

Conclusiones: Este estudio preliminar permitirá focalizar la intervención en los siguientes puntos de mejora: Registro de diagnósticos, IMC, densitometría. Indicación de densitometría e intervención en el grupo de pacientes menores de 60 años. Grupo de pacientes con antecedentes de fractura que están tratados sólo con suplementos de calcio y vitamina D. Pacientes con TO sin suplementos.

L1-8. PREVALENCIA DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN EN RECETA ELECTRÓNICA

N. Izko Gartzia^a, O. Rodríguez Pérez^a, L. Álvarez Rodríguez^c, R. Torres García^d, R. Rodríguez Rincón^c y C. Pata Iglesias^d

^aHospital Son Llàtzer. ^bHospital de Inca. ^cHospital Son Dureta.

^dAtención Primaria Ibiza.

Objetivos: Analizar los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) en pacientes incluidos en receta electrónica y determinar el impacto que tendría la intervención de los farmacéuticos de atención primaria (FAP) para su resolución.

Material y métodos: El análisis se lleva a cabo en 4 centros de salud pertenecientes a 4 sectores distintos. Se revisan las prescripciones de todos los pacientes incluidos en receta electrónica citados el 14 de octubre de 2009 con su médico de familia. Para cada PRM detectado se registra la causa y la propuesta que realizaría el FAP al médico de familia para resoloverlo, qué aspecto mejoraría su resolución (eficacia, seguridad, indicadores, gasto) y el ahorro económico que supondría la aceptación.

Resultados: Se incluyen un total de 661 pacientes, de los cuales 370 tienen algún PRM. El número total de PRM detectados es de 745, lo que supone que el 60,56% de los pacientes analizados tiene uno o más PRM, siendo la incidencia mayor en los grupos de edad más avanzada y en los que tienen mayor número de medicamentos crónicos prescritos. Las principales causas de PRM son: alternativas más coste-efectivas, medicamentos innecesarios, duplicidades y duración excesiva. La resolución de los PRM mejoraría la eficacia y seguridad del tratamiento (en el 56% de los PRM), indicadores de calidad de prescripción (69%) y reduciría el gasto farmacéutico (85%). Estimando que aceptaran entre el 50% y el 75% de las propuestas, el ahorro neto se situaría entre los 3.700€ y los 6.300€ mensuales.

Conclusiones: Los PRM afectan a un elevado porcentaje de pacientes incluidos en receta electrónica, especialmente en determinados grupos de edad. Por ello consideramos necesario prevenirlas mejorando el programa de receta electrónica e incorporando herramientas informáticas que permitan a los FAP seleccionar a los pacientes susceptibles de intervención y revisar los tratamientos de forma sistemática.

L1-9. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Fernández Morató y A. Álvarez Carrera

Institut de Prestacions de Asistencia Médica al Personal Municipal (PAMEN).

Objetivos: Analizar la adecuación de la prescripción de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en un centro de atención primaria (CAP).

Material y métodos: Estudio observacional en un CAP con cobertura a 26.986 habitantes. Se seleccionó una muestra aleatoria de pacientes en tratamiento crónico con IBP durante el año 2009. Fuente de información: historia clínica informatizada. Variables estudiadas: demográficos, indicación IBP, adecuación prescripción, origen prescripción (primaria o atención especializada/hospitalaria) y total de medicamentos crónicos administrados vía oral (MCVO). Gastroprotección no adecuada (NA) según especificaciones del contrato de compra de servicios del año 2010: 1) No AINE ni AAS o clopidogrel, 2) AINE en < 65 años, sin antecedentes gastrointestinales ni comorbilidades graves, no tratamiento con corticoides ni anticoagulantes ni AAS o clopidogrel, 3) AAS sin tratamiento con AINE ni anticoagulantes, no antecedentes gastrointestinales y con 1 o ningún factor de riesgo (edad avanzada,

dispepsia/enfermedad por reflujo gastroesofágico, tratamiento con corticoides).

Resultados: Pacientes con IBP: 2.716 (12,2% de la población atendida). Muestra: 240 pacientes, edad media 69 (DE = 15) años, 35% hombres. Indicación: 125 (52%) digestivo, 115 (48%) no digestivo. Adecuación prescripción (no digestivo): 60 (52%) adecuado, 55 (48%) NA. Las prescripciones NA representaron un 22,9% del total de la muestra. Motivos NA: 1) 34 (62%), 2) 4 (7%), 3) 17 (31%). MCVO en pacientes con prescripción NA: 4,5 (DE = 1,3) en pacientes que reciben AINE vs 8 (DE = 3,3) en pacientes que no reciben AINE (p = 0,046). Origen prescripción NA: 29 (53%) primaria, 26 (47%) especializada/hospitalaria.

Conclusiones: Casi la mitad de las prescripciones en indicaciones no digestivas son NA. La polifarmacia en pacientes que no toman AINE se asocia a consumo NA. El origen de la prescripción NA se distribuye equitativamente entre atención primaria y atención especializada/hospitalaria. Sería conveniente establecer protocolos de revisión de prescripción de IBP, mayoritariamente en la población sin patología digestiva y que no toma ni AINE ni AAS o clopidogrel.

L1-10. ¿SE PRODUCEN CAMBIOS EN LA UTILIZACIÓN DE LOS NUEVOS MEDICAMENTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA AL DEJAR DE MONITORIZARLOS?

M. Aza Pascual-Salcedo^a, C. Labarta Mancho^b, M.C. Celaya Lecea^c, M. Elfau Mairal^d, M.J. Lallana Álvarez^a y M.C. Carcas de Benavides^a

Servicios de Farmacia. Dirección de AP: ^aSector Zaragoza III. ^bZaragoza I. ^cZaragoza II. ^dHuesca.

Objetivos: En nuestra comunidad autónoma se monitorizan los nuevos principios activos durante los tres primeros años de su comercialización. El objetivo planteado es analizar si velocidad de incorporación de los nuevos principios activos se modifica al dejar de estar monitorizados, durante el cuarto año de comercialización o si se puede predecir su comportamiento con los datos de los 3 primeros años.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Unidad de estudio: principios activos comercializados desde enero 2003, con datos de consumo de al menos 48 meses, excluyendo uso estacional y muy bajo consumo. Período de estudio: cuatro primeros años de comercialización. Ámbito: atención primaria. Variables de medida: n.º de facultativos distintos que prescriben cada principio activo mensualmente; consumo: dosis diarias de finidas (DDD) y gasto mensual. Se utilizan medias móviles de 3 meses. Método: con los datos de 1 a 36 meses se estima la mejor ecuación que modeliza la relación de las variables y el mes de comercialización. Con la ecuación obtenida se predicen los valores del 37 al 48 mes de comercialización. Se analiza si los datos predichos del 37-48 mes se pueden considerar similares a los reales, mediante 3 análisis estadísticos: Coeficiente de correlación de Pearson; test de la t de muestras pareadas, Contraste de validación cruzada basada en la distribución F.

Resultados: Se analizan 13 principios activos. Entre la ecuación predicha y la observada en los 37-48 meses de comercialización de los nuevos principios activos, existe una alta correlación y no existen diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas en el ámbito de Atención Primaria.

Conclusiones: En Atención Primaria, el n.º de facultativos distintos y el consumo en DDD o en gasto mensual de los tres primeros años, permite predecir lo que ocurre en el cuarto año de comercialización, en el cual no están monitorizados.

L1-11. ESTUDIO DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL: COMPARACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

N. Ugalde Fernández^a, M.J. Lerena Rivas^b, M.L. Sainz Suberviola^c y M.D. Redín Areta^c

Servicio de Hematología. Hospital de Navarra. ^bCentro de Salud de Estella. ^cDepartamento de Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra.

Objetivos: El cumplimiento terapéutico presenta un papel fundamental en la efectividad del tratamiento anticoagulante oral. Se ha propuesto analizar, de manera comparativa: 1-El grado de adherencia a la terapia anticoagulante oral, en Atención Primaria versus Atención Especializada. 2-Los factores que pueden influir sobre el mismo, en los ámbitos señalados.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, desarrollado en dos entornos: un Centro de Salud urbano (CS), y una Consulta Externa de Hematología (CH). Se distribuyó un cuestionario, incluyendo el

test de Morinsky-Green, variables sociodemográficas y sanitarias, a pacientes sometidos a tratamiento con Acenocumarol, que acudieron a consulta programada, durante el período de enero-abril de dos años consecutivos. El procesamiento de datos se realizó mediante el programa SPSS.V15.

Resultados: Se obtuvieron 113 encuestas cumplimentadas en CS, así como 211 en CH. En ambos medios, se observó predominio de varones (56%), con heterogeneidad en edad: 74,3% de pacientes correspondientes a CS superaban los 69 años, frente al 55,4% en CH. El tratamiento con acenocumarol se prolongó frecuentemente durante más de 12 meses, difiriendo entre CS (77%) y CH (61,6%). Preferentemente, el propio paciente se responsabilizaba de su administración (77% CS vs 80% CH). Mediante el test de Morinsky-Green, se registró un porcentaje autorreferido de adherencia de 87% en CH, sensiblemente superior al determinado en CS (69%). Sin embargo, en ambos ámbitos una proporción similar de participantes manifestó satisfacción con la información aportada por el equipo sanitario (85%), estimando necesaria la toma de su medicación (92% CH vs 85,5% CS). Respecto de los problemas citados para un correcto cumplimiento, se mencionó prioritariamente la duración del tratamiento, la vigilancia en la administración de otros fármacos o los efectos adversos asociados.

Conclusiones: Factores relativos a patologías, pautas de tratamiento o atención sanitaria podrían explicar la diferencia de adherencia terapéutica en distintos ámbitos. Su conocimiento facilitaría la implantación de medidas específicas para la mejora de la misma.

L1-12. INADECUACIÓN DE LA DOBLE ANTIAGREGACIÓN

A. López Montes, M. Briones Barreiro, M.D. Llamas del Castillo e I. Arrollaba Ocampo

UGC Las Lagunas. Distrito Sanitario Costa del Sol.

Objetivos: Estudiar la prevalencia, indicación y duración de la doble antiagregación en los pacientes de nuestra Unidad de Gestión Clínica (UGC) y su adecuación o no a las Guías de Práctica Clínica.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, de todos los pacientes que estuvieron con doble antiagregación (ácido acetilsalicílico y clopidogrel) en nuestra UGC, entre febrero y abril de 2010, según datos obtenidos del Servicio de Farmacia del Distrito. Se excluyeron aquellos pacientes que en el momento de la revisión de historias ya la tuvieran suspendida, los pacientes pertenecientes a otros centros y fallecidos. Análisis estadístico mediante el programa SPSS 11.0.

Resultados: De los 163 pacientes que se encuentran con doble antiagregación, 129 varones (79,1%) y 34 mujeres (20,9%), con edad media de 66,67 ± 10,76 años. Motivo de doble antiagregación: 124 pacientes (76,1%), cardiopatía; 11 pacientes (6,7%), enfermedad cerebrovascular; 7 pacientes (4,3%), enfermedad arterial periférica; 6 (3,7%), eventos cardiovasculares mayores; 1 paciente (0,6%), tromboembolismo pulmonar; en 6 pacientes (3,7%) no se encuentra recogido el motivo. Duración de la doble antiagregación: 49 pacientes (30,1%) llevan menos de doce meses; 114 pacientes (69,9%), más de un año, siendo el más prolongado de 6 años. Adecuación de la indicación: 54 pacientes (33,1%), indicación de doble terapia antiagregante; 109 (66,9%) no está indicada.

Conclusiones: La duración de la terapia combinada depende, entre otros, del tipo de síndrome coronario agudo, de la realización o no de ACTP y del tipo de stent implantado; la terapia combinada ha demostrado reducir el número de eventos en los primeros meses pero debemos de valorar siempre el riesgo de sangrado y la indicación de la misma. Nos planteamos por qué casi el 70% de los pacientes estudiados mantienen doble antiagregación a pesar de la no indicación con el consiguiente aumento de efectos adversos.

L1-13. SEGUIMIENTO DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES EN RECETA ELECTRÓNICA

S. Fontanals Martínez, H. Anglada Martínez, J.M. Sotoca Momblona, M. Rovira Illamola y J. Ribas Sala

Centro de Atención Primaria CASPE. Hospital Clínic de Barcelona.

Objetivos: Recientemente se ha implantado en la Comunidad Autónoma la receta electrónica, cuyo propósito es mejorar la calidad asistencial, la accesibilidad a los medicamentos y la sostenibilidad del sistema. Este sistema integra la prescripción y dispensación de medicamentos y actualmente coexiste con el sistema tradicional de recetas. El objetivo de este estudio es analizar una muestra de prescripciones electrónicas y los errores cometidos en las mismas.

Material y métodos: Revisión de las prescripciones electrónicas de 58 pacientes de dos centros de atención primaria a través del programa de prescripción OMI-Web. Se revisaron los campos: tipo de receta (aguda, crónica, demanda), episodio diagnóstico, intervalo de dispensación (periodicidad) y posología del medicamento. También se registró en cuántos pacientes coexisten ambos sistemas de prescripción.

Resultados: Se revisaron 225 recetas electrónicas pertenecientes a 58 pacientes, siendo el 11% recetas agudas, 72% crónicas y 17% a demanda. Un tercio de las prescripciones imputaban el medicamento a un diagnóstico erróneo (ej: enalapril para depresión). En el 9,8% de los casos, la periodicidad de las recetas era incorrecta, pudiéndose generar más o menos envases de los necesarios y el 38,22% no incluían instrucciones sobre la posología para el paciente. El 17,24% de los pacientes simultaneaba la prescripción electrónica con la tradicional.

Conclusiones: El éxito de la prescripción electrónica pasa por la correcta cumplimentación de la receta electrónica, ya que en caso contrario, el error se perpetúa mientras no se realiza ningún cambio en el tratamiento, ocasionando molestias y confusión al paciente. En nuestro estudio, el 10% de prescripciones tenían un error en el intervalo de dispensación, pudiendo generarse dispensaciones excesivas o insuficientes de medicamentos, con el consiguiente impacto económico para el sistema. La coexistencia de ambos sistemas debe minimizarse para evitar riesgo de duplicidades y errores de medicación.

L1-14. INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES. ¿TAMBIÉN EN NIÑOS?

C. Labarta Mancho^a, F.J. Gomes^b, W. Varona^b, M. Pascual^b, J.J. Sebastián Domingo^b y R. Magallón Botaya^b

Sector Zaragoza I. Servicio Aragonés de Salud. ^aFarmacia de Atención Primaria. ^bUnidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria.

Objetivos: Describir la utilización de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en niños.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, de un año, 2009, revisando muestra aleatoria representativa de pacientes con al menos una prescripción de IBP, en un sector sanitario. Variables: edad, sexo, antecedentes hemorragia digestiva, úlcera, ERGE, dispepsia, AINE, analgésicos, corticoides, antiagregantes, anticoagulantes, polimedición y tipo de IBP prescrito. Análisis estadístico: descriptivo y mediante χ^2 o t-Student o U de Mann-Whitney en variables cualitativas. Para variables cuantitativas se utiliza regresión logística o simple.

Resultados: En una muestra de 384, se encuentran 51 pacientes menores de 14 años, con prescripción de IBP (13,3%), a pesar de que el uso de IBP no está, en general, recomendado en ficha técnica para menores de 12 años. El 51,0% de los niños tienen ≤ 10 años, 11,8% 11 años, 17,6% 12 años, 15,7% 13 años y 3,9% 14 años. Cumplen criterios de adecuación en la indicación de indicación de IBP 18% (9/51). Estratificando por riesgo, bajo 82% (41/51), medio 18% (9/51), alto 0% (0/51). Cumplen criterios en niños 20,7% (6/29) respecto a 14,3% en niñas (3/21), $\chi^2 = 0,338$; $p = 0,561$; en ámbito rural 33,3% (3/9) respecto a 14,6% urbano (6/41), $\chi^2 = 1,728$; $p = 0,186$. Grupos de patologías que no cumplen criterios en un 100% de las ocasiones: neurológicas (2/2), hematológicas (excepto plaquetas) (1/1), ORL (2/2), traumatológicas (4/4), cardiológicas (1/1); $\chi^2 = 7,891$; $p = 0,342$. No hay diferencias respecto al IBP pautado $\chi^2 = 5,275$; $p = 0,072$. A medida que aumenta la edad disminuyen los criterios que se usan para pautar IBP (criterios que se aplican: 0,388-0,023 × edad; $p = 0,085$).

Conclusiones: En menos de la quinta parte de los menores de 14 años a los que se prescribió IBP, éste era necesario. La prescripción está mejor indicada cuando se trata de pacientes niños y en medio rural. Se siguen mejor los criterios de adecuación cuando el paciente es de menor edad, siendo más permisivos a medida que va creciendo.

L1-15. USO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES ASOCIADOS A OTROS FÁRMACOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

C. López Félez, M.A. Marco Aguado, M. Estrada, C. de Gregorio Nogueras, P. Lizaga y J. Pelegrí Gabarró

Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. Sector Zaragoza I. Servicio Aragonés de Salud.

Objetivos: Conocer la prevalencia del consumo de inhibidores bomba de protones (IBP) asociados a antiinflamatorios no esteroideos (AINE), antiagregantes, anticoagulantes y/o corticoides.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, realizado de enero a noviembre de 2009, mediante revisión altas pacientes hospitalizados y usuarios del Servicio de Urgencias de un Hospital. Se estudian 198 pacientes, mayores de 14 años, seleccionados aleatoriamente, de los que se ha pautado antiagregantes o anticoagulantes, o presentan patología susceptible de tratamiento con: AINE, antiagregantes, anticoagulantes y/o corticoides. Se revisaron las historias clínicas analizando las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes hemorragia digestiva, úlcera, ERGE, dispepsia, IBP, AINE, analgésicos, corticoides, antiagregantes, anticoagulantes, polimedicados. Análisis estadístico descriptivo y mediante χ^2 o t-Student en variables cualitativas o mediante U de Mann-Whitney. Para variables cuantitativas se ha usado regresión logística o simple.

Resultados: A 68,2% se les ha pautado IBP (56,1%, 111/198, tenían FR reconocidos y 12,1%, 24/198, no tenían factores de riesgo reconocidos), al 31,8% al que no se ha pautado IBP 14,6% (29/198) no tenían factores de riesgo y 17,2% (34/198), siendo la diferencia estadísticamente significativa. Se pautan IBP sin encontrar factores de riesgo asociados más en el grupo de edad de 41 a 65 años (83,3%, 20/24; χ^2 114,095; p < 0,000) y en mujeres (66,7%, 16/24; χ^2 = 3,593; p = 0,309). No se pautan IBP encontrando factores de riesgo asociados más en el grupo de edad de mayores de 65 años (76,5%, 26/34; χ^2 = 114,095; p = 0,000) y en hombres (55,9%, 19/34; χ^2 = 3,593; p = 0,309).

Conclusiones: Prevalencia uso IBP del 68%. Se pautan IBP sin encontrar factores de riesgo asociados más en el grupo de edad de 41 a 65 años y en mujeres. No se pautan IBP, encontrando factores de riesgo asociados, más en el grupo de edad de mayores de 65 años y en hombres.

L1-16. ADECUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS DEL GRUPO DE HORMONAS PARATIROIDEAS EN OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA

N. Izko Gartzia^a, C. Calvo Pita^b, M. Bellver Martínez^a, A. Lladó Ollé^c, C. March Frontera^a y M. Vilanova Boltó^a

^aFundación Hospital Son Llàtzer. ^bServicios Centrales Ib_Salut. ^cAtención Primaria Menorca.

Objetivos: Evaluar la adecuación de las prescripciones de análogos de la hormona paratiroidea (A-PTH) a las recomendaciones de la guía de tratamiento de osteoporosis postmenopáusica del servicio de salud.

Material y métodos: Se analiza la historia clínica de mujeres de un sector sanitario, con al menos una dispensación de A-PTH durante 2009 y cuya indicación ha sido realizada en el hospital de referencia. Aspectos investigados: 1) Indicación adecuada: a) mayores de 65 años con un T-score de < -4 DE; b) mayores de 65 años con un T-score < -3,5 DE y más de dos fracturas osteoporóticas previas; c) entre 55 y 64 años con un T-score < -4 DE y más de dos fracturas osteoporóticas previas, y d) fracaso terapéutico con bifosfonatos o ranelato de estroncio (aparición de nuevas fracturas óseas por fragilidad llevando al menos un año de tratamiento). 2) Selección adecuada: teriparatida. 3) Duración adecuada: máximo de 2 años.

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes, de ellos 17 (32,7%) cumplieron criterios densitométricos o de fracaso terapéutico. El empleo de A-PTH fuera de las recomendaciones de la guía fue como primera línea en osteoporosis y para la consolidación de fracturas o prótesis; 8 pacientes (15,4%) no tenían osteoporosis clínica ni densitométrica. En 45 (86,5%) casos se selecciona la molécula recomendada, teriparatida, y hormona paratiroidea recombinante en los 7 restantes. En 4 de los 22 pacientes (18,2%) el tratamiento duró más de dos años.

Conclusiones: El grado de adecuación a las indicaciones de la guía es bajo, mientras que la selección del fármaco ofrece mejores resultados. En varios casos se supera la duración máxima del tratamiento. Considerando el impacto en el gasto farmacéutico de los A-PTH y los aspectos de seguridad, deberían crearse circuitos que garanticen su empleo en indicaciones bien avaladas y durante el tiempo máximo autorizado.

L1-17. ¿SE INDICAN LOS ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS (ARL) CONFORME A FICHA TÉCNICA?

J.C. Morales Serna, A. García Bonilla, M.D. Pérez Pacheco, S. López Rubio, L. Martínez Toribio y A. Fernández Rosa

Servicio de Farmacia y Unidades de Gestión Clínica. Distrito Sanitario Jerez Costa Noroeste.

Objetivos: Evaluar adecuación de uso de antagonistas de receptores de leucotrienos (ARL) a indicaciones aprobadas.

Material y métodos: Tipo de estudio: prescripción-indicación. Se extraen prescripciones de ARL de base de datos de consumo, comprobándose en his-

toria clínica la patología en la que son prescritos. Criterio de calidad: los pacientes presentan una situación clínica incluida entre las indicaciones autorizadas de los ARL. Población universo: pacientes tratados con ARL en dos unidades de gestión clínica (UGC). Una evaluación anterior en todo el área sanitaria (incluye además otras UGC), mostró un porcentaje de adecuación del uso de ARL a indicaciones autorizadas < 20%. Por ello se establece un nivel de calidad aceptable si el 55% de los pacientes cumplen el criterio, y se recoge como objetivo en los acuerdos de gestión de ambas UGC. Cálculo de la muestra: muestreo de aceptación de lotes. Para este umbral del 55%, considerando un error del comprador y proveedor del 5%, y estándar del 90%, deberían auditarse en cada UGC 18 historias, con un número de defectos tolerables máximo de 4. Fuente de datos: Base de datos de consumo e historia clínica. Variable: proporción de pacientes tratados con ARL que cumplen criterio de calidad. Intervención: Incluir este objetivo en acuerdos de gestión y distribuir, mediante sesiones de farmacia y entrevistas educativas, documentación que avala las indicaciones autorizadas de los ARL.

Resultados: 2 y 3 historias respectivamente incumplían criterio de calidad entre las primeras 18 en cada UGC, por lo que en ambas, al menos el 55% de los tratamientos de ARL se adecuan a las indicaciones aprobadas.

Conclusiones: Más del 50% de los tratamientos con ARL se emplean conforme a las indicaciones aprobadas. Aunque se superan resultados anteriores, se mantiene el área de mejora.

L1-18. ¿SE REALIZA ADECUADAMENTE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA CON BETABLOQUEANTES TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO?

L. Álvarez Arroyo^a, R.M. Rodríguez Rincón^a, N. Izko Gartzia^b, A. Padilla López^c, O. Pérez Rodríguez^d y M. Rovira Vila^e

^aSector Ponent-HUSD. ^bSector Migjorn_HSLL. ^cCentro Sociosanitario El Pinar. Castellón. ^dSector Inca-HCIN. ^eSector Llevant-FHM. Mallorca.

Objetivos: La Sociedad Europea de Cardiología establece que la prescripción de betabloqueantes está indicada como prevención secundaria en todos los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM), siempre que los toleren y no tengan contraindicaciones, independientemente de la tensión arterial y del grado de disfunción del ventrículo izquierdo. Los objetivos fueron determinar el porcentaje de prescripción de betabloqueantes como prevención secundaria tras un IAM y describir el perfil de prescripción de betabloqueantes tras el IAM.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal que incluyó pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de IAM entre mayo 2004-mayo 2009 registrado en la historia clínica informatizada de Atención Primaria del Área de Salud. Se excluyeron los pacientes sin registro informático del tratamiento farmacológico. En una hoja de Excel se registraron las variables edad, sexo, prescripción de betabloqueantes y principio activo. El tamaño muestral calculado fue de 382 pacientes, por lo que se realizó un muestreo aleatorio simple con el Epidat v3.1 entre los pacientes con criterios de inclusión. Se calcularon medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas y frecuencias relativas para las variables cualitativas, mediante el paquete estadístico SPSS 14.0.

Resultados: Se incluyeron 382 pacientes con una edad media $68,9 \pm 12,9$ años, 70,7% (270) eran hombres. Se prescribieron betabloqueantes tras el IAM al 76,2% (291) de los pacientes y fueron: bisoprolol 39,9% (16), carvedilol 17,5% (51), atenolol 16,5% (48) metoprolol 16,2% (47) y nebivolol 9,6% (28).

Conclusiones: A pesar de la eficacia demostrada de los betabloqueantes en prevención secundaria tras un IAM, un 29,3% de pacientes no están recibiendo dicho tratamiento. Es necesario el diseño de estrategias de intervención y de actividades formativas, dirigidas a los profesionales sanitarios que realizan el seguimiento de estos pacientes, para mejorar la prescripción de los mismos.

L1-19. HORMONAS PARATIROIDEAS: ¿SU PRESCRIPCIÓN SE ADECUA A LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS FARMACOTERAPÉUTICAS?

M.D. Díaz Masip y M.F. Ortín Font

Regió Sanitària Terres de l'Ebre. CATSALT. SCS. Tortosa.

Objetivos: Analizar la prescripción de hormonas paratiroideas en los diferentes ámbitos asistenciales y valorar en cada paciente la adecuación de su indicación según las recomendaciones de la guías farmacoterapéuticas de la osteoporosis.

Material y métodos: Estudio prescripción-indicación. Periodo: enero 2009-junio 2010. Población estudio: pacientes con prescripción de hormonas paratiroides. Variables: edad, sexo, principio activo, tipo de fractura, fractura previa y tratamiento previo con bifosfonatos. Fuentes de información: sistema informatizado de facturación de recetas e historia clínica.

Resultados: Del total de pacientes con prescripción de hormona paratiroides (221 pacientes), un 91,40% son mujeres y un 8,60% hombres. La media de edad es de $74,27 \pm 8,67$. La distribución de los pacientes en función del origen de prescripción del medicamento es: 59,61% sólo origen atención especializada (AE), 8,60% sólo origen atención primaria (AP) y 32,13% origen en AE y continuidad del tratamiento en AP. La hormona paratiroides humana recombinante es el principio activo más prescrito (78,28% de los pacientes) seguido de teriparatida (21,72%). Un 26,70% de los pacientes tratados presentaban fractura; aunque sólo un 12,22% de ellos presentaban fractura previa. Del total de pacientes con fractura, un 23,73% presentaba fractura vertebral. Solamente un 5,88% de los tratamientos de los pacientes en estudio se ajusta a las recomendaciones farmacoterapéuticas de la osteoporosis por ser pacientes con un riesgo de fractura elevado. El mayor porcentaje de adecuación al tratamiento se encuentra cuando el origen de la prescripción ha sido la atención primaria.

Conclusiones: Dado el bajo porcentaje de pacientes que se ajustan a las recomendaciones farmacoterapéuticas, se deben adoptar medidas de actuación entre atención primaria y especializada para consensuar la prescripción de estos fármacos con las recomendaciones de las guías farmacoterapéuticas. Es necesario priorizar intervenciones en pacientes con tratamientos prescritos no adecuados para mejorar la racionalización de la prescripción de estos fármacos.

L1-20. PRESCRIPCIÓN DE ANTIAGREGANTES TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

L. Álvarez Arroyo^a, R.M. Rodríguez Rincón^a, A.A. Iglesias Iglesias^b, N. Galán Ramos^a, J. Ripoll Amengual^c y N. Izko Gartzia^d

^aHospital Son Dureta. ^bHospital Manacor. ^cUnidad de Investigación. Gerencia Atención Primaria. ^dHospital Son Llátzer.

Objetivos: Determinar el porcentaje de prescripción de antiagregantes como prevención secundaria tras un infarto agudo de miocardio (IAM) y describir el perfil de prescripción de los mismos en función del tiempo tras el IAM.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal que incluyó pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de IAM entre mayo de 2004 y mayo de 2009 registrado en la historia clínica informatizada de Atención Primaria del Área de Salud. Se excluyeron los pacientes sin registro informático del tratamiento farmacológico. En una hoja de Excel se registraron las variables edad, sexo, prescripción de antiagregantes y principios activos. Se calcularon medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas y frecuencias relativas para las variables cualitativas, mediante el paquete estadístico SPSS 14.0. El test estadístico utilizado para encontrar diferencias en la prescripción de antiagregantes según el tiempo tras el IAM (< 1, 1-2 y > 2 años) fue chi cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 382 pacientes con una edad media $68,9 \pm 12,9$ años, 70,7% (270) eran hombres. Se prescribieron antiagregantes tras el IAM al 93,7% (358) de los pacientes, un 40,2% (144) llevaban doble antiagregación y un 58,4% (209) ácido acetilsalicílico o clopidogrel. En función del tiempo transcurrido tras el IAM (< 1, 1-2 y > 2 años), la prescripción de antiagregantes fue de 97% (228), 96,1% (49) y 84,4% (81) respectivamente ($p = 0,000$), mientras que la prescripción de doble antiagregación fue del 49,1% (112), 32,7% (16) y 19,8% (16) ($p = 0,000$).

Conclusiones: El tratamiento indefinido con antiagregantes ha demostrado su eficacia en prevención secundaria tras un IAM, sin embargo se observa que su prescripción va disminuyendo con el tiempo transcurrido tras el IAM. La doble antiagregación se mantiene más de 1 año en un porcentaje importante de pacientes, a pesar de no estar recomendado en las guías.

L1-21. PROGRAMA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN RELACIÓN CON SU MEDICACIÓN

M.A. García Martín, M.J. Sosa Zuil, A. Villafaina Barroso, E. Gavilán Moral, J.R. Álvarez García Verdugo y C. Bravo Cañadas

Gerencia del Área de Salud de Plasencia.

Objetivos: Aumentar la seguridad del paciente mediante los procesos de Atención Farmacéutica poblacional.

Material y métodos: El Programa consta de tres fases: Fase de estudio, dónde se analizan y se filtran las distintas bases de datos, se cruzan éstos y se establecen y priorizan los distintos criterios de intervención. Fase de actuación, en la que se presenta el Programa en los distintos Equipos de Atención Primaria, se analizan las incoherencias en los tratamientos y posibilidad de interacciones de relevancia clínica, y posterior envío, por escrito, a los Médicos de Atención Primaria del resultado de las distintas actuaciones. Fase de evaluación, se realizan regularmente revisiones de los resultados (a las 3 y 5 semanas del envío de la comunicación al Médico), midiendo los cambios en las prescripciones que se han producido tras las intervenciones realizadas.

Resultados: En relación con los 259 pacientes estudiados, se efectuaron 135 comunicaciones a médicos de Atención Primaria, de las cuales 60 (44,4%) fueron aceptadas total o parcialmente. La mayoría de los pacientes eran polimedicados observándose, desde el punto de vista cuantitativo que la cantidad media de medicamentos prescritos pasó de 12,8 medicamentos a 11,2 medicamentos, consiguiéndose una disminución del 12,5%. Así mismo, se produjeron modificaciones en algunas estrategias farmacoterapéuticas desde el punto de vista cualitativo.

Conclusiones: Los procesos de Atención Farmacéutica poblacional contribuyen a una disminución del riesgo relacionado con el uso de medicamentos en los pacientes estudiados.

L1-22. DABIGATRAN Y RIVAROXABAN: UTILIZACIÓN FUERA DE INDICACIÓN

J. Santaló Ríos, S. Reboredo García y C. Casal Llorente

Centro de Información de Medicamentos, Servizo de Uso Racional do Medicamento e Atención Farmacéutica, Subdirección Xeral de Farmacia. Servizo Galego de Saúde.

Objetivos: Dabigatran (DABI) y Rivaroxaban (RIVA) son dos nuevos anticoagulantes orales que actualmente se encuentran indicados en “prevención de eventos tromboembólicos en pacientes sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla”; ambas moléculas podrían ver ampliadas sus indicaciones en un futuro a otras que ya poseen actualmente otros anticoagulantes comercializados desde hace tiempo como las heparinas y los derivados cumarínicos; siendo así la población diana susceptible de usarla muy superior a la actual. El objetivo de este estudio es valorar la utilización de DABI y RIVA fuera de su indicación en nuestra Comunidad Autónoma.

Material y métodos: Seleccionamos en nuestra base de datos a partir de recetas facturadas a todos aquellos pacientes que hayan estado o se encuentren actualmente en tratamiento con RIVA o DABI desde su comercialización en España hasta el final de recogida de datos. Posteriormente fuimos a su “historia clínica” para saber cuál ha sido la razón por la que a estos pacientes se le pautó estos anticoagulantes.

Resultados: Encontramos que hasta final de recogida de datos, 239 pacientes habían o están siendo tratados con DABI y 273 con RIVA. Vimos que a 30 (12%) tratados con DABI se prescribió para prevenir tromboembolismos en pacientes con fibrilación auricular, y de los tratados con RIVA 45 (13,5%) lo tenía prescrito fuera de indicación: prevención de embolismo en pacientes con tromboflebitis, pacientes con neoplasias, oclusión de miembro inferior por trombosis venosa profunda, arteriopatía periférica. Encontramos también que en la mayoría de los casos la medicación estaba cronificada.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes a tratamiento con DABI o RIVA fuera de indicación no parece muy elevado, pero consideramos que éste puede aumentar con el paso del tiempo debido a las futuras nuevas indicaciones, todavía no aprobadas. Las autoridades sanitarias al decidir su financiación dentro del Sistema Nacional de Salud deberían de imponer mecanismos de control para evitar esta desviación.

L1-23. ¿SE PRESCRIBEN MÁS FÁRMACOS GENÉRICOS EN LAS CONSULTAS DOCENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA?

J. Martínez Gorostiaga, J. Iturrealde Iriso, N. Miskovic Karacsonyi, G. Mediavilla Tris, E. López de Uralde Pérez de Albéniz y M. Marino Miguel

Unidad de Farmacia. Comarca Araba-Osakidetza.

Objetivos: Conocer si hay diferencias en el nivel de prescripción de Equivalentes Farmacéuticos Genéricos (EFG) entre las consultas docentes de la especialidad de medicina familiar y comunitaria y las que no lo son.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en 13 Unidades de Atención Primaria de un Área de Salud que atienden a una población de

227.000 personas mayores de 14 años. Se recogen los datos de prescripción de medicamentos del año 2009 de 143 médicos (17,48% tutores) del sistema informático de recetas facturadas por las farmacias. La variable que se evalúa es el porcentaje de envases de EFG respecto al total de envases prescritos, según tramos de edad de los pacientes. Para el análisis estadístico se utiliza el programa SSPS 18.0. Se valora la asociación de variables con el test de U de Mann-Whitney.

Resultados: No hay diferencias significativas en el número de pacientes, según tramos de edad, entre los 2 grupos evaluados (se han realizado tramos de 14-64 años, 65-74 años y más de 75 años, con una $p = 0,29$; 0,92 y 0,70, respectivamente. El porcentaje de recetas de EFG respecto al total es del 23,91% con una desviación estándar (DE = 5,35). El mínimo es de 11,29% y el máximo de 37,39%. Los tutores tienen una media de $26,08\% \pm 4,23$ y los no tutores $23,46\% \pm 5,46$. Si se relacionan ambas variables se obtiene una $p = 0,017$.

Conclusiones: Los médicos tutores prescriben más EFG que los médicos no tutores, de una manera significativa; esto puede ser debido a que el programa de formación de residentes fomenta la prescripción de genéricos y el uso racional de los medicamentos. El uso de genéricos es elevado, pero todavía hay margen de mejora por las diferencias observadas entre las diversas zonas de salud.

L1-24. EVALUACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES DE ANTIDEPRESIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

F. Tornel Miñarro, M.L. Fernández López, M.J. Hernández Martínez, E. Delsors Mérida-Nicolich, B. Medina Infante y F. Jiménez Guillén

Consejería de Sanidad y Consumo. CS Región de Murcia.

Objetivos: Evaluar la adecuación de las prescripciones de antidepresivos en Atención Primaria (AP) según recomendaciones de la Guía Terapéutica semFYC frente a otras. Identificar si existen diferencias en el tratamiento entre áreas y entre zonas de salud. Identificar los fármacos antidepresivos más utilizados.

Material y métodos: Estudio descriptivo, trasversal. Análisis de la prescripción de antidepresivos en AP durante 2009 en CCAA. Se utiliza base de datos AdN-Farmacia. Unidades de estudio: tasa de consumo diaria (DHD: dosis diaria de antidepresivos consumida por habitante y día cada 1000 habitantes), el coste y el n.º de envases. El estudio es del análisis de los fármacos y no de patologías. Se analiza la variabilidad en la prescripción por los médicos de familia en las 9 áreas y 78 zonas de salud. No se controla la prescripción inducida por otras especialidades, ni el motivo de la indicación. En el análisis se evalúan las prescripciones de fármacos de primera elección para la depresión según Guía Terapéutica en AP (fluoxetina, paroxetina, sertralina) frente a otros.

Resultados: Los fármacos de 1.ª elección (FPE) (fluoxetina, paroxetina y sertralina) representan el 42,06%, con intervalo por zonas de 55,7%-31,1%. El escitalopram es fármaco de mayor DHD (22,18%). El gasto en FPE representa el 21% (envases dispensados 33%), el escitalopram el 25,20% (envases dispensados 19%) y venlafaxina el 23,10% (envases dispensados 12%). El uso de FPE en la CCAA es de 40,49%, frente a 59,51% del resto. La DHD de la CCAA para antidepresivos es de 54, intervalo de 78 a 33, según área de salud y varía de 21 a 94 según zonas de salud.

Conclusiones: Necesaria actuación para la disminución de ciertas prescripciones a favor de las recomendaciones de la Guía. Y necesario profundizar en las razones de variabilidad según áreas y zonas de salud.

L1-25. REVISIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO Y LA ADHERENCIA EN ANCIANOS POLIMEDICADOS

M. García Fuentes, J. Obrero Pintos, G. Prieto de Lamo y R.I. Sánchez Alonso

Gerencia de atención Primaria de Ávila.

Objetivos: Analizar los principios activos (PA) utilizados y la adherencia terapéutica en mayores de 75 años polimedicados (≥ 5 PA).

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de 325 pacientes entrevistados por enfermería para revisar el plan terapéutico y medir la adherencia (escalas de valoración de habilidades y conocimientos: adherente $\geq 75\%$). Evaluación de PA que cumplían criterios Beers modificados, medicamentos de utilidad terapéutica baja (UTB) e interacciones farmacológicas (IF) adversas graves según Stockley.

Resultados: Edad media: 82,1 (IC95: 81,6-82,6). Mujeres: 57,6%. Media PA/paciente: 7,3 (IC95: 7-7,5). Media de adherencia al tratamiento: 87,9%

(IC95: 86,5-89,4). No adherentes: 14,5%. Sin diferencias estadísticamente significativas (DES) en el consumo medio de PA/paciente, ni en la adherencia terapéutica entre centros rurales y urbanos (PA: 7,20 vs 7,60 y Adherencia: 85,3% vs 86,6%). La identificación (21,7%) y la indicación (19,1%) del PA fueron los aspectos que más dudas plantearon. PA más prescritos: cardiovascular (38,1%), digestivo y metabolismo (19,3%) y sistema nervioso (14,2%). Pacientes con PA Beers: 27,7%. PA Beers más frecuentes: digoxina (27,7%), benzodiacepinas -acción corta (16,5%) y doxazosina (15,5%). Pacientes con PA UTB: 25,54%. PA UTB más frecuentes: protectores capitales (27,7%), trimetazidina (24,10%) y pentoxifilina (15,66%). El 48,6% de la muestra presentaba IF graves. El 24% de los pacientes tenía una interacción y el 24,6% 2 o más. Se observaron DES en las IF graves según la edad, con una media de 3 en el tramo de 95 a 99 años ($p = 0,025$). Las principales IF graves: Acenocumarol + IBP (9,45%), AAS (antiagregante) + AINE (9,12%) y Acenocumarol + AINE o Analgésicos (7,82%).

Conclusiones: Los mayores de 75 años polimedicados deben ser objeto de reevaluación periódica del plan terapéutico con el objetivo de evitar PA innecesarios o no seguros. Se necesitan actuaciones para mejorar el uso de los fármacos y el cumplimiento terapéutico de los polimedicados.

L1-26. GRADO DE ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER SEGÚN CRITERIOS ESTABLECIDOS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA COMPETENTE

N. Gotanegra Guzmán, P. Jolondch Santasusagna y Equipo Médico del ABS del Arboç

CAP El Vendrell.

Objetivos: Analizar el grado de adecuación del tratamiento para el Alzheimer según criterios del consejo de asesores para el Alzheimer de la comunidad autónoma competente. Como objetivo secundario se pretende analizar el impacto económico que tienen los tratamientos no adecuados.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal realizado en una ABS de gestión con un RCA 2009 de 12.664 personas. Incluye 1 CAP y 3 consultorios. Se determinó la totalidad de pacientes tratados para el Alzheimer y se excluyeron por ser institucionalizados. Se creó una base de datos para registrar los datos extraídos de las historias clínicas.

Resultados: De los 58 pacientes estudiados según información extraída de la historia clínica el 46,6% presentaba algún criterio de exclusión para la prescripción del tratamiento. El 55,6% de los criterios de exclusión principales era por demencia vascular o por cuerpos de Lewy, el 22,2% por depresión y el 18,50% por enfermedad de Parkinson. La media de tiempo pasado desde el último registro de GDS era de $21,9 \pm 15,7$ meses. El 67,2% había realizado la última visita con el neurólogo en los últimos 18 meses. El 5,2% de los pacientes presentaban alguna contraindicación a la prescripción y un 34,5% presentaban alguna precaución de uso. La inadecuación del tratamiento era del 62,1%. El coste anual de los tratamientos inadecuados era de 56.954,44 euros anuales.

Conclusiones: Según información extraída de la historia clínica existe un elevado grado de inadecuación del tratamiento para el Alzheimer según criterios del consejo. A pesar de que los pacientes visitan con regularidad al neurólogo la realización del test mental GDS debería hacerse con más frecuencia. Es necesario un seguimiento farmacoterapéutico más activo debido al elevado porcentaje de contraindicaciones y precauciones a los tratamientos que presentan los pacientes. Todas estas consideraciones podrían proporcionar un ahorro en el ABS de 56.954,44 euros anuales.

L1-27. INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS. ¿GASTROPROTECCIÓN O SOBREPROTECCIÓN?

R.M. Torres García y C. Pata Iglesias

Servicio de Farmacia de AP. Área de Salud Ibiza-Formentera.

Objetivos: Evaluar el grado de adecuación de la prescripción de IBP (inhibidores de la bomba de protones) en menores de 65 años que toman AINE (antiinflamatorios no esteroideos).

Material y métodos: Estudio de prescripción-indicación. Ámbito: Medicina Familiar y Comunitaria de un sector sanitario. Inicialmente, seleccionamos pacientes incluidos en receta electrónica menores de 65 años a los que, en febrero de 2010, se les dispensó un AINE y un IBP ($n = 665$). De éstos, revisamos 146 historias clínicas seleccionadas por muestreo sistemático. Consideramos criterios de gastroprotección por uso de AINE: mayores de 65 años, uso concomitante de anticoagulantes orales, glucocorticoides o ácido acetil-

salicílico (AAS) como antiagregante, asociación de otro AINE (incluido metamizol), historia de úlcera o hemorragia gastrointestinal, comorbilidad grave y tratamiento prolongado a altas dosis.

Resultados: Del total de historias clínicas revisadas (n = 146), no encontramos ninguna indicación para la prescripción de IBP en el 48,6% de ellas (n = 71; IC95% 40,3%-57,0%). En un 23% (n = 33) constaba una indicación diferente de la profilaxis gastroduodenal. En el resto (n = 113), existía criterio de gastroprotección sólo en el 37,2% de los casos (n = 42; IC95% 28,3%-46,8%). Los criterios mayoritarios fueron tomar dos AINE (38,1% de pacientes), AAS (35,7%) o corticoides (21,4%). En el grupo de pacientes en los que no estaba indicada la gastroprotección, un 40,8% estaba en tratamiento con un inhibidor selectivo de recaptación de serotonina (ISRS) o tenía más de 60 años.

Conclusiones: En total, uno de cada dos IBP está prescrito sin una indicación clara en la historia clínica. En casi dos de cada tres pacientes menores de 65 años que toman AINE e IBP y no tienen otra indicación, no consta ningún criterio de gastroprotección. Aún ampliando a los que toman ISRS o/y son mayores de 60 años, en más de un tercio de pacientes no se cumplirían los criterios.

L1-28. ADECUACIÓN DEL USO DE ESTATINAS EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE MUESTREO POR ACEPTACIÓN DE LOTES

B. García Robredo, R. Escudero Merino, M.P. Plaza Riu, A.M. Martín Cuesta, A.M. Pérez Suanes y M.T. Morales Suárez-Varela

Área Sanitaria Norte de Córdoba.

Objetivos: Evaluar el grado de adecuación prescripción-indicación del uso de estatinas en atención primaria.

Material y métodos: Estudio multicéntrico realizado en 8 Unidades de atención primaria (UAP) mediante Muestreo por Aceptación de Lotes (LQAS); se considera un lote cada UAP. Se seleccionaron pacientes con prescripción de estatinas en el periodo noviembre 2009 a enero 2010 a través de datos de facturación de recetas. Según este método LQAS para un objetivo mínimo de adecuación del 55%, un error del 5% y un estándar del 90%, se requiere auditar 18 historias clínicas, escogidas mediante muestreo aleatorio simple, siendo el número de defectos tolerables como máximo de 4. Como criterios de adecuación se establecieron: *Criterio 1:* el paciente tiene enfermedad vascular establecida (cardiopatía isquémica, síndrome coronario agudo (SCA) o enfermedad cerebrovascular) y c-LDL \geq 115 mg/dl, o no teniendo enfermedad vascular establecida, tiene riesgo vascular alto (RCV SCORE \geq 5% o equivalente) y c-LDL $>$ 130 mg/dl o colesterol total $>$ 240 mg/dl o alguna de las siguientes situaciones (riesgo vascular intermedio y antecedentes familiares o perímetro abdominal elevado, hipercolesterolémia superior a 320 mg/dl o c-LDL $>$ 240 mg/dl, diabetes con enfermedad arterial periférica, enfermedad renal crónica). *Criterio 2:* cuando se cumple el criterio 1, la estatina utilizada es simvastatina, salvo excepciones explicitadas (intolerancia, interacciones, atorvastatina 80 mg en SCA).

Resultados: Ningún lote se adecua al criterio 1; el 20% de las prescripciones se refieren a prevención secundaria; la media de defectos encontrados por lote fue de 10,5 oscilando entre 8-14, por no presentar riesgo vascular alto o c-LDL $>$ 130 mg/dL. Si el criterio 1 se hubiera cumplido, 4 lotes se adecuan al criterio 2; en el resto, el 36% de las prescripciones son de atorvastatina.

Conclusiones: El grado de adecuación del uso de estatinas no alcanza el nivel mínimo del 55% en el ámbito de atención primaria y con los criterios establecidos.

L1-29. PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN LAS CONSULTAS DOCENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Martínez Gorostiaga, J. Iturralde Iriso, M.L. Alarcía Ceballos, G. Mediavilla Tris, E. López de Uralde Pérez de Albéniz y C. Aguirre Lejarcegui

Unidad de Farmacia. Comarca Araba-Osakidetza.

Objetivos: Evaluar y comparar el uso de antibióticos en las consultas docentes y no docentes de medicina familiar y comunitaria de un área de salud.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de la prescripción de antibióticos de 143 médicos de familia (17,48% tutores) de una área urbana que atiende a 227.000 personas. Fuente de datos: sistema de información de farmacia a partir de la facturación de recetas correspondientes al año 2009. Variables evaluadas: número de dosis y tipos de antibióticos utilizados (DHD y DDD). Para el análisis estadístico se utiliza el programa SSPS 18.0 y el test de U de Mann-Whitney.

Resultados: La media de utilización de antibióticos es de 12,14 DHD con una desviación estándar de 4,19 (tutores $12,40 \pm 4,23$; no tutores $12,08 \pm$

4,05). Si se compara la prescripción de antibióticos entre médicos tutores y no tutores se obtiene una $p = 0,61$. Según el tipo de antibiótico, se utilizan de 1er. nivel el $75,74\% \pm 10,27$ DDD (tutores $79,19 \pm 6,4$; no tutores $74,4\% \pm 10,7$). Si se compara entre los dos grupos de médicos, se obtiene una $p = 0,028$. En cuanto a la utilización de los antibióticos de 3er. nivel, la media es de $0,77 \pm 0,44$ DHD (tutores $0,68 \pm 0,24$; no tutores $0,79 \pm 0,47$). Comparando los grupos se obtiene una $p = 0,53$.

Conclusiones: No hay diferencias significativas en el grado de prescripción de antibióticos entre los médicos tutores y no tutores. Los médicos tutores sí utilizan más antibióticos de primer nivel de manera significativa, aunque en el programa docente de la especialidad debe enseñarse al residente a prescribir antibióticos de una manera correcta, en cantidad y calidad. En cuanto a la utilización de antibióticos de 3er. nivel, no se encuentran diferencias entre los dos grupos de médicos comparados.

L1-30. ESTUDIO DE PRESCRIPCIÓN-INDICACIÓN DE CELECOXIB EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Martínez Rodríguez, J. Pastor Hurtado, M.M. Cervantes Villalobos, M.F. García Parra, M.C. Ruiz Sánchez y F.J. Hernández de Haro

Distrito Poniente de Almería y Área de Gestión Sanitaria Norte del Almería.

Objetivos: El 1 de enero de 2009 se retira el visado de inspección de celecoxib, esto conlleva un menor control en el consumo de dicho fármaco. **Objetivos:** determinar si la retirada del visado produce un aumento en el consumo de celecoxib. Adecuación prescripción-indicación de celecoxib en la práctica clínica habitual.

Material y métodos: Mediante el programa de gestión de datos de recetas se ha obtenido el consumo mensual de celecoxib desde enero 2008-febrero 2010. El consumo se define en función del número de DDD retiradas en oficinas de farmacia. Auditoria de las historias clínicas de los pacientes (208) que han retirado un número superior a 6 envases de celecoxib durante el periodo febrero 2009-febrero 2010. Elaboración de una hoja de recogida: edad, sexo, indicación, dosis diaria, uso concomitante con AINE y/o analgésicos, patologías cardíacas e hipertensión arterial.

Resultados: En el periodo enero-diciembre 2008 el consumo de celecoxib se mantuvo sin grandes incrementos (4.517 DDD-6.014 DDD). A partir de enero 2009 ha incrementado progresivamente desde 9.414 a 20.126 DDD en febrero 2010, duplicándose. Resultados de la auditoria: distribución por sexos el 31% hombres y el 69% mujeres. Rango de edad 35 a 93 años, media 70 años. Dosis diaria de 200 mg en 192 pacientes y 400 mg en 22. Indicación adecuada en 162 pacientes (artrosis, artritis reumatoide y espondilitis), en 21 la indicación no se adecua a ficha técnica y en 31 no está registrada. Un 18% tienen asociado un AINE (no recomendado), un 45% analgésicos y un 9% ambos. El 20% de pacientes presentaban una enfermedad cardíaca y un 49% HTA.

Conclusiones: La retirada del visado ha llevado a un aumento del consumo, pero esto no siempre está unido a la utilización adecuada, debemos recordar sus indicaciones y sus riesgos cardiovasculares.

L1-31. ¿SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES?

A. García Bonilla, J.C. Morales Serna, M.D. Pérez Pacheco, S. López Rubio y L. Martínez Toribio

Servicio de Farmacia y Unidad de Gestión Clínica. Distrito Sanitario Jerez Costa Noroeste.

Objetivos: Evaluar la adecuación del uso de Inhibidores de la bomba de protones (IBP) a las indicaciones aprobadas.

Material y métodos: Tipo de estudio: prescripción-indicación. Se extraen las prescripciones de IBP de la base de datos de consumo, comprobándose en la historia clínica si los pacientes cumplen el criterio de calidad. Criterio de calidad: los pacientes presentan una situación clínica incluida entre las indicaciones que los IBP tienen autorizadas. Población universo: pacientes tratados con IBP en una unidad de gestión clínica. Cálculo de la muestra: muestreo de aceptación de lotes. Se establece un nivel de calidad mínimo (el 55% de los pacientes cumplen el criterio de calidad) y óptimo (el 70% lo cumplen). Para estos umbrales de calidad y considerando un error del comprador y proveedor del 5%, y estándar del 90%, deberían auditarse 18 historias, con un número de defectos tolerables máximo de 4, para aceptar que el 55% de los pacientes cumplen el criterio de calidad, y 46 historias con un número de defectos tolerables máximo de 8, para aceptar que el 70% de los pacientes cumplen este criterio. Fuente de datos: base de datos de consumo de rece-

tas e historia clínica informatizada. Variable: proporción de pacientes tratados con IBP que cumplen el criterio de calidad.

Resultados: Se localizaron 4 historias que no cumplían el criterio de calidad entre las primeras 18, y 9 fallidas entre las primeras 37, por lo que, al menos el 55% de los pacientes tratados con IBP de esa unidad de gestión cumplen el criterio de calidad, pero no el 70%.

Conclusiones: Más de la mitad de los tratamientos con IBP se emplean de acuerdo a las indicaciones de la ficha técnica, pero se evidencia un claro área de mejora.

L1-32. EL INFRAREGISTRO EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS INFORMATIZADAS SESGA LOS RESULTADOS SOBRE LA ADECUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

R. Escudero Merino, A. Hervás Vargas, E. López Domínguez, M. Lovera Valls, C. Núñez García y A. Plata Illescas

Distritos de Atención Primaria de la Provincia de Córdoba.

Objetivos: Los resultados de los estudios de adecuación de medicamentos están condicionados por la disponibilidad y la fiabilidad de los datos en las Historias Clínicas Informatizadas (HCI). Objetivo: realizar un audit de HCI para evaluar el grado de adecuación del uso de estatinas.

Material y métodos: Diseño: estudio prescripción-indicación mediante auditoria de HCI a partir de las prescripciones de estatinas del periodo noviembre 2009-enero 2010 obtenidas del Programa de Facturación de recetas. Los criterios de adecuación usados son: Enfermedad vascular establecida (EVE) (Cardiopatía Isquémica, Síndrome Coronario Agudo o Enfermedad Cerebrovascular) y c-LDL ≥ 115 mg/dl, o no teniendo EVE tiene riesgo cardiovascular (RCV) alto (RCV SCORE $\geq 5\%$ o equivalente) y c-LDL > 130 mg/dl o colesterol total > 240 mg/dl o alguna de las siguientes situaciones (RV intermedio y antecedentes familiares o perímetro abdominal elevado, hipercolesterolemia > 320 mg/dl o c-LDL > 240 mg/dl, diabetes con enfermedad arterial periférica, enfermedad renal crónica). Se realizan 215 auditorías de las HCI, en 9 Unidades de Gestión Clínica.

Resultados: De las 215 HCI auditadas: el 13,5% no contenían ningún dato analítico, el 71,2% de los pacientes no tenían calculado el RCV y en un 23,3% no aparecía el valor de LDL. La búsqueda de otros datos para el diagnóstico, como otros factores de riesgo (tabaquismo, obesidad, etc.) ha sido inviable en la mayoría de los casos, por falta de cumplimentación de las HCI. No hay uniformidad en qué se registra y de qué forma.

Conclusiones: La auditoria de adecuación del uso de estatinas pone de manifiesto las deficiencias en el registro de datos en las HCI en Atención Primaria, y se pueden introducir sesgos tanto en los resultados como en las conclusiones que se emiten. Los avances en las herramientas informáticas disponibles no se optimizan sin protocolos adecuados de registro de datos.

L1-33. UTILIZACIÓN DE LOS SUPLEMENTOS DE CALCIO Y VITAMINA D EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS INGRESADA EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

M. Torralba Guirao, P. Carbonell Puigdollers, C. Riera Vila, M. López Marín, A. Prat Casanovas y A. Gilabert Perramon

Gerencia de Atención Farmacéutica. Servicio Catalán de la Salud. CATSALUT.

Objetivos: Estudiar la influencia de factor “estar ingresado en una residencia geriátrica” como factor condicionante de la utilización de suplementos de calcio y de vitamina D.

Material y métodos: Se estudia la prescripción de la totalidad de población asegurada de una Comunidad Autónoma, 7.646.944 personas. Período estudio: marzo 2010. Del total de asegurados, 2.510.238 personas recibieron alguna prescripción, de éstos 1.055.981 eran mayores de 65 años (56% mujeres), de éstos a su vez 51.121 estaban ingresados en alguna de las 1.220 residencias geriátricas de la comunidad autónoma que no tienen servicio de farmacia propio. Se estudia la participación en relación al total de la población que recibe prescripción de: (1) los pacientes que reciben calcio y/o vitamina D, (2) calcio solo o en asociación, (3) vitamina D sola o en asociación.

Resultados: Para el conjunto de la población un 8,6% (2,5% hombres, 13,0% mujeres) reciben suplementos de calcio y/o vitamina D; 8,2% (2,1% hombres, 12,4% mujeres) suplementos de calcio solo o en asociación y; 7,7% (2,2% hombres, 11,6% mujeres) recibe vitamina D sola o en asociación. En la población institucionalizada en comparación con la total se consume 33,3% menos (+19,4% hombres, -67,7% mujeres) de suplementos de calcio y/o vitamina D; 31,9% menos (+22,5% hombres, -66,4% mujeres) de suplementos de

calcio solo o en asociación; 42,2% menos (+14,15 hombres, -78,9% mujeres) de suplementos de vitamina D sola o en asociación.

Conclusiones: Las personas institucionalizadas reciben aproximadamente 1/3 menos de suplementos de calcio y/o vitamina D. No obstante, en los hombres se incrementa su uso un 20%, pero en mujeres se reduce su utilización radicalmente (entre un 70 y un 80%).

L1-34. ESTUDIO SOBRE EL USO DE AGOMELATINA EN 3 CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

S. Fontanals Martínez, H. Anglada Martínez, J.M. Sotoca Momblona y J. Rivas Sala

Centro de Atención Primaria CASPE. Hospital Clínic de Barcelona.

Objetivos: La agomelatina es un nuevo antidepresivo, agonista de los receptores de melatonina y antagonista de los receptores 5HT2C, indicado en cuadros de depresión mayor en adultos, aunque no ha demostrado adecuadamente eficacia en mayores de 65 años. Su principal efecto adverso es la hepatotoxicidad, siendo necesarios controles periódicos de la función hepática. El objetivo del estudio es evaluar el uso de agomelatina en tres centros de atención primaria.

Material y métodos: Revisión de las historias clínicas informatizadas de los pacientes en tratamiento con agomelatina. Las variables analizadas fueron: edad, indicación, posología, interacciones y controles hepáticos.

Resultados: Se prescribió agomelatina a 30 pacientes (20 mujeres, 10 hombres) cuya media de edad fue de 49,8 años (DE = 12,7). En quince casos la indicación del fármaco difería de la aprobada en ficha técnica (alcoholismo (1), ansiedad (7), fatiga crónica (1), fibromialgia (2), dependencia a drogas (1), trastorno obsesivo compulsivo (1) y trastorno bipolar (2)) y tres pacientes superaban los 65 años. Tres pacientes iniciaron el tratamiento directamente con agomelatina, dos abandonaron su medicación anterior por efectos adversos y el resto cambiaron por falta de respuesta a otros tratamientos. Veintidós pacientes presentaban otras terapias antidepresivas, ansiolíticas o antipsicóticas junto con agomelatina. Seis pacientes tenían administración diurna del fármaco en vez de nocturna, según recomienda ficha técnica. No se encontraron interacciones clínicamente relevantes. Sólo en dos casos se controlaron los niveles de transaminasas al inicio del tratamiento.

Conclusiones: Agomelatina presenta un mecanismo de acción innovador pero los estudios sugieren una eficacia comparable a otros antidepresivos. Se desconoce su seguridad y eficacia a largo plazo y su coste es elevado. Por ello agomelatina no debe considerarse un antidepresivo de primera elección, desaconsejándose su uso en condiciones distintas a las especificadas en ficha técnica y siendo imprescindibles los controles hepáticos y el seguimiento adecuado de los pacientes.

L1-35. IMPLANTACIÓN DE LA RECETA ELECTRÓNICA Y EFECTO SOBRE EL CONSUMO DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS GENÉRICAS

P. López Calahorra, I. Lizano Díez, N. Escoda Geli, P. Carbonell Puigdollers y A. Gilabert Perramon

Servei Català de la Salut.

Objetivos: Análisis de la implantación de la prescripción electrónica sobre la evolución del consumo de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) en un territorio, en el ámbito de la atención primaria. La receta electrónica ofrece numerosas ventajas referentes a la calidad asistencial, que contribuyen al uso racional del medicamento. Una de ellas es proporcionar herramientas coste-efectivas en la prescripción de medicamentos, al establecer validaciones on-line sobre el catálogo de especialidades farmacéuticas, el plan de medicación de los pacientes y las estaciones clínicas de los prescriptores. El porcentaje de prescripciones de EFG (en número de envases dispensados) es un indicador ampliamente utilizado para medir la calidad de la prescripción.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, transversal, período mayo 2009-mayo 2010. Datos obtenidos de la base de datos de prestación farmacéutica y tratamiento posterior mediante Microsoft Office (aplicativos Access y Excel). Se compararon los datos generales de consumo de EFG (número de envases) para la receta en papel y la electrónica en el ámbito de la atención primaria. Para ello se estudiaron los datos de consumo en los equipos de atención primaria (EAPs) de las áreas básicas de salud (ABS) que en mayo de 2009 llevaban como mínimo un año implantadas en el sistema de prescripción electrónica. Los datos fueron analizados utilizando las pruebas t de Student.

Resultados: En el período analizado, para los EAPs con más de un año de implantación de la prescripción electrónica, el % de envases de EFG dispensados en receta electrónica fue significativamente superior a los dispensados en receta papel ($p < 0,05$).

Conclusiones: El estudio realizado sugiere que la receta electrónica es una herramienta que promueve la prescripción de EFG. Los datos obtenidos en este estudio inicial son una primera aproximación para poder realizar el estudio de impacto de la receta electrónica cuando haya finalizado su despliegue.

L1-36. USO DE FÁRMACOS POTENCIALMENTE INADECUADOS EN LOS ANCIANOS POLIMEDICADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

A.B. Ibarz Puyuelo, M.J. Pastor Cebollero, M.D. Ibáñez Rodríguez, M.T. García Ruiz, M. Elfau Mairal y A.I. Aller Blanco

Centro de Salud Santo Grial. Huesca.

Objetivos: La utilización de fármacos potencialmente inadecuados es una circunstancia frecuente en nuestro medio, sobre todo en pacientes ancianos. Objetivo: determinar el número y el tipo de fármacos potencialmente inadecuados en pacientes ancianos polimedidos de un centro de Salud urbano.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de 100 pacientes ancianos (igual o mayores de 75 años) y polimedidos (igual o más de 6 fármacos), según criterios de Farmacia de Atención Primaria. Revisión y análisis en las Historias Clínicas del número y tipo de fármacos potencialmente inadecuados, los episodios/enfermedad a los que se asocian, así como la relación con otros factores como la institucionalización o no de los mismos y el sexo. Análisis según los criterios de STOPP/START (2009).

Resultados: Analizando a los pacientes de edad igual o mayor a 75 años de dos cupos de un centro de Salud urbano se obtienen los siguientes resultados: 70 de ellos cumplen criterios de paciente polimedido, de los cuales, el 61,42% toman algún fármaco potencialmente inapropiado según los criterios STOPP-START. Analizando los grupos de fármacos potencialmente inapropiados más prescritos encontramos: las benzodiacepinas utilizadas como tratamiento de larga duración constituyen el 40,38% del total; y los AINES constituyen el 11,53% del total, siendo el resto de grupos menos detectables.

Conclusiones: Valoración autocrítica del uso de los fármacos en pacientes ancianos con el objetivo de evitar posibles interacciones, RAM y efectos secundarios.

L1-37. USO Y ABUSO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

C. Alberte Pérez, R. Molina Mazo, J.C. Naviero Rilo, M.I. García Nieto, E. Ibáñez Martínez de la Hidalga y J.L. Palomo García

Gerencia de Atención Primaria de León.

Objetivos: Describir e identificar características de la prescripción de Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) en médicos hiperprescriptores de Atención Primaria (AP).

Material y métodos: Del sistema de información de consumo farmacéutico se seleccionan 54 médicos de familia con una Dosis Habitante Día (DHD) de IBP superior a 15 entre los meses de octubre y noviembre del 2009. De cada médico se eligen 7 pacientes al azar que tengan pautado un IBP. Mediante cuestionario el médico realiza una autoevaluación de cada paciente.

Resultados: Cumplimentan los cuestionarios 52 médicos y se evalúan 355 pacientes, con edad media de 72,5 años (DE 12,9); siendo mujeres el 55,8%. Toman 6,7 (DE 2,9) fármacos de promedio; los IECA/ARA II (36,8%), estatinas (31,6%) antiagregantes (31,35%) y AINE (29,2%) son los fármacos más frecuentemente asociados con los IBP. El lansoprazol es el más prescrito (37%), le sigue el pantoprazol y el omeprazol con un 29,9 y 19,4% respectivamente. El motivo más frecuente es la gastroprotección (44,2%). En el 31,9% de los pacientes inicia el médico de familia la prescripción, siendo el fármaco más prescrito el omeprazol (41,3%). El tipo de IBP se asocia estadísticamente ($p < 0,01$) a la especialidad del médico que inicia la prescripción, los especialistas recetan más otros IBP distintos a omeprazol. Sin embargo no se establecen diferencias en el motivo de la prescripción, la edad ni el n.º de fármacos que toma el paciente. El médico de familia cree que en el 6,2% de los pacientes no está bien indicado y en el 20,8% no está bien elegido cuando el IBP es distinto a omeprazol.

Conclusiones: Los datos apuntan a una prescripción poco eficiente, se hace necesario una mejor información y formación en el uso de los IBP.

L1-38. EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL DE RIESGOS ASOCIADOS A LA GESTIÓN DE BOTIQUINES EN ATENCIÓN PRIMARIA

M.I. Méndez Esteban, M. Flores Dorado y C. Payá Giner

AGS Campo de Gibraltar.

Objetivos: Los farmacéuticos de Atención Primaria participaron durante el año 2009 con el personal de dirección de las UGC en la identificación de los riesgos en la gestión de botiquines y en la propuesta de medidas de control para minimizarlos. Para ello se realizaron auditorías y cada UGC elaboró un análisis modal de fallos y efectos de la gestión del botiquín. Objetivo: evaluar el grado de implantación de las medidas acordadas para el control de riesgos asociados a la gestión de los botiquines de los centros de salud y la efectividad de las mismas.

Material y métodos: Para la valoración de las medidas de control propuestas se realizaron auditorías en los centros de salud y consultorios. Los directores de los centros de salud fueron avisados con anterioridad de la realización de la auditoría.

Resultados: 1- En el 55% de los centros de salud, y en ninguno de los consultorios, se ha dado a conocer el Manual de Almacenaje y Caducidad. 2- El 63% de los centros y el 22% de los consultorios han incluido mejoras en el almacenaje y control de la medicación. 3- El material para el orden e identificación de medicamentos no ha llegado a ninguno de los centros ni los consultorios. Utiliza la hoja de pedido: centros de salud 81%, consultorios 5%. Se ajustan pedidos a fechas programadas: centros de salud 90,9%; consultorios 11%. Existe registro de hoja de pedido: centros de salud 100%, consultorios 83%. Existe registro de hoja de devolución: centros de salud 0%, consultorios 5,6%. Medicamentos caducados: centros de salud 19%, consultorios 33%. Ordenados alfabéticamente: centros de salud 81%, consultorios 57%. Ordenados según caducidad: centros de salud 100%, consultorios 57%. Separados por forma farmacéutica: centros de salud 81%, consultorios 42%.

L1-39. EVOLUCIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN-INDICACIÓN DE ESTATINAS EN ATENCIÓN PRIMARIA TRAS LA INTERVENCIÓN DEL FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

C. Payá Giner, M. Flores Dorado y M.I. Méndez Esteban

AGS Campo de Gibraltar.

Objetivos: Evaluar la efectividad de una intervención a través de un grupo de mejora, en la definición y acuerdo de criterios propios de adecuación prescripción-indicación de estatinas.

Material y métodos: Se creó un grupo de trabajo formado por, un facultativo por centro de salud, farmacéutico de AP y un miembro directivo de primaria. Definieron los criterios de adecuación prescripción-indicación de estatinas, estableciendo un indicador, diseñaron el registro en historia clínica electrónica y elaboraron plantilla de seguimiento para las auditorias. La intervención del FAP consistió, en sesiones de formación/información en cada uno de los centros de salud, dirigida a todos los facultativos de primaria y la entrega de listados de pacientes por médico, a quienes habían prescrito estatinas. Para evaluar la efectividad de la intervención se realizaron auditorias de historias clínicas antes y después de la intervención. Fueron realizadas por el FAP y un facultativo del grupo conjuntamente. El número de historias a auditar se determinaron por un muestreo por lotes, fueron 18 por centro de salud (11), permitiendo 4 fallos máximo por centro.

Resultados: En las auditorias previas a la intervención, ningún centro cumplía los criterios de adecuación. Tras la intervención se evaluaron los 11 centros de salud de AP, y dos de ellos se adecuaban a los criterios de prescripción-indicación de estatinas. Se revisaron 198 historias clínicas de pacientes con prescripción de estatina, con una edad media de 66 años, se puso de manifiesto que el 56,56% de los pacientes, no tienen documentada en la historia la indicación o no es motivo válido de indicación.

L1-40. MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN DE HIPOLIPEMIANTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Sarasa Bosque^a, M.J. Plumed Betes^a, V. Otín Ciprés^a, M.P. Astier Peña^b, C. Labarta Mancho^c y J.M. Millaruelo Trillo^d

Servicio Aragonés de Salud. ^aUnidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. Sector Zaragoza II. ^bDirección Atención Primaria Sector Zaragoza II. ^cFarmacia de Atención Primaria. Sector Zaragoza I. ^dEAP Torrero Este.

Objetivos: 1. Analizar uso de hipolipemiantes en prevención primaria y secundaria de un centro de salud urbano. 2. Contrastar uso de hipolipemian-

tes en prevención primaria y secundaria con las guía de práctica clínica. 3. Reevaluar necesidad de tratamiento. Comprobar si existen condicionantes que justifiquen el "no uso". 4. Proponer áreas de mejora en el registro y seguimiento de las prescripciones.

Material y métodos: Revisamos las historias clínicas informatizadas por el sistema OMI-AP de 3 cupos de un centro de salud urbano seleccionados aleatoriamente, que engloban un total de 4995 pacientes, en el periodo entre enero y diciembre de 2007. La guía de referencia utilizada ha sido "Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Osakidetza, 2008".

Resultados: Pacientes analizados para valorar prevención primaria: 313 dislipemia (151 con estatinas)/207 diabetes (102 tratados). De los tratados, 47,8% mujeres. Edad media: 61,8 años. Del total de pacientes tratados, 39,9% (101) llevan simvastatina, 43,5% (110) otras estatinas, 2,8% (7) otro hipolipemianti y 0,8% (2) precisan tres hipolipemiantes. Los pacientes con riesgo cardiovascular Regicor entre 10 y 20%: 42 diabéticos, 17 AF, 47 IMC alto (media 28,8) y 3 microalbuminuria. De los 156 pacientes candidatos a prevención secundaria, 16 se eliminaron por falta de datos, 61 de ellos (39,1%) no llevaban tratamiento hipolipemianti. El 44,5% eran mujeres. Edad media: 72 años. Por grupos diagnósticos: cardiopatía isquémica: 9 pacientes, enfermedad cerebrovascular: 24 y enfermedad arterial periférica: 12. En cuanto al tratamiento antiagregante, 35 (77,77%) llevan tratamiento con AAS, clopidogrel o triflusel, 2 (4,44%) con anticoagulantes orales (acenocumarol) y 8 (17,77%) no llevan tratamiento.

Conclusiones: La revisión de la aplicación de guías permite conocer cómo hacemos las cosas y mejorar en la práctica clínica cotidiana. La revisión del uso de hipolipemiantes en atención primaria es un ejemplo.

L2- Seguridad en la utilización de medicamentos

L2-1. UTILIZACIÓN DE METFORMINA EN PACIENTES CON LA FUNCIÓN RENAL ALTERADA

A. Sangrador Rasero y L. Vara González

Gerencia de atención Primaria Santander-Laredo.

Objetivos: Conocer si en AP se utiliza metformina en pacientes diabéticos tipo 2 que presentan IR: GFR < 60 ml/min. Conocer su número y sexo. Notificar a los médicos estos resultados.

Material y métodos: Pacientes de ambos sexos tratados con metformina en monoterapia o en asociación desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2008. Se analizaron el 100% de las prescripciones de metformina realizadas durante 2008 utilizando historia clínica electrónica. Se obtuvo el último valor de creatinina que figuraba en la historia clínica y se calculó el filtrado glomerular de creatinina.

Resultados: En el año 2008 había un total de 31.869 diabéticos, tipo 1 y 2. De ellos, 14.074 estaban en tratamiento con metformina (44,16%): 7.392 hombres (52,52%) y 6.682 mujeres (47,48%). El total de pacientes con DM2 en tratamiento con metformina y con GFR comprendido entre 30 y 60 ml/min eran 2.923; 20,76% del total de pacientes en tratamiento con metformina y 9,17% del total de pacientes diabéticos. Hombres: 1.030 (35,23%) y mujeres: 1.893 (64,76%). Los pacientes con GFR < 30 ml/min y en tratamiento con metformina, eran 119 (0,84% del total de pacientes en tratamiento con metformina y 0,37% del total de pacientes diabéticos), de ellos 51 eran hombres (42,85%) y 68 mujeres (57,14%). Sin ningún dato de creatinina en la historia clínica eran 1.544: 11% de los pacientes en tratamiento con metformina.

Conclusiones: La metformina es ampliamente utilizada en nuestro medio aunque no se puede afirmar que se esté utilizando de una forma completamente segura para la salud de los pacientes.

L2-2. CONTENIDO EN SODIO DE LOS MEDICAMENTOS EFERVESCENTES. ¿SON TODOS IGUALES?

C. Bravo Lázaro, J.M. Izquierdo Palomares, B. Medina Bustillo y M.S. Pardo López Fando

Área 9 de Atención Primaria de Madrid y Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Objetivos: Comparar el contenido en sodio de los medicamentos efervescentes comercializados para identificar aquellos con menor cantidad. Revisar

la relación entre formulaciones efervescentes y modificación de la presión arterial (PA).

Material y métodos: Se realizó una búsqueda en la base de facturación de medicamentos para obtener los medicamentos efervescentes comercializados. Tras eliminar asociaciones, se obtuvieron medicamentos de 7 principios activos (p.a.) diferentes. Se registró el contenido de sodio de la ficha técnica y, para compararlos entre sí, se calculó la cantidad relativa de sodio por 100 mg de p.a. (CRNa+), excepto para el potasio donde se midió respecto a mEq de potasio. Realizamos una búsqueda en Pubmed y en Google cruzando los términos efervescentes/sodio/hipertensión, revisando las referencias de los artículos encontrados.

Resultados: Los intervalos de CRNa+ fueron: -Acetilcisteína: de 23 mg (EFG Kern-Pharma 600 mg y EFG Pensa 600 mg) a 144 mg (Mucolibex 100 mg). -Paracetamol: de 16 mg (EFG Qualigen 1 g) a 57 mg (Efferalgan 1 g) -Ranitidina: de 80 mg (EFG Sandoz 150 mg) a 560 mg (Arcid 75 mg). -AAS: de 78 mg (Sedergine 500 mg) a 109 mg (Aspirina 500 mg) -Calcio + vitD: de 1 mg (Ideaux Unidia 1000 mg/880 IU) a 10 mg (resto). -Ibuprofeno: De 1 mg (Epididol 400 mg) a 27 mg (EFG Kern-Pharma 600 mg) -Potasio: 2 mg (BOI-K y BOI-K aspártico). En la búsqueda se obtuvieron 4 ensayos clínicos (EC), 1 serie de casos, 1 caso clínico y 2 revisiones. Los medicamentos efervescentes contienen sodio en forma de bicarbonato, fosfato, citrato o carbonato. Los EC que comparan el efecto de estas sales sobre la PA incluyen pocos pacientes y los resultados no son concluyentes. Series de casos, sí encuentran descensos de PA al sustituir formas efervescentes por convencionales.

Conclusiones: Existe gran variabilidad en la cantidad de sodio de los medicamentos efervescentes de un mismo p.a. Son necesarios más estudios, ya que existe poca literatura que evalúe la relación entre formulaciones efervescentes y modificación de PA y la que hay es contradictoria.

L2-3. LA ELABORACIÓN DE LISTADOS DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON AINE IDENTIFICANDO PUNTOS DE RIESGO FACILITA AL MÉDICO SU REVISIÓN Y MEJORA LA SEGURIDAD

R. Escudero Merino, A.M. Martín Cuesta y P. Plaza Riu

Distrito Sanitario Córdoba.

Objetivos: Mejorar la seguridad del paciente mediante la revisión de la necesidad de tratamiento crónico con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en población general y de alto riesgo.

Material y métodos: Estudio de prescripción-indicación: Se elaboran y se envían para su revisión a todos los médicos de nuestros centros listados de prescripción de los pacientes en tratamiento con los siguientes AINEs: desketoprofeno 25 mg, ketoprofeno 100 mg y 200 mg, naproxeno 550 mg, acetclofenaco 100 mg, etoricoxib 60 mg, etoricoxib 90 mg, celecoxib 200 mg, diclofenaco 50 mg e ibuprofeno 600 mg. Se adjuntan recomendaciones sobre su uso, dosis máxima diaria autorizada e indicaciones para revisar la necesidad del tratamiento. Se priorizan los pacientes con más alto riesgo de sufrir algún evento adverso relacionado con esta medicación: Pacientes > 75 años, dosis altas y duración de tratamiento superior a 3 meses. Tras la revisión se realiza auditoria desde el Servicio de Farmacia de 413 historias clínicas pertenecientes a 4 Unidades de Gestión Clínica.

Resultados: De las HC auditadas un 57,14% eran pacientes de alto riesgo, y en estos se han obtenido los siguientes resultados: en un 49,57% el tratamiento no se ha modificado, en un 41,52% el tratamiento fue anulado o no se renovó una vez finalizado, y en un 8,47% se ha modificado la pauta o se ha pautado de forma intermitente. En la totalidad de las historias auditadas se observa que en los pacientes donde el tratamiento no se ha modificado, la duración del mismo en receta electrónica es superior a 6 meses.

Conclusiones: La elaboración de listados de prescripción de AINE identificando puntos de riesgo, y su posterior revisión por parte de los médicos, es una actividad que contribuye a mejorar la seguridad del paciente, y se debería incorporar a la práctica diaria para fomentar una mejora continua en la calidad de la prescripción.

L2-4. DISMINUCIÓN EN EL TIEMPO DE RESPUESTA Y DE INCIDENCIAS EN LA GESTIÓN DEL VISADO DE RECETAS

C. Payá Giner, M.I. Méndez Esteban, M. Antolín Serrano, M.A. Moreno Aparicio y C.J. Martínez Castañeda

AGS Campo de Gibraltar.

Objetivos: Reducir la demora en el trámite del visado de recetas a 48 horas como máximo. Disminuir los errores o incidencias en el procedimiento de visado.

Material y métodos: En el año 2006, el procedimiento de visado estaba centralizado en Distrito, la duración estimada del trámite era de 7 a 10 días. Entre mayo 2007 y diciembre 2009, se realizaron las siguientes iniciativas. Descentralización: coincidiendo con la implantación de Receta XXI en Atención Primaria se incorporaron 11 Farmacéuticos de IISS. Se establecieron circuitos con las Unidades de Atención al Usuario de Atención Primaria y Hospitalares, cada farmacéutico se coordinó con la Dirección y el equipo administrativo de su centro. Se realizaron sesiones formativas a equipos multidisciplinares donde se da a conocer la normativa, protocolos y circuitos. Informatización: se pilotó en un Centro un Programa informático en red que ya funcionaba en otras Áreas Sanitarias. Se hicieron 10 adaptaciones técnicas de la aplicación por el Departamento de informática del Área. Para incluir los demás centros, se realizaron sesiones multidisciplinares con simulaciones en una plataforma de formación.

Resultados: El visado se realiza en 15 centros por 55 profesionales. Durante el período evaluado febrero-diciembre 2009, se informatizaron 11.501 visados. Se realizaron 80 auditorias, el 40% de los informes procedían de Atención Hospitalaria, un 47,50% eran Recetas XXI, un 46,25% eran medicamentos. El 78,75% del visado se realizó en plazo inferior a 48 horas. Un 63,75% se registró correctamente y el 37,30% no presentó incidencias.

Conclusiones: Realizar el visado en los Centros de manera informatizada y en red, supone ventajas en términos de accesibilidad (respuesta al usuario en menos de 48 horas), Seguridad para el paciente (evita el transporte y posible pérdida de documentación, disminuye los errores o incidencias), calidad (el farmacéutico de IISS se consolida como referente de visado).

L2-5. INTERVENCIONES DE SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS IMPLICADOS EN EL METABOLISMO ÓSEO

L. González García^a, C. Dávila Fajardo^b, E. Espínola García^a, M.A. García Lirola^a, M. Ferrit Martín^c y A. Ocaña Arenas^a

^aFarmacia Distrito Sanitario Granada. ^bFarmacia Hospital Universitario San Cecilio. ^cFarmacia Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Objetivos: Minimizar el riesgo asociado a la utilización de medicamentos implicados en el metabolismo óseo (MO). Específicos: adecuar el tratamiento de ácido zoledrónico (AZ) y otros fármacos del MO; adecuar la duración de tratamiento de teriparatida a la establecida en ficha técnica.

Material y métodos: Estudio observacional. Se identificaron los pacientes en tratamiento con AZ anual durante enero 2009-mayo 2010 en 2 hospitales de referencia. Mediante auditoría a través de la Historia de Salud Digital (HSD), se detectaron prescripciones concomitantes con otros medicamentos del MO. Se contactó telefónicamente con los médicos de Atención Primaria (AP) de los pacientes identificados con duplicidad terapéutica para adecuar el tratamiento e informar al paciente. Variable resultado: Porcentaje de pacientes con duplicidad terapéutica. Otras variables: porcentaje de pacientes con AZ administrado pero sin prescripción de calcio ni vitamina D en AP. Se identificaron los pacientes tratados con teriparatida en marzo de 2010. Se realizó auditoría a través de la HSD. Se envió una carta personalizada al médico con el censo de pacientes, informando de las restricciones en cuanto a duración de tratamiento. Variable resultado: porcentaje de pacientes que superan la duración máxima de tratamiento con teriparatida.

Resultados: De los 122 pacientes a los que se administró AZ en el hospital, el 11,65% tenía en AP otro fármaco prescrito del MO y el 32,03% no tenían prescrito calcio ni vitamina D. De 108 pacientes tratados con teriparatida, el 2% excedieron la duración máxima de tratamiento.

Conclusiones: La colaboración entre los Servicios de Farmacia de Hospital y AP permite adecuar tratamientos del MO, previniendo posibles efectos adversos. Es necesario realizar una intervención específica para incrementar el uso de calcio y vitamina D concomitante con tratamientos del MO. Monitorizar la duración de tratamiento de teriparatida es importante por las implicaciones en la seguridad del paciente.

L2-6. DUPLICIDAD DE TRATAMIENTO CON BISFOSFONATOS: NECESIDAD DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

L. Tamarit Sellés, M.E. Rey Abella, B. Cruzado Faure, X. Sintes Pascual, D. Frigola Castro y T. Rodríguez Peña

Ámbito Territorial Barcelona Sur. RSB CATSALUT.

Objetivos: Analizar la duplicidad de tratamiento con ácido zoledrónico 5 mg IV (AZ) y otros bisfосfonatos en la atención primaria y especializada.

Material y métodos: Ámbito: Región Sanitaria (32 hospitales, 210 Áreas Básicas de Salud). Población: 5.051.946 hab (2009). Fuente de información:

consumo de medicamentos por paciente obtenidos del sistema de facturación de farmacia (hospitalaria y receta médica). Período: marzo 2009-marzo 2010. Variables analizadas: número de pacientes, edad, género, gasto y ámbito de prescripción. Método: detección de los pacientes con duplicidad terapéutica mediante el contraste de los sistemas de información. Cuantificación del porcentaje de duplicidad por hospital y su impacto económico.

Resultados: 1.780 pacientes tratados con AZ (media de edad 70,9 años; 80,6% mujeres). Presentaron duplicidad 126 (7,1%), (media de edad 75,4 años; 78,6% mujeres). De los 1.780, el 9,8% (174) ha sido tratado en hospitales de nivel 2 (general básico), el 40,4% en hospitales de nivel 3 (de referencia) y el 49,8% en hospitales de nivel 4 (alta tecnología). El % de duplicidad más alto ha sido en el grupo de nivel 2 (8,6%). Los hospitales que han tratado menos de 30 pacientes presentan un 10,1% de duplicidad; entre 31 y 100 pacientes, 6,5% y más de 100, 6,8%. El coste adicional generado por esta duplicidad ha sido de 20.531€ y representa un incremento del 41% respecto al coste que supone sólo la administración de AZ.

Conclusiones: Los hospitales de nivel 2 y/o aquellos que tratan menos pacientes presentan un porcentaje de duplicidad superior al resto, datos que sugerirían una menor coordinación con atención primaria. La información de los casos a los prescriptores, la implantación de la historia clínica compartida y la receta electrónica deben facilitar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales que garantice la seguridad de los pacientes.

L2-7. LA GRIPE A: MUCHOS INTERROGANTES Y ERRORES EN LA VACUNACIÓN

M. de la Corte García, B. Taravilla Cerdán, O. Larrubia Muñoz y E. Cruz Martos

Subdirección General de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Objetivos: Describir la frecuencia y tipo de errores de vacunación detectados durante la campaña de vacunación de la gripe A, en el año 2009 en una Comunidad Autónoma.

Material y métodos: Antes de empezar la campaña de vacunación y con el fin de minimizar los errores en la misma se realizaron actividades proactivas entre las que figuran información a profesionales sanitarios en distintos ámbitos asistenciales (atención primaria, hospitales y residencias) detallando las características e indicaciones de las presentaciones y los puntos vulnerables en los cuales se podían producir más fácilmente errores de vacunación. Fuente de datos: notificaciones de errores de vacunación enviadas por las Unidades Funcionales para la Gestión de riesgos de Atención Primaria y Especializada. Período de estudio: año 2009.

Resultados: De las 70 notificaciones recibidas durante el período de vacunación, un 40% (n = 28) se referían a la especialidad farmacéutica Pandemrix®, un 59% (n = 41) a Focetria® y un 1% (n = 1) a Panenza®. En cuanto a la clasificación según el tipo de error, fueron los siguientes: 1. Selección inapropiada del medicamento en función de los grupos de edad: 34 notificaciones correspondientes a un 48,5% de las notificaciones recibidas. 2. Error en la dosis: omisión o incorrecta: 14 notificaciones (25%). 3. Error en la preparación/manipulación/condicionamiento: 15 notificaciones (21,4%). Tras el análisis de los errores de vacunación cometidos se realizaron las actuaciones oportunas de forma reactiva: hojas de información a los profesionales sanitarios y comunicación a la Agencia Española del Medicamento sobre un error de calidad en la presentación de Pandemrix®.

Conclusiones: A pesar de informar de los posibles errores en la reconstitución, dosificación, administración, etc.; éstos se producen en la práctica asistencial. Es necesario implantar actividades para prevenir errores de medicación tanto de forma proactiva como reactiva, para así mejorar la seguridad del paciente.

L2-8. ERRORES DE MEDICACIÓN Y BUENAS PRÁCTICAS EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

M.J. Montero Fernández, A. Cañada Dorado, I. García Ferradal, C. García Cubero, M.A. Sánchez Márquez y S. Serrablo Requejo

Gerencia de Atención Primaria. Área 4 de Madrid. Unidad de Gestión de Riesgos Sanitarios.

Objetivos: Optimizar la atención al paciente desde el punto de vista de la seguridad; identificando sucesos adversos, analizándolos, estableciendo medidas de mejora y creando cultura.

Material y métodos: La Unidad de Gestión de Riesgos Sanitarios se implantó a mediados del 2006, con una composición multidisciplinar incluyendo

a profesionales asistenciales. Realizamos 10 cursos de Seguridad del paciente, 2 en 2007, 2 en 2008, 3 en 2009 y 3 en 2010, con una asistencia de más de 200 profesionales sanitarios del Área. La notificación de errores de medicación (EM) se realiza en un informe estandarizado desde la página web de la Consejería, clasificando los EM según la taxonomía de la NCCMERP (<http://www.nccmerp.org>). Para la clasificación de los medicamentos se utilizó la ATC (Anatomical, Therapeutic, Chemical). Las medidas de mejora se han puesto en marcha por medio de un informe estandarizado llamado Práctica Segura y enviada online para todos los profesionales sanitarios del Área.

Resultados: Se han notificado 204 EM: 6 en el 2007, 13 en el 2008, 91 en el 2009 y a junio 2010 llevamos notificados 94. Analizamos 195 y de ellos el 23,08% corresponde a vacunas y el 15,38 del grupo cardiovascular, siendo 61,54% correspondiente al resto de grupos. Los tipos de EM más habituales han sido debidos a la dosis incorrecta (37), selección inapropiada del medicamento (37) y en la preparación, manipulación, acondicionamiento (30). De prácticas seguras destacamos: carteles informativos (correcto manejo vacunas), uso de los medicamentos en botiquines, propuestas de mejora del nomenclátor de medicamentos en historia clínica informatizada, presentaciones similares en carro parada, aclaraciones de reevacuación en pneumococo, etc.

Conclusiones: El trabajo en equipo es la mejor forma de conseguir logros traducibles en mejora de la atención a los pacientes que es el fin último de la detección de EM y puesta en marcha de acciones correctoras.

L2-9. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA GRAVE

M.D. Díaz Masip y M.F. Ortín Font

Regió Sanitaria Terres de l'Ebre.

Objetivos: Evaluar la adecuación de los tratamientos farmacológicos para la incontinencia urinaria en pacientes igual o mayores de 65 años usuarios de absorbentes de incontinencia urinaria (AIU) con incontinencia grave con la finalidad de minimizar los efectos adversos de estos tratamientos. Llevar a cabo intervenciones multidisciplinarias para racionalizar la prescripción de dichos tratamientos en aquellos pacientes que lo requieran.

Material y métodos: Estudio prescripción-indicación. Periodo: enero-junio 2010. Población: Pacientes mayores de 65 años usuarios de AIU con incontinencia grave tratados con antiespasmódicos urinarios. Variables: edad, sexo, principio activo, número de unidades AIU/día/paciente. Fuentes de información: sistema informatizado de facturación de recetas e historia clínica.

Resultados: Del total de usuarios de AIU tratados con antiespasmódicos urinarios (216 pacientes), un 31,02% son \geq 65 años con incontinencia grave (73,13% mujeres y 26,87% hombres; con una media de edad de $82,74 \pm 7,18$). Los porcentajes de usuarios por principio activo son: 45,59% tolterodina, 27,94% solifenacina, 10,29% trospio, 8,82% fesoterodina, 5,88% oxibutinina y 1,47% flavoxato. La media de unidades de AIU/día/paciente es de $4,56 \pm 1,51$ y un 33,33% de pacientes consume ≥ 6 AIU/día. Tras las intervenciones realizadas, se ha adecuado la prescripción a un 75,76% de los pacientes en estudio, concretamente a un 58,00% se le ha retirado el fármaco prescrito, a un 24,00% se le ha reconducido el número de AIU/día/paciente y a un 18,00% se le ha reconducido el tipo AIU a una capacidad de absorción inferior.

Conclusiones: Las intervenciones realizadas han contribuido favorablemente a la adecuación de los tratamientos para la incontinencia urinaria de los pacientes en estudio y a la mejora de la seguridad en la utilización de los antiespasmódicos urinarios. La coordinación entre los distintos profesionales sanitarios que intervienen en la atención del paciente incontinente es fundamental para la racionalización de la prescripción de estos tratamientos.

L2-10. EL PACIENTE. ¿QUÉ SABE DE SU MEDICACIÓN?

M.T. González Zarca, M.I. Muñoz Carreras, F. García López, J.M. Tenías Burillo, E.S. Moreno Maíz y A. Leal García

Gerencia de Atención Primaria Alcázar de San Juan-Mancha Centro.

Objetivos: General: estimar el grado de conocimiento del paciente sobre la medicación prescrita en un Área de Salud. Específico: identificar variables relacionadas con el paciente que influyan en el grado de entendimiento sobre su medicación.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, mediante encuesta realizada al paciente. Criterios de inclusión: mayores 18 años y que el paciente esté tomando medicamentos. Criterios de exclusión: acudir al centro por trámites administrativos y no dar consentimiento. Tamaño muestral: 571

pacientes entrevistados, para admitir un error del 4%, sobre una prevalencia esperada en el indicador primario (conocimiento del medicamento que está tomando) del 50% (caso más desfavorable), seleccionándose de forma aleatoria 4 centros de salud.

Resultados: El 15,4% no conoce el nombre del medicamento o no lo recuerda. Cada paciente toma una media de 3 fármacos con rango de (1-12). El 85,9% desconoce los efectos secundarios y el 14,1% sólo de algún medicamento. Conservación medicamentos: 26,3% en un armario, el 30,5% en frigorífico, 34,3% a temperatura ambiente y un 8,9% no sabe. El 66,66% de los fármacos consumidos son prescritos en AP y el 33,33% en AE. El 52,4% recibe información de los medicamentos del médico de AP, el 17,9% especialista, 1,8% farmacéutico, otros el 3,2% y 24,9% de varios informadores. El 63,2% fueron mujeres y el 36,8% hombres, con una media de edad de 62 años. Un 58,8% no tiene estudios, el 33,1% estudios primarios y un 6,7% estudios secundarios.

Conclusiones: En Atención Primaria el paciente recibe la mayor parte de información sobre su medicación y donde se realiza mayor prescripción, por lo que es importante la participación del médico AP en la mejora de la adherencia terapéutica.

L2-11. PERCEPCIÓN DE LAS INTERACCIONES POTENCIALES EN LOS PACIENTES POLIMEDICADOS

I. Martín Ortega, B. García García, C. Encinas Mangas, C. Marquina Verde, J.M. González de la Peña Puerta y M.M. Marijuán Carrancho

Gerencia de Atención Primaria de Burgos.

Objetivos: Valoración de las interacciones más frecuentes en la práctica clínica y la percepción de las mismas por los pacientes polimedicados.

Material y métodos: Estudio prospectivo de tres meses, con 154 pacientes tomados aleatoriamente de una población mayor de 40 años, que consumieron 3 o más medicamentos de forma crónica. Elaboración del perfil farmacoterapéutico a partir de datos del sistema de información de prestación farmacéutica; valoración de las interacciones entre los medicamentos prescritos incluidas en Micromedex® y determinación de los efectos percibidos por el paciente mediante dos encuestas enviadas por correo postal.

Resultados: De los 154 pacientes encuestados, se encontraron interacciones potenciales en un 72,2%; de los cuales, un 32,77% manifestaron percibir el efecto de alguna interacción: antiinflamatorio no esteroideo (AINE)-diurético (8); AINE-inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (5); AINE-insulina (4); inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)-anticoagulante oral (4); AINE-antagonistas del receptor de angiotensina II (3); AINE-antagonista de calcio (ACA) (1); inhibidores de la bomba de protones (IBPs)-anticoagulante oral (2); benzodiazepina-IBPs (2); AINE-ISRS (2); litio-olanzapina (2); AINE-anticoagulante oral (1); AINE-prednisolona (1); AINE-sulfonilurea (1); diurético-antiagregante oral (1); IECA-diurético (1); benzodiazepina-ACA (1); paracetamol-anticoagulante oral (1); amiodarona-anticoagulante oral (1); ISRS-tramadol (1); glipizida-anticoagulante oral (1); levotiroxina-levodopa (1); flecainida-hidroclorotiazida (1); fluoxetina-trazodona (1). Se observó una correlación positiva entre el número de fármacos crónicos consumidos y el número de interacciones potenciales. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la muestra que percibió la interacción con AINE.

Conclusiones: La prescripción diaria, en Atención Primaria, ocasiona un gran número de interacciones (72,2%), sin embargo, las repercusiones clínicas, según la percepción del paciente no son tan elevadas (32,77%). La frecuencia de una determinada interacción está directamente relacionada con una mayor tasa de prescripción del medicamento: Los AINES presentaron la tasa más alta, manifestándose fundamentalmente en alteraciones de la presión arterial y en el control de la glucemia.

L2-12. USO DE FÁRMACOS INADECUADOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS. PROPUESTA DE ACTUACIÓN

J. Peláez de Loño^a, M. Rodríguez Darriba^a y A. Sicras Mainar^b

^aCatSalut Badalona. ^bBadalona Servicios Asistenciales, S.L.

Objetivos: Elaborar un listado de fármacos inadecuados en gente mayor (FIGM), según evidencia disponible y criterio de seguridad; y evaluar el grado de utilización y su evolución en pacientes geriátricos institucionalizados (PGI). Propuesta de indicador periódico de seguimiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, exploratorio y comparativo (enero-junio 2008-2010), que incluye todas las prescripciones ambulatorias realizadas a PGI (150 centros y 6.553 residentes). Se consensua un listado de

principios activos catalogados como inadecuados, o potencialmente inadecuados, en pacientes geriátricos por presentar un perfil beneficio/riesgo altamente desfavorable (36 fármacos). Medición del consumo con indicadores cuantitativos generales para cada principio activo (importe, envases, DDD y DDDs/residente) y % de utilización respecto del total prescrito. Análisis de datos mediante aplicación propia (MS-Access) a partir del sistema de facturación. Análisis estadístico descriptivo y bivariante (t-Student) o de comparación-proporciones ($p < 0,05$).

Resultados: Disminución del consumo global de FIGM; tanto en el número total de DDDs prescritas (-17,8%) como en el n.º de DDD/residente (-15,5%). Incremento significativo en el n.º total de DDDs de algunos fármacos especialmente desaconsejados en gente mayor (fármacos con importantes propiedades anticolinérgicas: amitriptilina y ciproheptadina) y otros con incremento significativo y/o elevada utilización (fármacos de acción sedativa prolongada con incremento del riesgo de caídas y fracturas: diazepam, flurazepam, clorazepato dipotásico, clonazepam y clobazam).

Conclusiones: A pesar de la disminución global de utilización de FIGM en residencias geriátricas, preocupa el volumen de utilización y el incremento de ciertos fármacos especialmente desaconsejados. Se considera prioritaria la realización de intervenciones específicas, dentro del programa de mejora de la prescripción en centros geriátricos, encaminadas a reducir la utilización de estos medicamentos: Diseño e incorporación de un indicador (DDDs de FIGM/población residente) que permita el seguimiento periódico de utilización de FIGM. Difusión del listado de FIGM a cada RG.

L2-13. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE POLIMEDICADO

E. Lirola García, M.C. González López y A. Muñoz París

Distrito Sanitario Almería.

Objetivos: Identificación y revisión de pacientes polimedicados e implantación de una estrategia de mejora de seguridad en estos pacientes. Aplicar medidas de intervención para minimizar los problemas relacionados con la medicación (PRM) detectados en estos pacientes.

Material y métodos: En el Distrito se ha puesto en marcha una estrategia de intervención en pacientes polimedicados (más de 10 medicamentos), mayores de 65 años. Para ello se aplica una metodología diseñada por un grupo de trabajo multidisciplinar donde participan médicos, enfermeras y farmacéuticas del distrito. El procedimiento de trabajo consiste en: Identificación de pacientes y factores de riesgo por el Servicio de Farmacia. Evaluación del paciente por enfermería: se cita al paciente y se valora estado cognitivo y funcional, soporte familiar, grado de conocimiento y cumplimiento para cada fármaco. Evaluación del paciente y de la medicación por el médico, detección de problemas e intervención.

Resultados: Se revisaron un total de 1.191 pacientes polimedicados pertenecientes a 10 Centros de Salud. Se llevaron a cabo 1.111 medidas para reducir los PRM detectados en 502 pacientes. Destaca la retirada de medicamentos en el 14,4% de los pacientes revisados, la sustitución de medicación en el 5,1%, así como la modificación de dosis y/o pauta en el 9,5% de los pacientes. En un 62% de los casos se realiza una intervención educativa orientada a mejorar la adherencia al tratamiento, haciendo entrega de un Sistema Personalizado de Dosisificación (SPD) al 23% de los pacientes.

Conclusiones: El diseño de una estrategia de mejora de seguridad del paciente polimedicado basada en un plan de trabajo consensuado por los diferentes profesionales, ha permitido detectar y reducir PRM en estos pacientes. Los resultados obtenidos justifica la necesidad de potenciar y priorizar estas actuaciones dentro de las líneas para la mejora de seguridad de los pacientes y de uso racional de los medicamentos.

L2-14. RIESGOS POTENCIALES EN LAS RECETAS QUE SE EMITEN EN ATENCIÓN PRIMARIA

G. Olivera Cañadas, C. Barreda Velásquez, S. Herrero Hernández, L. Jamart Sánchez y M. Amengual Pliego

Gerencia de Atención Primaria Área 6. Servicio Madrileño de Salud.

Objetivos: Valorar el porcentaje de prescripciones de procesos agudos que se emiten con posología errónea, incompleta u omitida durante un día en un área de salud.

Material y métodos: A través de una sentencia SQL se obtienen todas las prescripciones de procesos agudos que se han emitido mediante el Sistema OMI-AP en un día de consulta, recogiendo la información de: principio activo,

instrucciones sobre la toma de medicación, duración del tratamiento, posología y presentación farmacéutica. La descripción de las variables se realizó mediante Excel 2003 y SPSS 15.0.

Resultados: Se revisan 14.784 prescripciones/recetas de un único día y de 21 centros de salud. De ellas 9.653 se han emitido en agudo representando un 65% de toda la prescripción; 4.024 recetas agudas no tenían ninguna instrucción para la toma o posología escrita, (42%). Las recetas que si tenían instrucciones o posología (5.617) presentaban errores en 73 casos (1,29%); la mayoría eran debidos a posología incorrecta por error de prescripción, de posología incompleta y de dosis inadecuada según ficha técnica de la medicación. En tres de los 21 centros de salud, las prescripciones emitidas con posología o instrucciones no tenían ningún error. La media de errores en recetas que tienen posología o instrucciones en los 21 centros examinados fue de 6,6.

Conclusiones: De cada 1.000 recetas emitidas 12,9 presentaron posibilidad de un error potencial que en su mayoría se debía a un registro incorrecto en la posología, en el número de dosis a administrar o en el intervalo de la toma. Además existe un elevado porcentaje de recetas sin instrucciones y sin posología. Los factores que pueden influir a que se produzca este fenómeno son la elevada presión asistencial, el uso de instrucciones verbales con los pacientes, o que en la prescripción en procesos agudos se utilizan medicamentos conocidos por la población.

L2-15. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON DOXAZOSINA EN MUJERES MAYORES DE 75 AÑOS EN UN ÁREA DE SALUD

G. Olivera Cañadas, S. Herrero Hernández, L. Jamart Sánchez, M. Alcaraz Borrajo, C. Barreda Velázquez y M. Amengual Pliego

Gerencia de Atención Primaria Área 6. Servicio Madrileño de Salud.

Objetivos: Valorar la adecuación de la prescripción de doxazosina en mujeres de 75 años en un área de salud. Minimizar los problemas relacionados con esta medicación.

Material y métodos: Estudio observacional con intervención y posterior evaluación. Población de estudio: mujeres mayores de 75 años a las que se ha dispensado doxazosina durante el primer semestre 2009 (datos obtenidos del Sistema de Información de Consumo Farmacéutico). No se estudian varones por la imposibilidad de saber con la receta si el tratamiento es para próstata o para HTA. Se elabora nota informativa, con bibliografía sobre eficacia/ seguridad de uso. Se proporciona al profesional código identificativo del paciente (CIP) y hoja de recogida de datos para devolver al Servicio de Farmacia del área, en la que se pide información sobre el lugar que ocupa doxazosina en el tratamiento antihipertensivo y también sobre la actitud terapéutica a seguir tras la información recibida.

Resultados: Se identifican 690 pacientes con doxazosina. Actualmente tenemos información de 154 pacientes (22%). 47 casos no pueden analizarse (el CIP no corresponde, o el paciente ha fallecido o se ha trasladado de domicilio). Sólo un 4,65% tienen doxazosina como único fármaco, 16,28% como segundo y 70% como 3.º y 4.º fármaco. Todos los profesionales que tienen pacientes con doxazosina como primer fármaco comunican cambio por otro fármaco. Cuando doxazosina es el 2.º antihipertensivo, responden que cambiarán a otro en un 46%. Si ocupa el 3.º y 4.º lugar, cambiarán un 32 y un 13%.

Conclusiones: La doxazosina se usa de forma adecuada en la población estudiada. La intervención favorece el cambio, si es posible, cuando se usa como primer o segundo fármaco.

L2-16. ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE DOSIFICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

M.P. Lalana Josa^a, B. Laclaustra Mendizábal^b, C. Carcas de Benavides^c, M.J. Lallana Álvarez^d, M.B. Pina Gadea^d y M. Aza Pascual-Salcedo^c

^aCentro de Salud Borja. ^bCentro de Salud Calatayud. ^cServicio de Farmacia. Dirección Atención Primaria Sector Zaragoza III. ^dSector Zaragoza II.

Objetivos: Elaborar una guía de consulta rápida para mejorar la prescripción en pediatría realizada por los médicos de atención primaria. Mejorar la seguridad del paciente pediátrico.

Material y métodos: Se revisaron de forma retrospectiva en un centro de salud rural los registros de atención continuada realizada por los médicos de familia a niños menores de 14 años. Se identificaron problemas de dosificación de medicamentos, contraindicaciones relacionadas con la edad o la patología del paciente, y la posibilidad de opciones terapéuticas más adecuadas. Tras valorar los problemas detectados, se decidió la elaboración de una

guía de fácil manejo para mejorar la dosificación en pediatría y la idoneidad de las prescripciones a estas edades. La guía fue elaborada por dos pediatras, supervisada por tres farmacéuticas de atención primaria y consensuada por la Comisión del Uso Racional del Medicamento de dos Sectores de salud de la comunidad.

Resultados: Se elaboraron dos documentos. Uno en formato bolsillo para uso en atención continuada con las medicaciones de utilización más habitual en la atención al niño en urgencias y otro más ampliado para su uso en consulta de pediatría. Las guías se han difundido a todos los centros de salud, y están disponibles en la intranet para su consulta. Todos los principios activos tienen una tabla de dosificación por peso o edad y las presentaciones comerciales disponibles más habituales. En los principios activos que se creyó pertinente, se añadieron recomendaciones terapéuticas, indicaciones o precauciones asociadas a su uso.

Conclusiones: Disponer de una guía de dosificación de consulta rápida contribuye a mejorar la seguridad del paciente pediátrico, ya que facilita la utilización de fármacos en niños.

L2-17. AVANCES EN SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DEL MEDICAMENTO EN RECETA ELECTRÓNICA

J.L. Gutiérrez Revilla^a, I. Noriega García^b, L. López Arce^b, V. García Velasco^b, R. Sáez Crespo^b y F. Villoria Díez^b

^aCentro de Control y Soporte de Receta Electrónica. ^bComité Técnico del Proyecto de Implantación de Receta Electrónica en Cantabria.

Objetivos: Incrementar la seguridad en el uso de medicamentos por la población, especialmente con factores de riesgo asociados como edad avanzada y polimedición, a través de la implantación de funcionalidades específicas en la receta electrónica.

Material y métodos: 1. Elaboración del Plan de Implantación de Receta Electrónica. 2. Identificación de necesidades en materia de seguridad (eliminación de duplicidades terapéuticas, minimización de errores de prescripción y/o dispensación, mejoras en la información al paciente, reducción de cambios de marcas en la dispensación, notificación on line de alertas sanitarias). 3. Diseño, desarrollo e implementación de las funcionalidades de seguridad. 4. Sesiones formativas a los profesionales. 5. Monitorización de su utilización y detección de incidencias. 6. Feedback de la información a los profesionales.

Resultados: En mayo de 2010, finalizó el desarrollo e implantación de las 11 funcionalidades de seguridad en el sistema de receta electrónica. Hasta la fecha, se han realizado 18.809 prescripciones electrónicas y 33.027 dispensaciones electrónicas, y son 8.430 los pacientes que se han beneficiado de estas garantías de seguridad. Las incidencias por duplicidades han desaparecido y los errores de prescripción se han reducido en un 76% gracias al sistema de mensajería médico/a-farmacéutico/a. Al paciente, se le entrega una Hoja de tratamiento que incorpora un pictograma de cómo y cuándo tomar cada medicamento.

Conclusiones: La receta electrónica, procedimiento de automatización de la prescripción, control y dispensación de los medicamentos haciendo uso de las nuevas tecnologías de la información y telecomunicaciones, contribuye a mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos. En concreto, incorporar funcionalidades que imposibilitan o minimizan los errores, y proporcionar una información sencilla y clara al paciente es fundamental. En el éxito de la aceptación de las funcionalidades de seguridad ha resultado clave la implicación de todos los profesionales incluidos los farmacéuticos de las oficinas de farmacia.

L2-18. USO DE LA HOJA INFORMATIVA DE PRESCRIPCIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: NORMALIZACIÓN DEL CRITERIO

M.D. Pérez Pacheco, A. García Bonilla y J.C. Morales Serna

Distrito Jerez. Costa Noroeste.

Objetivos: Evaluar la seguridad de las prescripciones a través de la hoja informativa a los pacientes.

Material y métodos: Auditorias historias clínicas (HC) realizadas por farmacéuticos Atención Primaria (AP) Distrito Sanitario (DS) según metodología de Muestreo por Aceptación de Lotes (LQAS). Método que informa del grado de adecuación con una muestra mínima establecida si las claves de medicina general (CMG) de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) del DS cumplen o no un determinado criterio. Cada CMG es un lote. El tamaño de la muestra se calcula asumiendo como umbral el límite fijado como objetivo mínimo (55%)

para un error del comparador y proveedor del 5%, y estándar del 90%. Deben auditarse 18 HC como máximo para obtener 14 que cumplan el criterio, siendo el número de defectos tolerables máximo 4. Criterio de seguridad tratamiento: en la hoja informativa de prescripciones no existen duplicidades, ni interacciones, y las posologías establecidas no superan las dosis máximas. Pacientes obtenidos último mes facturación disponible. La hoja informativa de prescripciones se obtiene del histórico fármaco HC. El modulo interacciones HC detecta interacciones graves o muy graves, basadas en fuentes de información contrastadas, en ningún caso sustituye la valoración y decisión prescriptor.

Resultados: Se listan los pacientes en Abril 2010 de 184 CMG (14 UGC) y aleatorizan para proceder auditar HC. Si pilotan varias CMG con la finalidad de normalizar el criterio y estandarizar el procedimiento. Se detectan duplicidades e interacciones, las interacciones detectadas no siempre claramente evitables. En ocasiones hay desincronización módulo prescripción-dispensación.

Conclusiones: La evaluación propuesta ayuda a mejorar la seguridad de los pacientes, detecta áreas de mejora tratamiento y estimula la cultura de evaluación continua entre profesionales. Las interacciones no claramente evitables deben comunicarse a los profesionales y no contabilizarse en la evaluación del criterio, y es conveniente valorar la sincronización modulo prescripción-dispensación.

L2-19. DETECCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN PRESCRIPCIONES ACTIVAS DE RECETA ELECTRÓNICA

S. López Rubio, C. Escudero Castillo y M.J. Rodríguez Alberto

Distrito de Atención Primaria de Salud Sierra de Cádiz

Objetivos: La utilización de receta electrónica puede incrementar el gasto farmacéutico si no se hace una adecuada selección del paciente, del fármaco, de la pauta de administración y de la duración del tratamiento. En el análisis del informe de prescripciones activas obtenido de la aplicación informática se evidencia un elevado número de envases dispensados como consecuencia de una incorrecta pauta prescrita. Objetivo: minimizar los errores de prescripción en receta electrónica.

Material y métodos: La población diana: todas las prescripciones activas en receta electrónica realizadas en el distrito durante el mes de marzo de 2010. El análisis de las prescripciones activas se comenzó realizándolo registro a registro. Al tratarse de una tarea que requería emplear excesivo tiempo se desarrolló una herramienta informática para agilizar la detección de errores de medicación. Esquema de trabajo: elaboración de tabla con los siguientes campos: grupo terapéutico, principio activo, pauta de mantenimiento, dosis máxima y observaciones. La pauta de mantenimiento y dosis máxima fueron obtenidas de las fichas técnicas de cada principio activo. Se importa a una tabla de Access el fichero de prescripciones activas descargado de la aplicación. Una vez disponemos de las dos tablas realizamos una "Consulta de selección" donde los campos "pauta de mantenimiento" y "pauta de prescripción activa" no coinciden. Envío de forma individualizada, a cada médico, del informe elaborado.

Resultados: El número total de prescripciones activas durante el mes de marzo de 2010 fue de 101.452 que originaron un total de 127.894 recetas facturadas. Los errores de prescripción afectaron a 27.088 recetas, es decir, al 26,70% de las mismas.

Conclusiones: Es imprescindible contar con una herramienta que agilice la continua evaluación de las prescripciones activas en receta electrónica en aras de la seguridad del paciente, tanto por errores de prescripción, como por acumulo innecesario de medicación en botiquines caseros.

L2-20. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA LA CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE INMOVILIZADO

F. Pérez Hernández^a, J.L. Gutiérrez Revilla^b, R. Prieto Sánchez^b, J. Oca Vlamala^b y A. Pellico López^b

^aDirección Gerencia del Servicio Cántabro de Salud.

^bGerencia de Atención Primaria Torrelavega-Reinoso.

Objetivos: Evaluar los resultados obtenidos tras una intervención sobre el paciente inmovilizado en el ámbito de la atención primaria a través de la conciliación del tratamiento.

Material y métodos: Registro de pacientes incluidos en cartera de servicios como inmovilizados. Hoja de medicación activa en el programa informatizado de gestión de consultas. Fichero de recetas médicas facturadas. Hoja de revisión

sión del botiquín por enfermería. Selección de 10 pacientes inmovilizados por cupo de enfermería. Revisión del botiquín durante la visita domiciliaria. Cumplimentación de la hoja de revisión del botiquín. Incorporación a la historia clínica informatizada del paciente. Conciliación del tratamiento (confrontando la hoja de revisión del botiquín con la hoja de medicación prescrita).

Resultados: Participaron en la intervención 67 profesionales de enfermería (53,17% de participación) sobre 620 pacientes inmovilizados (47,08% de cobertura). Resultados de la utilización del botiquín domiciliario por el paciente y/o cuidador: 35,16% de botiquines mal ubicados con una media de medicamentos por botiquín de 8,76 (mediana 8,00) y un 6,61% de botiquines accesibles a los niños. Resultados del uso de medicamentos por el paciente: 77,01% de los medicamentos pautados en tratamientos crónicos, 9,52% de los medicamentos mal conservados, 8,4% de los medicamentos acumulados innecesarios, 44,25% de los medicamentos sin prospecto y un 6,2% de los medicamentos caducados.

Conclusiones: Incrementar el conocimiento y mejorar las actitudes de los pacientes/cuidadores respecto a su medicación es una estrategia adecuada en pacientes inmovilizados, en su mayoría de edad avanzada y con frecuencia polimedificados. Detectar y resolver problemas en la utilización de los medicamentos, realizando las intervenciones necesarias en los domicilios puede contribuir a mejorar la eficacia y seguridad de los tratamientos siendo un valor añadido la implicación y compromiso de enfermería.

L2-21. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS A LA GESTIÓN Y USO DE VACUNAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Flores Dorado, C. Payá Giner y M.I. Méndez Esteban

AGS Campo de Gibraltar.

Objetivos: Identificar los riesgos asociados a la gestión y uso de vacunas.

Material y métodos: Para la identificación de los riesgos se llevaron a cabo auditorías en los 26 puntos de vacunación, 11 Centros de salud y 15 Módulos del Área. Los profesionales de cada centro realizaron AMFE del proceso de vacunas.

Resultados y conclusiones: Resultados de las auditorías: el control de la temperatura del frigorífico se realiza mediante: termómetros de máxima y mínima digital (71,11%), termómetros de máxima y mínima de mercurio (20%), sin termómetro (8,81%). El termómetro se encuentra situado en: la puerta (14,63%). Se registra la temperatura diariamente en las gráficas mensuales en el 69,23% de los casos. El parte de temperaturas se encuentra accesible (34,62%). El 26,92% de los centros no tienen nevera portátil para vacunas. Las vacunas se encuentran correctamente situadas en el 92,31% de las neveras. Se encontraron vacunas caducadas en el 7,69% de los centros. El 19,23% de los encuestados manifiesta haber recibido en ocasiones el pedido en bolsas de plástico sin acumuladores. En el 92,31% de los centros existe medicación necesaria en el punto de vacunación para una posible complicación tras la administración de las vacunas. Resultados de los AMFE. Petición: solicitud de una cantidad inadecuada. No realizar el pedido a la persona indicada o a través de los cauces establecidos. No realizar el pedido en las fechas acordadas. Transporte: no entregar el pedido a la persona adecuada. No transportar en condiciones de termoestabilidad adecuadas. Equivocación u olvido del pedido. Recepción: falta de comprobación de las condiciones de llegada del pedido. Falta de comprobación del albarán de llegada. Almacenaje: falta de revisión y registro de la temperatura de las neveras. Orden de las vacunas no adecuado. Falta de revisión de la caducidad.

L2-22. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN E INFORMACIÓN AL PACIENTE

M. de la Corte García, B. Taravilla Cerdán, O. Larrubia Muñoz y E. Cruz Martos

Subdirección General de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Objetivos: La conciliación de la medicación es necesaria para evitar errores de medicación; se puede llevar a cabo tanto en atención primaria o en atención hospitalaria. En el año 2009 se incluyó la conciliación de la medicación y entrega de información al alta, como un objetivo para los hospitales de una Comunidad Autónoma. Se describe los resultados de esta iniciativa.

Material y métodos: Fuente de datos: Informe aportado por cada hospital de una Comunidad Autónoma (n = 32). Período de estudio: año 2009.

Resultados: Implantación de la conciliación: el 59,4% de los hospitales (n = 19) tienen procedimientos para conciliar la medicación en urgencias, al ingreso y/o alta. En el 40,6% (n = 13) restante, no se han implementado estos

procedimientos, justificando en el 69,2% (n = 9) los motivos, principalmente hospitalares de larga estancia. La hoja de medicación se entrega al paciente en un 50% (n = 16) de los hospitales. En relación a las características de la conciliación: en el 42,1% (n = 8) de los hospitales que tienen instaurada la conciliación, ésta se desarrolla con procedimientos de calidad, que incluyen los tres pasos de la conciliación, y la entrega de hojas de medicación al alta adaptadas al paciente. En el 42,1% (n = 8) de los hospitales con conciliación, ésta no incluye todos los tránsitos asistenciales, el procedimiento no está bien detallado o las hojas de medicación no están directamente adaptadas al paciente. En el 15,8% (n = 3) aún teniendo procedimientos de conciliación no aportan hoja de medicación al paciente al alta.

Conclusiones: La conciliación de la medicación y/o la entrega sistemática de información sobre medicamentos al paciente no están implantadas de forma sistemática en los hospitales. Se debe seguir trabajando en la línea de conciliación de la medicación dado que ésta repercute directamente en la seguridad del paciente.

L2-23. INSULINA Y CÁNCER: ESTIMACIÓN DEL RIESGO EN UNA REGIÓN

B. Tranche Robles, E. Ruiz Vaquero, L. Iraitorza Gutiérrez, L. de la Rosa Gay, R. Samper Ochotorena y B. Segurola Lázaro

Servicio de Farmacia. Organización Central de Osakidetza.

Objetivos: Estimar el riesgo de neoplasias malignas y mortalidad en pacientes con diabetes tipo I y II en tratamiento con insulina de media y larga duración.

Material y métodos: Según nota informativa de 29 de junio de 2009 de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, sobre la posible asociación entre el uso de la insulina glargina y el desarrollo de cáncer procedentes de 4 estudios observacionales (datos publicados en la revista Diabetología) se ha realizado la siguiente consulta. **Diseño:** estudio retrospectivo entre enero de 2004 y junio de 2010. **Ámbito:** toda la red de atención primaria, 2.250.000 habitantes aproximadamente. De la historia clínica informatizada se han obtenido datos de pacientes con diabetes tipo I y II en tratamiento con alguna de las siguientes insulinas: glargina, detemir o isofánica humana y se va a analizar si han desarrollado algún tipo de cáncer con posterioridad al inicio del tratamiento insulínico, diferenciando por tipo de insulina. Los resultados obtenidos se compararán para poder estimar el riesgo de la asociación entre el uso de la insulina glargina y el desarrollo de cáncer.

Conclusiones: Para fomentar la seguridad de los pacientes, es de vital importancia evaluar una posible relación de causalidad entre un medicamento y una reacción adversa. Por ello, es imprescindible disponer de bases de datos sanitarias de carácter poblacional para poder estimar el riesgo de problemas relacionados con los medicamentos en cada entorno sanitario. Además mediante la notificación de alertas sobre riesgos de medicamentos, el profesional sanitario accederá de forma más rápida y eficaz a toda la nueva información sobre seguridad de medicamentos para así, poder aplicarlo de forma eficiente en el ámbito profesional.

L2-24. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN SEGURIDAD DE PACIENTES CON PRESCRIPCIÓN CONCOMITANTE DE CLOPIDOGREL Y FÁRMACOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTÓNOS

R.S. Benavente Cantalejo, E. Gordillo Rueda, I. Villegas Lama, M.I. Luque Vega, M. Cámara Mestre y C. Pérez Guerrero

Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Servicio Andaluz de Salud.

Objetivos: Potenciar la seguridad de los pacientes desde atención primaria, evitando la reducción del efecto antiagregante de clopidogrel cuando se utiliza de forma concomitante con inhibidores de la bomba de protones (IBP).

Material y métodos: Estudio cuasi-experimental o ensayo comunitario de intervención, antes-después, en un Área de Gestión Sanitaria, durante el período de mayo 2009 a marzo 2010, consistente en 3 intervenciones farmacéuticas: **Intervención 1 (INT.1):** comunicación de la alerta de la AEMPS 03/06/2009, referente a la interacción de clopidogrel con los IBP, mediante cartas a los profesionales sanitarios del Área, atención primaria y especializada, (200 profesionales aproximadamente). **INT.2:** notificación a los médicos de atención primaria (106 profesionales sanitarios), de los pacientes con uso concomitante del tratamiento objeto de estudio, omeprazol/esomeprazol-clopidogrel, (622 pacientes con omeprazol-clopidogrel y 53 pacientes con esomeprazol-clopidogrel). **INT.3:** comunicación de la alerta de la AEMPS de 26/04/2010, mediante cartas a los profesionales sanitarios del Área,

atención primaria y especializada, referente a interacción de clopidogrel con los IBP: actualización de la información y recomendaciones de uso.

Resultados: Tras la INT.1 se observó disminución en el porcentaje de tratamientos concomitantes omeprazol-clopidogrel del 7,5%, que fue efectiva en el plazo de 7 meses. La INT.2 puso de manifiesto una disminución del porcentaje de tratamientos concomitantes omeprazol-clopidogrel del 23,9%, triplicando la obtenida con la primera intervención en un plazo menor de tiempo, 3 meses.

Conclusiones: La intervención farmacéutica evitó en un alto porcentaje de pacientes que ocurriría un efecto adverso debido a la interacción clopidogrel con IBP y se pone de manifiesto que la colaboración del farmacéutico es fundamental a la hora de facilitar y apoyar el trabajo del profesional médico, por lo que la cooperación entre distintos profesionales sanitarios en el sistema de salud es cada vez más evidente y necesaria para garantizar la máxima seguridad de los pacientes.

L3- Resultados en salud

L3-1. EVALUACIÓN DE LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HbA1C) DESPUÉS DE LA INTRODUCCIÓN DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS ANTIDIABÉTICOS

R. Tomás Sanz, R. Madridejos Mora, I. Macho Moreno, M. Roca Andreu, L. Val Prat y E. Llobet Traveset

CAP Sant Cugat. Mutua de Terrassa.

Objetivos: Describir el perfil de pacientes que están en tratamiento con los nuevos antidiabéticos (incretinas) y evaluar el resultado del tratamiento mediante el valor de la hemoglobina glicosilada.

Material y métodos: Tipo de estudio: descriptivo, antes-después. Ámbito: 3 centros de atención primaria que atienden a una población de 167.600 habitantes. Población de estudio: 432 pacientes diabéticos en tratamiento con los nuevos antidiabéticos en enero 2010. Criterio de inclusión: tener un valor de HbA1c antes (6 meses) y después (3 meses) de iniciar el nuevo tratamiento y no estar en residencia geriátrica. Selección de la muestra: pacientes seleccionados al azar y que cumplen los criterios de inclusión. Variables estudiadas: edad, sexo, HbA1c antes y después, tratamiento farmacológico para la diabetes, factores de riesgo (obesidad, dislipemia, HTA, tabaco, alcohol).

Resultados: Se estudiaron 99 pacientes (edad media = 64,46 ± 11,32 años); 65,7% hombres. Todos los pacientes recibían tratamiento hipoglucemante con metformina y/o sulfonilurea. 35 (35,3%) presentan obesidad; 57 (57,57%) dislipemia e hipertensión; 79,79% son no fumadores o exfumadores; 90 (90,9%) no toman alcohol ó ocasionalmente. 85 pacientes (85,9%, IC95% (77,4-92,0)) tenían HbA1c > 7% antes del nuevo tratamiento, de los cuales 59 (69,4%, IC95% (58,5-78,9)) disminuyeron los niveles posterior a la introducción (> 0,1%). Del resto, 14 pacientes (14,14%) partían de valores de HbA1c < 7 de los cuales 7 (50%) disminuyeron la HbA1c post tratamiento. Los nuevos tratamientos antidiabéticos orales más prescritos fueron: sitagliptina (36,4%), sitagliptina + metformina (29,3%), vildagliptina + metformina (14,1%), exenatida (13,1%). Los tratamientos antidiabéticos orales más prescritos previos a la introducción de los nuevos fármacos fueron: metformina 90 (90,9%), sulfonilureas 75 (75,7%), resto 23 (23,2%). El 12,12% estaban tratados con insulina.

Conclusiones: La introducción de los nuevos antidiabéticos en la muestra estudiada ha supuesto una mejora en el control glicémico.

L3-2. FARINGOAMIGDALITIS PEDIÁTRICA. ¿SE UTILIZAN LOS ANTIBIÓTICOS DE ELECCIÓN?

J.M. Izquierdo-Palomares, J.M. Bombín Granado, M.J. Calvo Alcántara, M. de la Corte García, J.M. Pascual Pérez y J. Rodríguez Delgado

Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad.

Objetivos: Valorar el grado de utilización de antibióticos de primera elección en faringoamigdalitis pediátrica cuando se sospecha etiología bacteriana.

Material y métodos: Se utiliza como fuente de datos la historia clínica informatizada de los pacientes asociados a los CIAS de pediatría de Atención Primaria de nuestra Comunidad Autónoma, en 2009. El indicador utilizado para cuantificar el grado de adecuación se diseñó por un grupo de trabajo de 3 pediatras y 3 farmacéuticos, se ha incluido en contrato programa de los centros de salud y relaciona indicación y prescripción: recetas de penicilina

V (J01CE02), amoxicilina (J01CA04) o fenoxyacetilpenicilina benzatina oral (J01CE10) asociadas a los episodios con códigos CIAP R72 (faringitis aguda) y R76 (amigdalitis aguda) respecto total recetas de antibióticos (J01) asociados a los mismos episodios (R72 o R76). La elección del número de recetas como forma indirecta de medir el número de episodios de faringoamigdalitis se basa en asumir que cada receta equivale a un tratamiento antibiótico completo. Así se evita el sesgo derivado de utilizar varias veces el mismo episodio para distintos tratamientos.

Resultados: Se han extraído datos de 258 centros de salud, que atienden 833.521 niños menores de 15 años (el 87,4% de la población de TSI de ese tramo de edad). Se analizaron datos de 105.525 recetas de antibióticos ligadas a los episodios del estudio, de ellas 81.417 corresponden a antibióticos de elección. Los percentiles 10, 25, 50, 75 y 90 de los CS para el indicador propuesto son: 56,12%; 72,52%, 80,19%, 86,31% y 91,64% respectivamente.

Conclusiones: A pesar de las limitaciones derivadas de las deficiencias en el registro de las historias clínicas informatizadas (inherente a todas las extracciones de datos de este tipo), consideramos que, la elección de los antibióticos prescritos en faringoamigdalitis se ajusta en un grado elevado a las recomendaciones.

L3-3. COMPARACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE ESCITALOPRAM, FLUOXETINA, MIRTAZAPINA Y PAROXETINA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN MAYOR Y LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

J.C. Ruiz Ramírez^a, M.A. Ariza Copado^b, J. López Picazo^b, F. Sánchez Ruiz^c y B. Aguilera Musso^d

^aServicio Farmacia Área VIII de Salud de Murcia. ^bServicios Centrales Servicio Murciano de Salud. ^cSubdirección General de Tecnologías de la Información del Servicio Murciano de Salud. ^dOficina de Seguimiento Estratégico del Servicio Murciano de Salud.

Objetivos: Comparar la efectividad de escitalopram, fluoxetina, mirtazapina y paroxetina en el tratamiento de la depresión mayor y los trastornos depresivos, en el marco de un estudio más amplio encaminado a medir el impacto de la remisión de la depresión en el uso de recursos y en los costes de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio naturalístico. Se realizó una revisión retrospectiva, desde el 1/1/2004 al 30/6/2007, de los registros en la historia clínica informatizada de Atención Primaria. La población de estudio (742.495 usuarios) estaba adscrita a 40 centros, pertenecientes a dos áreas de salud. Los criterios de inclusión fueron: edad ≥ 18 años; diagnóstico de depresión/trastorno depresivo; prescripción de fármaco antidepresivo (AD), en el momento de inclusión (momento cero), con un período mínimo previo de 6 meses sin ningún tratamiento AD; prescripción de AD con criterio de tratamiento mínimo adecuado (> 60 días de tratamiento AD contar desde el momento 0). La duración del seguimiento de los pacientes incluidos fue de 18 meses desde el momento cero. Cada paciente se asignó a uno de los siguientes grupos: remisión y no remisión de la depresión. Se determinó la efectividad no ajustada de cada uno de los antidepresivos estudiados y se comparó con respecto al más efectivo, mediante las correspondientes odds ratio, obtenidas por análisis de regresión logística.

Resultados: La efectividad de la remisión fue: escitalopram (59,4%), fluoxetina (57,2%), mirtazapina (55,7%) y paroxetina (56,9%). La odds ratio de remisión frente a escitalopram, ajustada por las variables que resultaron significativas (edad, comorbilidad y tratamiento con más de un antidepresivo en el período de seguimiento) fueron: 0,88 (IC95%: 0,71-1,09) fluoxetina; 0,94 (IC95%: 0,71-1,24) mirtazapina; y 0,91 (IC95%: 0,75-1,11) paroxetina.

Conclusiones: Fluoxetina, mirtazapina y paroxetina son tan efectivos como escitalopram en la remisión de la depresión mayor o trastornos depresivos.

L3-4. INFLUENCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y DEL CONSUMO DE HIPOGLUCEMIANTES EN LA REDUCCIÓN DE INGRESOS POR COMPLICACIONES ASOCIADAS A DIABETES

D. Frigola Castro, M.E. Rey Abella, L. Tamarit Sellés, B. Cruzado Faure, X. Sintes Pascual y T. Rodríguez Peña

Ámbito Territorial Barcelona Sur-RSB. CatSalut.

Objetivos: Analizar si la atención al enfermo diabético en atención primaria y el consumo de hipoglucemiantes reduce los ingresos por complicaciones asociadas a diabetes.

Material y métodos: Población: 52 áreas básicas de salud que atienden a 1.127.113 habitantes de 15 o más años. Fuentes de información: consumo de medicamentos obtenidos del sistema de información de farmacia, conjunto

mínimo de bases de datos de hospitalización de agudos y los objetivos de los contratos de los equipos de atención primaria. Período: 2009. Método utilizado: regresión lineal múltiple. Variable dependiente: tasa estandarizada de hospitalizaciones por complicaciones de diabetes. Variables explicativas: tasa de diabéticos atendidos, tasa de diabéticos controlados, % ddd metformina sobre el total de antidiabéticos orales, DHD de fármacos hipoglucemiantes.

Resultados: El análisis muestra un modelo con $R^2 = 0,48$ y 3 variables explicativas de la tasa de hospitalizaciones por complicaciones de diabetes: la tasa de diabéticos atendidos en atención primaria (coeficiente estandarizado CE: 0,724; $p = 0,000$), el porcentaje de DDD de metformina sobre el total de antidiabéticos orales (CE: -0,418; $p = 0,000$) y el consumo de tiazolidindionas (CE: -0,285; $p = 0,014$).

Conclusiones: La tasa de diabéticos atendidos en atención primaria muestra una relación positiva con las complicaciones hospitalarias; posiblemente ambos fenómenos se producen en áreas con una mayor morbilidad. Las variables explicativas farmacológicas tienen una relación negativa con la tasa de complicaciones, indicando que el porcentaje de metformina sobre el total de antidiabéticos orales y el consumo de tiazolidindionas tienen un efecto significativo en la reducción de los ingresos por complicaciones diabéticas. Este tipo de análisis es necesario para conocer la calidad de la prevención y los resultados en salud. La principal limitación es la utilización de datos agregados territorialmente. Es importante avanzar en la integración de los distintos sistemas de información sanitaria que permitan un análisis individualizado.

L4- Estrategias de intervención

L4-1. REVISIÓN DE TRATAMIENTOS: UNA MEDIDA ÚTIL PARA MEJORAR LOS INDICADORES Y REDUCIR EL GASTO FARMACÉUTICO

N. Izko Gartzia^a, C. Linares Juan de Sentmenat^b, A. Sanchís Mezquita^b, S. Mas Arauz^b, S. González Torrente^b y M. Ortega Cutillas^b

^aFundación Hospital Son Llátzer. ^bCS Trencadors. Sector Migjorn.

Objetivos: Mejorar los indicadores de calidad de prescripción y reducir el gasto de farmacia de un cupo de medicina de familia mediante la revisión de la terapia farmacológica antes de la visita del paciente al médico de familia.

Material y métodos: Durante julio, agosto y noviembre de 2009 el farmacéutico de atención primaria (FAP) revisa los tratamientos farmacológicos de los pacientes de un cupo de medicina de familia 24-48 horas antes de la visita. Si detecta un problema relacionado con la medicación (PRM), inserta un aviso al profesional en la historia clínica del paciente, proponiendo una alternativa para su resolución. Cuando el médico de familia (MF) atiende al paciente, visualiza la nota del FAP y, si está de acuerdo, realiza las modificaciones oportunas en el tratamiento.

Resultados: Durante el período de estudio se revisaron 791 pacientes y se comunicaron al MF 301 PRM, que aceptó el 76% de las propuestas del FAP. Los PRM se debieron principalmente a tratamientos con alternativas más coste-efectivas, duración excesiva, posología inadecuada y duplicidades. De junio a diciembre de 2009, el indicador sintético de prescripción pasó de 0,85 a 0,89 (máximo de 1,5), el mayor incremento de todos los médicos del centro, principalmente a expensas de una mejor selección de inhibidores de la bomba de protones, estatinas, bifosfonatos y antidepresivos. El gasto farmacéutico se redujo de media 2.346€/mes (7%) respecto al mismo período del año anterior. Puesto que el primer semestre de 2009 el gasto había crecido un 8% respecto a 2008, el ahorro real podría estimarse en un 15%.

Conclusiones: La revisión de tratamientos y comunicación al MF de alternativas para mejorar la farmacoterapia en el momento de la visita al paciente ha resultado efectiva en la mejora de los indicadores de calidad de prescripción y reducción del gasto farmacéutico del cupo.

L4-2. ADECUACIÓN DE USO Y AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES EN EL USO DE AUTOANÁLISIS DE GLUCEMIA CAPILAR MEDIANTE UN PROGRAMA FORMATIVO CON AUTOEVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS PARA PROFESIONALES SANITARIOS

B. Merino Rico, I. Ferrer López, D. Palma Morgado, J.C. Domínguez Camacho, M.O. Caraballo Camacho y S. Gómez Langley

Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla.

Objetivos: Evaluar y adecuar el autoanálisis de glucemia capilar (AGC) en pacientes diabéticos sin insulina mediante la formación con autoauditoría según recomendaciones a las guías de práctica clínica.

Material y métodos: Programa de formación (2 horas presenciales y 4 a distancia) constituida por sesión grupal más entrevista personalizada (farmacéutico de atención primaria-médico o enfermero) profundizando en el procedimiento de autoauditoría con entrega de materiales: pacientes con prescripciones activas de AGC, boletín de recomendaciones y cuestionario semiestructurado para reflexión y extracción de datos de 5 historias, abordando indicaciones posibles, medicamentos utilizados, monitorización de variables clínicas y efectos secundarios, y sugerencias tras finalizar la evaluación. Análisis estadístico: porcentajes, promedios y desviación estándar.

Resultados: Formación de 476 profesionales (43,5% de enfermería), con remisión de 695 historias autoauditadas hasta julio 2010. Pacientes con una media de 68,23 años, 52,5% hombres y el 75,4% con fármacos no hipoglucemiantes. Presentan registro de HbA1c en historia clínica el 88,2%, donde el 59,8% fueron realizadas hace más de 6 meses. El valor medio fue de 7,3% (DE: 1,23), encontrándose el 48,7% con HbA1c > 7%. Los profesionales consideran la no adecuación de AGC en un 42,9%, planteándose suspender su uso en un 26,0%, modificar la pauta en un 25,5% y solicitar HbA1c el 39,3%, siendo el 3,6% de los casos donde no existía registro previo. De entre las consideradas adecuadas, el 10,22% de AGC se prescribieron en enfermedades intercurrentes descritas como hipertensión, varices, dislipemia, cardiopatía conocida, alteración psiquiátrica, poliartrosis, retinopatía, valvulopatías, accidente cerebro vascular, hernias, angina estable, fibromialgia. Los profesionales opinan que el 50,1% son los pacientes quienes demandan AGC y su utilización les genera síntomas depresivos 14,9%.

Conclusiones: Se detectan diferencias respecto a recomendaciones de guías pero la autoevaluación de historias clínicas por profesionales les facilita la toma de decisiones y adecuación respecto al uso de AGC.

L4-3. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE INTERCAMBIO TERAPÉUTICO CONSENSUADO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

I. Rosich Martí, A. Allepuz Palau, G. Alba Aranda, N. Benages Bernardó, R. Tomás Puig y T. Arranz Castella

Servicio de Atención Primaria Alt Penedés-Garraf.

Objetivos: Los programas de intercambio terapéutico (PIT) mejoran la terapéutica del paciente y la gestión de los recursos farmacéuticos. El objetivo es evaluar el impacto de un programa de intercambio terapéutico dirigido a mejorar la calidad de la prescripción de los inhibidores de la bomba de protones (IBP).

Material y métodos: Ensayo comunitario que compara el impacto de un PIT en los equipos de atención primaria (EAP) de una comarca (grupo intervención) respecto de la no aplicación en los EAP de una comarca control. Se incluyeron los pacientes, con prescripción de un IBP entre mayo-2008 y junio-2009. Se obtuvo información de la historia clínica (IBP prescrito y EAP) y de la aplicación de farmacia (coste de la dosis diaria definida (DDD) de los IBP). La intervención consistió en sesiones y facilitar a cada médico ($n = 68$) los pacientes con un IBP susceptible de intercambio terapéutico (IT) a omeprazol (OMP). A partir del riesgo relativo (RR) se comparó el porcentaje de IT en cada comarca antes y después de la intervención. También se calculó el porcentaje de OMP al final de cada período de estudio y los cambios a los costes de la DDD.

Resultados: Los IT fueron superiores en el grupo intervención (RR: 4,2; IC95%: 3,1-5,8) respecto al control (RR: 1,8; IC95%: 1,2-2,6). En el grupo intervención el porcentaje de pacientes con OMP pasó del 86,2% al 89,3% y en el control del 84,3% al 84,7%. El coste de la DDD disminuyó un 11,5% en el grupo intervención y un 2,5% en el control. Las situaciones de excepción al PIT más frecuentes fueron: no eficacia del tratamiento con OMP (35,7%); prescripción de un especialista (35,7%); interacción con acenocumarol (21,4%).

Conclusiones: El PIT se ha mostrado efectivo al incrementar los IT. Se trata de una intervención sencilla capaz de modificar las prescripciones reduciendo los costes de la prescripción.

L4-4. FÁRMACOS PARA PROCESOS AGUDOS COMO TRATAMIENTOS CRÓNICOS: UNA INTERVENCIÓN PARA MEJORAR SU USO

R. Vallés Fernández, A. Franzi Sisó, J.A. García Vicente, M. Massot Mesquida, E. Pastor Ramón y C. Vedia Urgell

Dirección de Atención Primaria Metropolitana Nord. Institut Català de la Salut.

Objetivos: Disminuir la prescripción de tratamientos de larga duración (≥ 3 meses) de grupos farmacológicos que tienen su indicación principal para el tratamiento de procesos agudos o crónicos con tratamiento discontinuo < 3 meses.

Material y métodos: Diseño: estudio de intervención, prospectivo. Ámbito: médicos de familia con prescripción a través de la historia clínica infor-

matizada. Periodo: 1 año (2009). Intervención: 1) Implementación de un indicador de revisión de tratamientos crónicos (% de pacientes con prescripción activa de grupos farmacológicos seleccionados con una duración \geq 3 meses/total población asignada y atendida en los 3 últimos años). 2) Feed-back trimestral a los profesionales de los resultados del indicador. 3) Envío trimestral de los listados de los pacientes y medicación a revisar. Fuente de información: prescripción activa en la historia clínica informatizada. Evaluación: disminución del % de pacientes iniciales, en función de los objetivos establecidos. Valoración teórica del impacto económico.

Resultados: Se detectaron 88.539 pacientes (7,4% de la población) que tenían prescritos medicamentos para problemas agudos con una duración \geq 3 meses (141.255 tratamientos). Con la intervención, se ha reducido el 45% del número de pacientes con este tipo de prescripción (49.062 pacientes, 4,1% de la población, 98.570 tratamientos). Principales tratamientos retirados: AINE tópico (17.721); antihemorroidales y antivaricosos tópicos (10.849); corticoides tópicos (8.584); antifúngicos tópicos (3.154); miorelajantes (2.661); oftalmológicos (2.212); vasodilatadores periféricos (2.201). Análisis impacto económico potencial suponiendo que toda esta medicación se llegara a dispensar: -Gasto mensual total: Inicial 808.801,51€. Final: 499.808,16€ (-308.993,35€). -Coste/paciente/mes: Inicial 9,31€. Final: 6,78€ (-2,53€). -Número fármacos seleccionados/paciente: Inicial 1,34. Final: 1,20.

Conclusiones: Es fundamental la revisión y la adecuación de los tratamientos crónicos de los pacientes para conseguir una prescripción eficiente. Con esta intervención se redujeron el número de prescripciones innecesarias facilitando la revisión de los tratamientos crónicos por parte del médico.

L4-5. AUTOEVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS PARA ADECUACIÓN DE USO Y AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES EN EL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)

D. Palma Morgado, E. Hevia Álvarez, J.B. Merino Rico, I. Ferrer López, J.C. Domínguez Camacho y F. Segura del Real

Distrito Sevilla.

Objetivos: Evaluar si la revisión de historias clínicas realizada por los propios médicos de atención primaria (MAP) con un cuestionario tipo sobre uso de IBP y en el marco de un programa formativo, detecta diferencias respecto a recomendaciones de guías de práctica clínica (GPC) y facilita tomar decisiones.

Material y métodos: Análisis descriptivo de autoauditorías realizadas por médicos de familia (MAP) como trabajo no presencial de un programa formativo para optimizar el uso de IBP. La formación incluía sesión presencial y entrevista personalizada para explicar procedimiento de auditorías de historias y entrega de materiales necesarios para realizarla. El alumno debería realizar 5 auditorías. Para ello disponía de: listado de pacientes con prescripción activa de IBP, boletín recordatorio con mensajes claves de la sesión presencial y el cuestionario semiestructurado de volcado de datos. El cuestionario abordaba indicación basada en recomendaciones de GPC, medicamento seleccionado, monitorización de efectos secundarios, interacciones y actuación del profesional al finalizar la evaluación.

Resultados: Hasta julio 2010 se recibieron un total de 717 autoevaluaciones. De las historias auditadas, 60,95% eran mujeres. Edad media de 67,51 años (36,40 menores de 65 años). El médico reconoce que no hay indicación para IBP en el 19,39% de los casos. Un 23,29% tenían patología digestiva, 57,04% prevención de gastropatía por AINEs o ácido acetilsalicílico a bajas dosis. El 19,39% lleva más de dos años en tratamiento con IBP, el 16,18% tiene riesgo alto de fractura y un 4,46% está en tratamiento concomitante con clopidogrel. Actuaciones realizadas: 4,74% suspende el tratamiento con IBP al retirar el AINE, 10,60% anula la prescripción de IBP y 13,25% revisó adherencia al tratamiento.

Conclusiones: La autoevaluación de historias clínicas, en el marco formativo, con un cuestionario semiestructurado basado en recomendaciones de las mejores guías de práctica clínica ayuda al profesional a detectar áreas de mejora y facilita la toma de decisiones respecto al tratamiento con IBP.

L4-6. AUTOEVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS COMO HERRAMIENTA FORMATIVA

E. Hevia Álvarez, M.O. Caraballo Camacho, J.C. Domínguez Camacho, D. Palma Morgado, B. Merino Rico y R. Pérez Pascual

Distrito Sanitario Atención Primaria de Sevilla.

Objetivos: Evaluar un programa formativo, con auditorias de historias clínicas, para adecuar tratamientos a recomendaciones de guías de práctica clínicas.

Material y métodos: Programa de formación continuada de 3 actividades: adecuación del uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP); tiras reactivas para DM2; tratamiento con estatinas. Todos dirigidos a profesionales médicos y tiras también para enfermería. Inscripción voluntaria. Constaba de parte presencial y no presencial: Presencial: a) sesión en el centro impartida por un farmacéutico de atención primaria (FAP); b) asesoría personalizada del FAP para las auditorías, con un ejemplo práctico. No presencial: a) autoauditorías de 5 historias por área terapéutica; b) retroinformación. Material de apoyo para el alumno: entrega de la sesión formativa, boletín terapéutico con mensajes claves, listado de pacientes aleatorizado y cuestionario semiestructurado para la revisión de las historias. Se midió transferencia del conocimiento mediante pre y post test con cinco preguntas por áreas. Se evaluó la satisfacción global del programa.

Resultados: Inscritos: 476 en adecuación de tiras (207 enfermeros y 264 médicos); 257 en IBP y 267 en estatinas. Cuestionarios analizados hasta julio: estatinas: 396; tiras: 695 e IBP: 711. Los profesionales no encuentran indicación en la historia en el 25% de los tratamientos con estatinas, en el 19% de IBP y en el 43% de tiras. Suspenderían un 17% de tratamientos con estatinas, un 10% de IBP y un 26% de tiras. Media de incremento en las preguntas acertadas del pre y postest: 147% para estatinas, 71, 58% para tiras y 16,58% para IBP. Nota media del grado de satisfacción global: 7,4.

Conclusiones: Un programa de formación continuada con una autoevaluación de historias clínicas mejora el conocimiento de las recomendaciones de práctica clínica, permite que el propio profesional detecte tratamientos no adecuados y tome una decisión sobre el mismo.

L4-7. RELACIÓN ENTRE LA REALIZACIÓN DE UN CURSO DE FORMACIÓN ON-LINE SOBRE FÁRMACOS QUE ACTÚAN A NIVEL DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA Y LOS INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN DE ESTOS MEDICAMENTOS

A. García Ortiz, M.J. Montero Alonso, J. Obreo Pintos y A. Díaz Madero

Gerencia Regional de Salud y Gerencias de Atención Primaria de Valladolid Oeste, Ávila y Zamora. Sacyl.

Objetivos: Se realizó un curso de formación *on-line*, voluntario y gratuito, dirigido a facultativos de Atención Primaria del Servicio de Salud, para promover la utilización adecuada de fármacos que actúan a nivel del sistema renina angiotensina. Se establecieron como indicadores de prescripción el porcentaje de consumo de inhibidores de la angiotensina II monofármaco (% ARAII-M) y en asociación con diurético (% ARAII-A) respecto al total de Inhibidores del Enzima Convertidor de Angiotensina (IECA) y ARAII. Los objetivos: evaluar la relación entre el valor de los indicadores y la realización del curso. Evaluar el impacto de la actividad formativa en la prescripción de IECA y ARAII.

Material y métodos: Estudio antes-después para valorar una intervención de formación *on-line*. Fuente de datos: Sistema de Información de Farmacia y Plataforma e-ducativa. Ámbito: 2.306 médicos de Atención Primaria. Variables: indicadores de prescripción, tendencia del indicador (valor de la pendiente de la recta resultado de la estimación lineal de los valores mensuales). Período de estudio: enero-diciembre 2009/enero-mayo 2010 (ampliable). Pruebas estadísticas: análisis de la varianza y comparación de medias.

Resultados: El 70% de los médicos realizó la formación y sus valores de partida en ambos indicadores eran mejores que los que no la realizaron. Diferencia de medias: % ARAII-M 4,68%, (IC95% 3,05-6,3 p = 0,000); % ARAII-A 4,8%, (IC95% 3,48-6,13 p = 0,000). En el grupo que realizó formación se produjo un cambio en la tendencia sólo en el indicador % ARAII-M (0,0011, IC95% 0,00015-0,002; p = 0,023).

Conclusiones: La formación *on-line* puede ser una herramienta adecuada sobre todo para facultativos con mejores indicadores de prescripción. Se detecta una mejora en la tendencia del indicador % ARAII-M que puede ser el que recoja los nuevos tratamientos y por tanto más sensible a cambios de criterio de prescripción en períodos cortos.

L4-8. ANCIANOS CON MÁS DE 10 MEDICAMENTOS: ¡URGE INTERVENCIÓN!

B. Taravilla Cerdán, M. de la Corte García, O. Larrubia Muñoz y E. Cruz Martos

Subdirección General de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Objetivos: Identificar a pacientes ancianos que utilizan más de 10 medicamentos de forma continuada así como revisar y modificar su tratamiento en caso necesario.

Material y métodos: Desde la Consejería de Sanidad de una Comunidad Autónoma se realiza una estrategia de intervención en 252 Centros de Salud (CS), consistente en la identificación de pacientes que cumplen los criterios: edad ≥ 74 años, no incluidos en el Programa de Atención al Mayor Polimedico y n.º de principios activos en prescripción activa ≥ 10 (septiembre 2009). El cronograma fue: diciembre 2009: envío centralizado de pacientes identificados a cada Gerencia de Atención Primaria; enero-marzo 2010: evaluación e intervención; abril 2010: análisis. Fuente de datos: sistema de prescripción OMI-AP. Variables de análisis: Variables preintervención: código y nombre del CS, CIAS, Código de identificación del paciente, edad, n.º de fármacos en prescripción activa. Variables postintervención: captación del paciente (sí/no), revisión de tratamiento (sí/no), modificación de tratamiento (sí/no), n.º de fármacos antes y después de la revisión, observaciones y comentarios (texto libre).

Resultados: Fueron identificados 28.355 pacientes, con edades entre 74-105 (media: 90 años). La distribución por tramos de edad fue: 55,65% entre 74-80 años, 38,11% entre 81-90 años, 6,12% entre 91-100 y 0,13% entre 101-105 años. Se revisaron 26.773 pacientes, de los que fueron incluidos en el Programa 13.878 (51,83%). De éstos, se revisó el tratamiento al 98,47% (13.667 pacientes) y de ellos se modificó el tratamiento a 5.650 (41,31% de los revisados).

Conclusiones: Esta intervención ha permitido identificar, revisar y modificar el tratamiento en un segmento de la población especialmente vulnerable en el que se asocia además de la edad el elevado n.º de principios activos. La alta tasa de modificación de los tratamientos (hasta en un 41% de los casos), avala la necesidad de implantar la revisión de tratamientos de forma sistemática en atención primaria.

L4-9. EL USO DE ABSORBENTES DE INCONTINENCIA EN RESIDENCIAS DE MAYORES PUEDE MEJORARSE POR EL FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Parragón Ponz, A. Añino Alba, I. Fernández Esteban, H. Arroyo Arroyo y M.T. Alonso Salazar

Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Primaria. Área 11 de Madrid.

Objetivos: Mejora en la utilización de absorbentes de incontinencia en residencias de la tercera edad de un Área de Atención Primaria, vinculada a un mayor conocimiento del uso de los mismos, con el fin de cumplir los indicadores específicos y disminuir el denominado "gasto innecesario".

Material y métodos: Área con 46 residencias geriátricas y 2 hospitales psiquiátricos concertados. De los 8.065 residentes 4.670 precisan absorbentes (58%). El suministro se realiza centralizadamente. El plan de mejora incluía formación con apoyo de una hoja farmacoterapéutica, revisión protocolizada de los pacientes con incontinencia: valoración clínica, revisión de la indicación y selección de los absorbentes en función del diagnóstico, características de la incontinencia, somatometría y recomendaciones institucionales. Se denomina "gasto innecesario" al exceso en la facturación procedente de usar una talla excesiva o un absorbente inadecuado. Se actualizó el catálogo de absorbentes y renovaron los circuitos. Se valoró cada suministro, y se enviaron cartas con los cambios a cada residencia, hasta llegar al ajuste óptimo. El proyecto se pilotó en una residencia monográfica de demencia y tras su evaluación se extendió a todas las residencias del Área a lo largo de 8 meses.

Resultados: El porcentaje de absorbentes anatómicos/total al inicio del proyecto era de 47,67%, la razón entre absorbentes día/noche era de 0,85. Transcurridos 8 meses se ha conseguido variar estos indicadores a 75,01% y 1,87. Se ha cuantificado el "gasto innecesario" como $20.621 \pm 5.900/\text{mes}$. Esto supone un ahorro del 12% en la facturación mensual, sin que haya habido un cambio en el número total de absorbentes dispensados.

Conclusiones: La adecuación de la talla y de capacidad de absorción a la diuresis ha sido una medida con un gran impacto económico. Hay margen para la eficiencia con intervenciones sencillas pero sistemáticas, con aceptación de los profesionales, sin menoscabo de la atención.

L4-10. DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DE AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS PARA LA MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE UN SERVICIO DE SALUD

M. Zaforteza Dezcállar, C. Calvo Pita, A. Gómez Nadal, F. Puigventós Latorre y B. Calderón Herranz

SSCC del Servei de Salut de les Illes Balears.

Objetivos: Desarrollar una herramienta informática que permita a los médicos de atención primaria (AP) de un servicio de salud realizar auditorías de historias clínicas para intervenir sobre su prescripción de inhibidores de la

bomba de protones (IBP). Evaluar la efectividad de la misma a los seis meses de su implantación.

Material y métodos: Se diseña un entorno web en el que cada médico, de forma proactiva, puede consultar su prescripción de IBP y acceder a los códigos de identificación personal (CIP) de los pacientes de su cupo en tratamiento con estos medicamentos. En consideración a las alertas 2009/07 y 2010/04 de la AEMPS se destacan aquellos CIP que están en tratamiento concomitante con clopidogrel. En colaboración con los farmacéuticos de AP (FAP) y con farmacéuticos de dos hospitales del servicio de salud se elabora un documento de recomendaciones para la prescripción de IBP en el medio ambulatorio —encaminadas a mejorar la adecuación y la selección de los IBP— que está accesible en la web. Los FAP también participan en la puesta en práctica de la intervención. La efectividad de la herramienta se evaluará mediante: a) proporción de médicos que acceden a la consulta; b) modificación en el indicador de cantidad de IBP, y c) modificación en el indicador de selección de IBP.

Resultados: La web está operativa desde mayo de 2010. A los seis meses se comprobarán los accesos y la evolución de los indicadores de calidad de prescripción en la AP del servicio de salud.

Conclusiones: Los médicos de AP del servicio de salud disponen de una herramienta informática y de unas recomendaciones basadas en la evidencia científica encaminadas a optimizar su prescripción de IBP. Transcurridos seis meses se analizará si este tipo de intervención tiene buena aceptación entre los médicos y logra modificar sus hábitos de prescripción.

L4-11. EL RETO DE ELIMINAR LOS ANTIBIÓTICOS DE LAS URGENCIAS SIN AUMENTAR SU PRESCRIPCIÓN EN RECETAS

M.C. Montero Balosa, R. Fernández Urrusuno, B. Pascual de la Pisa, M.A. Tarilonte Delgado y J.M. Páez Pinto

Distrito Sanitario de Atención Primaria Aljarafe.

Objetivos: Es práctica frecuente la entrega por los facultativos, durante los fines de semana, de medicación antiinfecciosa para 24-48 horas. El paciente debe acudir el lunes siguiente a su médico para solicitarle las recetas de continuación. Si se encuentra asintomático, en ocasiones no acude a por las recetas, e interrumpe el tratamiento con el riesgo de resistencias bacterianas. Nuestro objetivo fue conocer si la retirada de los antiinfecciosos de las urgencias de los centros de salud tenía impacto sobre el número de recetas prescritas o sobre la indicación de antiinfecciosos de no elección.

Material y métodos: Diseño: cuasiexperimental (series temporales interrumpidas). Ámbito: centros de salud de Atención Primaria. Intervenciones: 1) Aprobación por la Dirección de Salud, Gerencia y Comisión de Farmacia (octubre de 2007). 2) Coordinación con el Área de Contabilidad para suspender las adquisiciones de antibióticos (noviembre de 2007). 3) Formación acreditada en los centros (abril de 2009). 4) Cartas a todos los profesionales sanitarios informando de la retirada de amoxicilina, amoxicilina-clavulánico y eritromicina (marzo de 2009). Mediciones: evaluación mensual del número de envases prescritos preintervención (enero de 2006 a marzo de 2009) y postintervención (abril de 2009 a marzo de 2010). Fuente de información: sistema de facturación de recetas. Análisis estadístico: descriptivo univariante de medias mensuales para cada fármaco; bivariante mediante prueba t de comparación de medias pre y postintervención del primer trimestre de cada año.

Resultados: El análisis del consumo de envases en los primeros trimestres de cada año (promedio) frente al primer trimestre de 2010 (promedio) mostró diferencias significativas en cefalosporinas (1.821 vs 1.238; $p = 0,003$), quinolonas (1.938 vs 2.042; $p = 0,028$), claritromicina (390 vs 280; $p = 0,000$) y eritromicina (662 vs 498; $p = 0,039$). No hubo variaciones significativas en la prescripción de penicilinas, macrólidos, amoxicilina, amoxicilina-clavulánico o azitromicina.

Conclusiones: La retirada de los antibióticos de las urgencias de los centros de salud no originó un incremento en el número de recetas ni una desviación de la prescripción hacia moléculas de no elección.

L4-12. WEB 2.0: ¿NUEVA HERRAMIENTA A INCORPORAR EN LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN? LA EXPERIENCIA DE LA ANAFILAXIA

M.A. Cruz Martos^a, L.M. Cabello Ballesteros^b, J.M. Pascual Pérez^c, E. Barrera Linares^d, M.E. Martínez Nuñez^e y A.R. Solórzano Martín^a

^aServicio Madrileño de Salud. Área 10 de Atención Primaria. Servicio de Farmacia. ^bDocencia e Investigación. ^cCentro de Salud Pintores. ^dDirección Médica. ^eServicio de Farmacia. Hospital Universitario de Getafe.

Objetivos: Aumentar el conocimiento de médicos de familia (MF) y pediatras (PD) sobre la identificación y tratamiento de la anafilaxia con una intervención que contempla el uso de la web 2.0.

Material y métodos: Tras la notificación de un error de medicación en anafilaxia, se decidió desarrollar un encuesta en la web 2.0 para analizar el conocimiento que nuestros profesionales tenían sobre su identificación y tratamiento. Periodo de estudio: 21 septiembre-15 octubre 2009. Para su diseño y elaboración se utilizó la herramienta Google-Docs. La dirección web para acceder a la encuesta se difundió informáticamente. Su cumplimentación y envío se realizó directamente desde esta página. A mitad de periodo se lanzó un mensaje recordatorio para aumentar la participación. Los resultados se comunicaron en un informe a través de la intranet y de un correo a los responsables de los centros. En septiembre 2010 está previsto el envío de una encuesta similar para verificar que la intervención aumenta los conocimientos de los profesionales.

Resultados: 72 encuestas cumplimentadas: 55 MF y 17 PD (porcentaje de respuesta 29,4%, 28,6% MF y 32% PD). Principales resultados: 65% reconocen un cuadro de anafilaxia y el 100% utilizarían adrenalina. Un 64% de los MF consideran, erróneamente, de elección la vía subcutánea y no conocen el medicamento para la autoadministración por el paciente. Es mayor el porcentaje de PD que de MF que conoce la respuesta correcta. Un 45% de MF y un 53% de PD desconocen la dosis de adrenalina en un adulto; un 12% de PD y un 42% de MF no conocen la dosis en niños.

Conclusiones: A falta de conocer los resultados finales de la intervención, la web 2.0 se perfila como una herramienta útil para interactuar con los profesionales e incorporar en las estrategias de intervención en el uso racional de los medicamentos.

L4-13. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

M. Nadal Llover, A. Pellicer Jacomet, E. Balló Peña, P. Badosa Molas, J. Caula Ros y A. Guerrero Guerrero

Àmbit d'Atenció Primària Girona. Institut Català de la Salut.

Objetivos: En los pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria (ATDOM): revisar la medicación de los botiquines, conciliar la medicación y analizar la adherencia al tratamiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, realizado entre febrero y marzo de 2009 en pacientes ATDOM de 8 equipos de atención primaria. La enfermera concilia la medicación con el paciente o cuidador y evalúa la adherencia al tratamiento prescrito mediante entrevista domiciliaria. Se registran las especialidades farmacéuticas (EF) incluyendo las que no constan en la hoja terapéutica (HT), el número de envases disponibles y su caducidad.

Resultados: Se ha conciliado la medicación de 352 pacientes. La media de EF por domicilio es 9,23 (1-31). El 14,8% de éstas no constan en la HT (distribución por grupos terapéuticos [GT] mayoritarios: 31,3% sistema nervioso [N], 15% sistema digestivo y metabolismo [A] y 14,4% sistema cardiovascular [C]). Acumulan una media de 1,36 envases por EF (1-16) y más de 3 envases de un 5% de las EF. El 2,1% de las EF están caducadas (1-8) (GT: 22,1% N y 17,6% A y C). La media de EF prescritas es 7,86 (1-20). Un 2,9% no son consumidas (GT: 36,8% N, 14,5% A y 10,5% C) y 2,3% lo son de forma incorrecta (GT: 37,1% N, 16,1% A y C). El 10,6% de la medicación consumida no está registrada (GT: 36,3% N, 13,6% A y 13,2% C).

Conclusiones: Los GT N, A y C son los que más contribuyen al incorrecto cumplimiento de todos los indicadores. Se plantea iniciar una estrategia de actuación para mejorar el uso en estos GT. Línea de actuación probablemente útil para aumentar la adherencia y la seguridad del paciente, adecuar la dispensación de las recetas y disminuir el gasto.

L4-14. LA HISTORIA DE SALUD DIGITAL Y LA RECETA ELECTRÓNICA POSIBILITAN EL ACERCAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA AL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

M. A. García Lirola^a, A. Ocaña Arenas^a, L. González García^a, E. Espínola García^a, R. Díaz García^b y C. Dávila Fajardo^c

^aFarmacia. Distrito Sanitario Granada. ^bUnidad de Residencias. Distrito Sanitario Granada. ^cFarmacia. Hospital Universitario San Cecilio.

Objetivos: General: facilitar el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en Atención Primaria (AP) mediante Historia de Salud Digital (HSD) y receta electrónica (RE). Específicos: adecuar tratamiento concomitante de clopidogrel e inhibidores de la bomba de protones (IBP). Identificar errores en RE. Adecuar uso de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en RE. Determinar duración de fármacos de uso crónico (FUC) en RE de pacientes polimedicados (PP).

Material y métodos: Difusión a médicos de AP del censo de pacientes con clopidogrel-IBP. Auditoria mediante HSD de muestra de 298 pacientes, midiendo modificación del tratamiento. Detección de errores de posología en RE, comunicación al médico e información al paciente. Autoauditoría por médicos de 3 Unidades de Gestión Clínica (UGC) con tasas de consumo de AINE y analgésicos elevadas, de pacientes con prescripciones en RE. Auditoría de HSD de PP recogiendo duración de FUC en RE. Muestra: 121 pacientes por muestreo estratificado por centro de salud.

Resultados: En 42,6% (IC95%: 37-48) de pacientes con clopidogrel-IBP hubo intervención. En 19,68% se suspendió clopidogrel o se sustituyó por ácido acetil salicílico y en 34,2% se sustituyó el IBP o fue retirado. Se detectan en el primer trimestre de 2010, 20 pacientes con errores en RE. Las tasas de AINES disminuyeron 4% para las UGC, en marzo de 2010 respecto a noviembre de 2009, y la media del distrito 3%. La disminución de tasas de analgésicos fue 16% para las UGC y 11% para el distrito. La duración media de fármacos en RE de los PP fue de 227,76 (± 88,18) días. Por grupos terapéuticos: 100,66 días de los antipsicóticos y 252,06 días en el tratamiento de la hipertrofia benigna de próstata.

Conclusiones: Consideramos fundamental facilitar desde los Servicios de Farmacia de AP a los profesionales prescriptores herramientas de seguimiento de los pacientes con las nuevas tecnologías de HSD y RE.

L4-15. MEJORA DE LA ANTIAGREGACIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS EN 4 ÁREAS DE SALUD

M. A. Ariza Copado, J. C. Ruiz Ramírez, B. Aguilera Musso, J. López Picazo y J. F. Sánchez Ruiz

Hospital General Universitario Reina Sofía. Servicio Murciano de Salud.

Objetivos: Mejorar las coberturas de tratamiento antiagregante con AAS en pacientes diabéticos para prevenir la posible aparición de efectos adversos cardiovasculares.

Material y métodos: Se actuó sobre un total de 41.796 pacientes diabéticos mayores de 42 años pertenecientes a 421 médicos de 4 áreas de salud. Se diseñó un programa informático que identificaba pacientes diabéticos susceptibles de antiagregación con AAS a partir de la historia clínica informatizada. Se les informó a los médicos del proyecto y se les solicitó participar. Se elaboró un informe por médico con la justificación de los beneficios de la antiagregación en estos pacientes, fundamentado en datos provenientes de la evidencia científica (en diabéticos tipo 1 evidencia A y en diabéticos tipo 2 evidencia C). Este informe se difundió por dos vías: carta personal, informe en la intranet Gerencia accesible a los médicos con los artículos que fundamentan la evidencia. Dos direcciones de e-mail de la unidad de farmacia y de calidad se difundieron entre los médicos para posibles dudas. Se envió por correo al centro de salud un listado a cada médico con la relación de sus pacientes candidatos a iniciar antiagregación. Además se construyó un mensaje corto que fue introducido como flash en la historia clínica informatizada recordándole la conveniencia de valorar antiagregación en esos pacientes.

Resultados: De los 24.481 pacientes diabéticos no antiagregados al inicio del estudio, se instauró tratamiento antiagregante en 5.482 (22,4%). Uno de cada 4 diabéticos detectados se ha beneficiado del proyecto. El porcentaje de pacientes correctamente antiagregado ha experimentado una mejora absoluta del 10% ($p < 0,01$).

Conclusiones: Esta actuación para la mejora de la antiagregación en pacientes diabéticos ha tenido excelentes resultados. Los médicos participantes han expresado su satisfacción con el proyecto y en especial, con el mecanismo de recuerdo de indicación a través de la historia clínica informatizada.

L4-16. ¿PODEMOS MEJORAR LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS?

A. Añón Alba, M. Parragón Ponz, I. Fernández Esteban, E. Fuentes Rodríguez, M. T. Alonso Salazar y H. Arroyo Arroyo

Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Primaria. Área 11 de Madrid.

Objetivos: Analizar el impacto de una intervención dirigida a la mejora de la calidad de la prescripción de estatinas en pacientes con hiperlipemia.

Material y métodos: Estudio descriptivo realizado en un Área de Salud de 879.628 habitantes con 35 centros y 440 médicos de familia. Se analiza la evolución de la prescripción de estatinas en envases y gasto durante 6 meses (noviembre 2009 a abril 2010) y se compara con noviembre 2008 a abril 2009 que se establece como periodo de referencia. La intervención se inicia en diciembre de 2009 y va dirigida a promover la evaluación individualizada del riesgo cardiovascular y revisar la adecuación de la indicación del tratamiento

farmacológico y la selección de la estatina más eficiente. Se realizan reuniones con los profesionales y se les proporcionan diferentes herramientas: simulaciones, documentos técnicos formativos y listados que permiten la identificación de los pacientes tratados con atorvastatina, rosuvastatina y fluvastatina. Adicionalmente, se acuerda otorgar un certificado de reconocimiento a los participantes, potencialmente valorable para baremaciones.

Resultados: 1) El gasto por envase de estatinas se redujo en casi 1 euro (14,73 en noviembre 2009; 13,83 en abril 2010), mientras que se mantuvo estable a lo largo del periodo de referencia. 2) Al comparar la prescripción en el periodo de análisis frente al de referencia lo más destacable fue: 2.1) la reducción del gasto de atorvastatina 10 mg (38.625 euros) y la contención del incremento de su número de envases, que fue similar en ambos periodos. 2.2) el descenso del gasto de simvastatina 20 mg (36.100 euros), a pesar del incremento de su prescripción (18.715 envases).

Conclusiones: La implantación de una estrategia basada en mensajes sencillos y herramientas concretas ligada a un incentivo potencial ha permitido mejorar la calidad de la prescripción de estatinas, debido, principalmente a un incremento de su eficiencia.

L4-17. SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DEL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO

M. Cols Jiménez, F. Camós Ramió, I. Ventura de Blas, M. Pérez Oliveras, O. Morales Torres y M. López Brunsó

Serveis de Salut Integrats del Baix Empordá (SSIBE). Hospital de Palamós.

Objetivos: Numerosas enfermedades cursan con dolor crónico y éste es abordado por múltiples especialistas desde diferentes niveles asistenciales. Esto hace que la mayoría de pacientes estén tratados habitualmente con la combinación de varios fármacos, que haya aumentado considerablemente la utilización de opiáceos asociados o no a adyuvantes o que éstos se cronifiquen innecesariamente. Dicha situación hace imprescindible disponer de un consenso de los diferentes profesionales que intervienen y que el médico de Atención Primaria (AP) tenga un soporte para proporcionar el tratamiento adecuado. **Objetivos:** 1-Analizar la adecuación de tratamiento con opiáceos y adyuvantes. 2-Protocolizar el seguimiento farmacológico de estos pacientes en AP.

Material y métodos: Se analiza la prescripción crónica de opiáceos y adyuvantes (gabapentina y pregabalina) en 4 Áreas de Salud. Fuente información: HCl. Intervenciones: elaboración Protocolo; sesiones en AP a cargo de Clínica Dolor y Farmacia: 1) Condiciones derivación; 2) Presentación protocolo; 3) Discusión casos clínicos.

Resultados: Analizamos 1.423 prescripciones crónicas de opiáceos y adyuvantes, 1.109 pacientes, edad 65 años (DE = 16), 63% mujeres, 19% visita en Clínica Dolor en últimos 18 meses. Morbilidad según Clinical-Risc-Groups: sanos (12,1%), enfermedad aguda significativa (10,5%), enfermedad crónica única menor o dominante (28,5%), 2-3 enfermedades crónicas dominantes (41,9%), enfermedad neoplásica metastásica (2,6%), condiciones catastróficas (1,1%). Fentanilo transdérmico representa el 70% de los opiáceos y hay 9,3% pacientes con una duración de tratamiento opiáceo > 4 años. Relación gabapentina:pregabalina = 1:2 y 70% se registra a un proceso médico que no corresponde a indicación autorizada. Se ha elaborado un protocolo con recomendaciones de selección, duración, dosis del tratamiento y cuando hay que derivar al paciente para intervención especializada.

Conclusiones: Dado que los procesos dolorosos varían con el tiempo, es necesario reevaluar estos tratamientos con el fin de ajustarse al protocolo. El hecho de tener un protocolo de manejo del dolor crónico desde AP mejorará el seguimiento del paciente y la utilización de recursos.

L4-18. INTERACCIÓN CLOPIDOGREL-INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES. ¿LA EVIDENCIA CIENTÍFICA MODIFICA LA PRESCRIPCIÓN?

B. García García, I. Martín Ortega, M.C. Encinas Mangas, C. Marquina Verde, J.M. González de la Peña Puerta y M.M. Marijuán Carranco

Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Primaria de Burgos.

Objetivos: Valorar la repercusión en Atención Primaria (AP) de una intervención farmacéutica relacionada con la interacción clopidogrel e inhibidores de la bomba de protones (IBPs) a propósito de una alerta de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

Material y métodos: Estudio observacional de los pacientes de un Área de Salud tratados con clopidogrel e IBPs durante enero-abril de 2009. Información a los profesionales sanitarios de la posible interacción clopidogrel-IBPs,

mediante nota interior 2009/07 de la AEMPS. Envío a cada profesional de listado de pacientes en tratamiento con ambos fármacos y cuestionario donde se preguntaba: citación paciente, valoración riesgo hemorragia digestiva alta, suspensión IBP y, en su caso, cambio a antihistamínico H2. Se evalúa la modificación del tratamiento durante agosto 2009-abril 2010 y el tiempo medio de utilización de clopidogrel.

Resultados: Se analizaron 1.774 pacientes en tratamiento concomitante con clopidogrel e IBPs: 76% omeprazol, 10% pantoprazol, 6% esomeprazol, 5% lansoprazol, 2% rabeprazol y 1% varios. Se recibieron el 17,5% de los cuestionarios enviados. De la totalidad de pacientes, en abril de 2010, se observó que el 41% de los pacientes continuaban con el mismo tratamiento, el 33% cambiaron el IBP por otro protector gástrico (87,9% ranitidina); al 8% se le suspendió el clopidogrel, y al 5% el IBP. No tuvimos datos de un 13%. El tiempo medio de utilización de clopidogrel fue de 4 años.

Conclusiones: Aunque las recomendaciones sobre esta interacción han ido variando en base a la evidencia científica disponible, la intervención supuso la modificación del tratamiento en el 46% de los casos, siendo la ranitidina la alternativa más prescrita. El tiempo medio de utilización de clopidogrel es muy elevado. Sería conveniente hacer más estudios evaluando indicación de prescripción y revisar la bibliografía disponible con el fin de valorar la correcta utilización de este medicamento.

L4-19. CÓMO OPTIMIZAR LA EFICIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE PAÑALES DE INCONTINENCIA URINARIA

T. Morera Bañas, M.A. Alonso Saavedra y C. Cecilio Pascual

Gerencia de Atención Primaria Área 3. Servicio Madrileño de Salud.

Objetivos: Mejorar la prestación farmacéutica en el suministro de pañales de incontinencia urinaria a usuarios y optimizar la eficiencia en su utilización.

Material y métodos: La prestación farmacéutica de pañales de incontinencia urinaria (PAU), conlleva realizar una valoración médica del usuario y cumplimentar un informe para darle de alta. La residencia debe mandar mensualmente al Servicio de Farmacia de AP (SFAP) un listado nominal de pacientes incontinentes a su cargo y sus requerimientos. Dentro de los procesos de calidad del Área se establece revisar la base de datos de usuarios de (PAU). El SFAP solicitó a las residencias un listado actualizado de usuarios de PAU indicando el Código de Identificación Personal (CIP) y Número de la Seguridad Social (NSS). Fue necesario insistir indicándoles la obligatoriedad de esta información para continuar con el suministro de (PAU). Se contrastó esta información con la base de datos de tarjeta sanitaria, de la Comunidad Autónoma y la de la Tesorería de la Seguridad Social.

Resultados: El área sanitaria suministraba antes de depurar la información PAU a 24 residencias asistidas con 1.830 usuarios. Todos recibían la máxima cantidad permitida: 4 pañales/día/usuario. Después de depurar la base de datos, disminuyó a 1.777 usuarios (2,9%), conllevó un ahorro de 2.643,70 euros/mes (5,9%). Al año generaría una disminución del gasto de 31.724,40 euros. De los 53 pacientes depurados, 32 habían fallecido, 17 estaban duplicados y 4 habían cambiado de localidad.

Conclusiones: Determinadas residencias no comunican adecuadamente las bajas y/o traslados, duplicidades, generando sobreutilización e incremento de gasto. Es necesario recordar sistemáticamente a las residencias asistidas que mantengan actualizados sus pacientes con PAU, depurando periódicamente el SFAP esta información y derivar a inspección farmacéutica las irregularidades encontradas. Los sistemas de información deberían alertar sobre usuarios nada más se originaran los cambios para poderlos modificar automáticamente.

L4-20. EL FEEDBACK DEL AUDIT DE HISTORIAS CLÍNICAS PERMITE MEJORAR EL GRADO DE ADECUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

R. Escudero Merino, A.M. Martín Cuesta y P. Plaza Riu

Distrito Sanitario Córdoba.

Objetivos: Introducir una metodología que ayude a la consecución de los objetivos de Adecuación del uso de medicamentos.

Material y métodos: Se realizaron auditorias en 84 historias clínicas (HC) elegidas por muestreo aleatorio en las 3 unidades de gestión clínica (UGC) que habían pactado como objetivo la revisión de pacientes en tratamiento con estatinas a fin de adecuar su uso. Pacientes en prevención 2.^a; los datos recogidos fueron: indicación cardiopatía isquémica y c-LDL > 115 mg/dl. Pacientes en prevención 1.^a: indicación RCV alto, c-LDL > 130 mg/dl o Colesterol

total > 240 mg/dl. La estatina de elección debía ser simvastatina, excepto que estuviera contraindicada o en pacientes con necesidades clínicas especiales. Los datos de partida obtenidos, se presentan en sesión clínica a los profesionales de cada UGC junto con la formación adecuada sobre la justificación del tratamiento. En la primera UGC en la que se intervino se ha realizado una segunda auditoria posformación, encontrándose una mejoría en los datos.

Resultados: De las HC auditadas un 17,85% eran pacientes en prevención secundaria. El 82,15% eran pacientes en prevención primaria y sólo un 24,63% tenía calculado y registrado el RCV. Un 17,39% no tenía reflejado en la HC valores analíticos de c-LDL. En cuanto a la estatina de elección, tan sólo el 51,19% tenían prescrito simvastatina. En la UGC donde se ha podido realizar la 2.ª auditoria postformación encontramos que de 1 sólo paciente que tenía calculado el RCV inicialmente han pasado a 11 y la prescripción de simvastatina ha aumentado de un 56,52 a un 69,56%.

Conclusiones: El *feedback* de los resultados del audit de HC y actividades formativas permiten mejorar la calidad de la información registrada, mejorar la adecuación del uso de estatinas y contribuir al cumplimiento de objetivos de las UGC.

L4-21. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN RECETA ELECTRÓNICA

M.D. Llamas del Castillo, L. Baró Rodríguez, R. Páez Valle, A. Pintor
Mármol, G. Ortega Tudela y M. Bayona García

Distrito Sanitario Costa del Sol.

Objetivos: 1. Estudiar la adecuación de la prescripción en receta electrónica en cuanto a posología y duración de tratamiento en grupos con importante crecimiento interanual: inhibidores de la bomba de protones (IBP), antiinflamatorios no esteroideos (AINE) sistémicos, antihistamínicos sistémicos, bifosfonatos y AINE tópicos. 2. Diseñar y realizar una intervención para mejorar su uso.

Material y métodos: La población del estudio fueron todos los pacientes de una Unidad de Gestión con receta electrónica activa para los grupos terapéuticos a estudio. Tras auditoria por nuestro Servicio, se seleccionaron aquellos que por duración o posología superaban las recomendaciones del decálogo de uso racional del distrito. El periodo de estudio fue junio-agosto 09 salvo para antihistamínicos sistémicos (julio-agosto 09). Los datos se extrajeron del programa Microestrategy. La intervención se inició el 06/11/10 y consistió en: elaboración previa del decálogo de uso racional de receta electrónica; entrega a cada profesional del decálogo y del listado de pacientes que cumplían los criterios de uso inadecuado y evaluación final.

Resultados: 1. Al inicio el 17,51% de los pacientes tenía una pauta de prescripción inadecuada para IBP, 17,48% para AINE sistémicos, 41,49% AINE tópicos, 53,87% antihistamínicos y 9,92% para bifosfonatos. 2. Tras la intervención, el número de pacientes con prescripción inadecuada disminuyó en todos los grupos: -3,61% en IBP, -2,40% en AINE sistémicos, -21,80% AINE tópicos, -9,52% antihistamínicos sistémicos y -6,73% bifosfonatos, a pesar del incremento de nuevas prescripciones inadecuadas generadas durante el periodo de estudio.

Conclusiones: Existen un alto porcentaje de errores de prescripción asociados a la receta electrónica, que indica la necesidad de realizar periódicamente estrategias de buen uso de la misma. La intervención realizada ha conseguido inicialmente una discreta disminución del porcentaje de errores que pretendemos maximizar con la retroalimentación periódica de los resultados a los facultativos.

L4-22. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE LA VACUNA FREnte AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y CÁNCER DE CÉRVIDO EN ADOLESCENTES DE 3.º DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA Y SUS PADRES

M.S. Vizcaíno Jaén, P. Díaz Mancha, I. Pérez García, A.V. Sotomayor Navas, G. Lozano López y E. Albarrán García

Gerencia de Área de Badajoz. Equipos de Atención Primaria.

Objetivos: Evaluación y mejora del nivel de conocimientos que los adolescentes susceptibles de vacunación, según calendario vacunal, y sus padres tienen sobre la vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH) y la enfermedad que ayuda a prevenir.

Material y métodos: Se impartió formación precedida y seguida de sendas encuestas de valoración a 603 alumnos y 67 padres. Dichas encuestas constaban de 9 preguntas con 4 respuestas múltiples. Los resultados obtenidos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados: Se comprobó que los actos formativos repercutían favorablemente en el nivel de conocimiento de los adolescentes y padres sobre la existencia de la vacuna y su utilidad en la prevención del cáncer de cérvix. Así, el porcentaje de adolescentes y padres que creían conocer la utilidad de la vacuna varió del 7,8 al 60,9% y del 3 al 84,4%, respectivamente. Respecto a la población susceptible de contagio, los adolescentes pasaron de creer que sólo estaban implicadas las mujeres (57,1%) a considerar que lo estaba toda la población (71,5%). En el caso de sus padres la variación fue del 70,3 al 90,2%. El interés de los padres en recibir información respecto a la vacuna fue del 100% con respecto al 57,4% en los alumnos. Llama la atención que el 29,2% de los alumnos y el 25,8% de padres desconocían la forma de contagio del VPH, reduciéndose al 4,3 y 0% respectivamente tras la formación.

Conclusiones: Las intervenciones formativas dirigidas a adolescentes susceptibles de vacunación y padres de estos, cumplen ampliamente sus objetivos, por lo que deben ser muy tenidas en cuenta a la hora de diseñar las medidas preventivas como es la introducción de una nueva vacuna en el calendario vacunal.

L4-23. ACTIVIDADES FORMATIVAS EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL: INFLUENCIA SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS DEL GRUPO N EN ATENCIÓN PRIMARIA

R.M. Rodríguez Rincón^a, L. Álvarez Arroyo^a, C. Calvo Pita^b,
M. Bellver Martínez^c, O. Pérez Rodríguez^d y M. Rovira Vila^e

Mallorca. ^aSector Ponent-HUSD. ^bSSCC Ibsalut. ^cSector Migjorn-HSSL.

^dSector Inca-HCIN. ^eSector Llevant-FHM.

Objetivos: Evaluar los resultados de prescripción de medicamentos genéricos del grupo N (EFG-N) en las Unidades de Salud Mental (USM) de un Servicio de Salud y su repercusión en la prescripción de Atención Primaria (AP) tras una actividad formativa realizada en mayo de 2009 y promocionar la prescripción por principio activo (PA) en una nueva actividad formativa en marzo de 2010.

Material y métodos: Se convoca a la totalidad de psiquiatras del Servicio de Salud a una actividad formativa (marzo de 2010) en la que se presenta información comparada sobre la prescripción de EFG del año 2008 y 2009, tanto para las USM como para AP, y se analizan las ventajas de la prescripción por PA en el sistema de receta electrónica, puesto que favorece la dispensación de EFG e incrementa la eficiencia de la prestación farmacéutica. Los datos se obtienen de la explotación de la base de datos de facturación de recetas del año 2008 y 2009 de la comunidad autónoma.

Resultados: Se produjo un incremento en la prescripción de EFG-N de los diferentes sectores en 2009 respecto a 2008, tanto en AP como en las USM, en las que se observa una evolución positiva en la prescripción de EFG-N tras la actividad formativa celebrada en mayo de 2009. En AP el incremento en la prescripción de EFG-N de la comunidad autónoma (4,35%) ha sido superior al incremento de la prescripción de EFG totales (2,81%).

Conclusiones: La actividad formativa celebrada en 2009 y dirigida a los psiquiatras, tuvo una influencia favorable sobre la prescripción de EFG-N en las USM, que a su vez repercutió en la prescripción de EFG-N en AP. Se deberá confirmar pasado un tiempo si se produce también un incremento en la prescripción por PA, tanto en las USM como en AP.

L4-24. INTERVENCIÓN SOBRE PACIENTES POLIMEDICADOS

M. Palacios Soto y A.M. Roig i Castella

CatSalut. Regió Sanitària Girona.

Objetivos: Analizar el resultado de una intervención sobre pacientes polimedicados en 38 equipos de atención primaria (EAP) (748.024 habitantes).

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y con seguimiento del grupo de estudio en dos períodos diferentes. Fuente: facturación recetas SNS. Período inicial: diciembre 2008-enero 2009. Período final: octubre 2009-noviembre 2009. Grupo de estudio: población con ≥ 18 principios activos (PA) facturados en el periodo inicial. Intervención: revisión de los tratamientos del grupo de estudio, por los médicos de los EAP (inclusión de este objetivo en los contratos). Análisis de las características del grupo de estudio y su tratamiento y comparación respecto al periodo final.

Resultados: Se encontraron 641 usuarios con ≥ 18 PA facturados en el periodo inicial y en el periodo final 5 fueron exitus y 184 (27,8%) continuaban con ≥ 18 PA. La media de PA facturados por usuario al inicio fue 21 y al final 22. La mediana de edad al inicio fue 74,3 años y al final 72,5, mientras que en el grupo de pacientes con < 18 PA al final la edad era 75,4. Al inicio y al

final el % de mujeres era 60% y el de hombres 40% y en el grupo con < 18 PA al final del estudio era 61,3 y 38,7%, respectivamente. Un 44% de los usuarios iniciales eran > 75 años y al final 40%. Al inicio el número de PA diferentes prescritos fueron 630 y al final 492. Tanto en el periodo inicial, final y en los pacientes < 18 PA al final, los PA más consumidos en este orden fueron: omeprazol, paracetamol y ácido acetilsalicílico como antiagregante.

Conclusiones: La revisión de tratamientos da lugar a una disminución de la medicación en la mayoría de los casos. La polimedición es más frecuente en mujeres que en hombres.

L4-25. PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES: ¿SON EFECTIVAS LAS ACTUACIONES EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA?

M. Ruiz-Morote Aragón, P. Ventura López, C. Mora Herrera y A. Amorós Paredes

Área de Puertoallano.

Objetivos: Analizar en atención primaria (AP) y especializada (AE) el grado de adhesión a la Guía Farmacoterapéutica del grupo antiulceroso inhibidores de la bomba de protones (%GFT) y los principios activos (PA) más prescritos en 2008. Establecer actuaciones prioritarias en el Área (AE y AP). Comprobar si las actuaciones realizadas han tenido repercusión en 2009.

Material y métodos: Se analizó la prescripción a través de receta en 2008 y 2009. Base de datos: aplicación informática de gestión de recetas del Servicio de Salud. Se obtienen los PA más prescritos y el %GFT. El objetivo en 2008 y 2009 es conseguir %GFT > 75%.

Resultados: En el 2008 el %GFT en AP fue del 78% y en AE del 69%. En AP el PA más prescrito fue el omeprazol (78%), pantoprazol (10%), lansoprazol (8%), esomeprazol (2%), rabeprazol (2%). En AE fue el omeprazol (69%), lansoprazol (15%), pantoprazol (10%), esomeprazol (5%), rabeprazol (1%). En AP se estudian los servicios donde hay más prescripción de este grupo y por tanto mayor repercusión en AP (digestivo y traumatología). El %GFT en digestivo fue del 40% y en traumatología del 41%. Actuaciones: Sesiones clínicas. Información mensual a cada facultativo de sus indicadores. Entrevistas personalizadas. Elaboración de Boletines de Información. En el 2009, %GFT en AP fue del 79% y en AE fue del 74%; en digestivo fue del 48% y en traumatología fue del 42%. En AP los PA más prescritos fueron omeprazol (79%), pantoprazol (11%), lansoprazol (7%), esomeprazol (2%), rabeprazol (1%). En AE el omeprazol (74%), pantoprazol (9%), lansoprazol (11%), esomeprazol (3%), rabeprazol (3%).

Conclusiones: En AP se ha conseguido el objetivo en los dos años y se observa un ligero incremento. En AE no se ha llegado al objetivo aunque se observa un aumento importante, sobre todo en digestivo. Se debe seguir trabajando en ambos niveles asistenciales.

L4-26. PROMOVER LA EFICIENCIA EN LA PRESCRIPCIÓN DE CIERTOS PRINCIPIOS ACTIVOS

A. López Andrés, J. Gorricho Mendivil, J. Garjón Parra, A. Azparren Andía, C. Agudo Pascual y E. Lorenzo Vello

Servicio de Prestaciones Farmacéuticas. Servicio Navarro de Salud. Servicio de Gestión Clínica y Sistema de Información (SNS-O).

Objetivos: Aprovechar la aparición en el mercado de nuevos genéricos de principios activos que suponían un importante coste a los servicios regionales de salud (atorvastatina, clopidogrel, irbesartán, fluvastatina prolib, risedronato semanal, venlafaxina retard, mirtazapina flash y escitalopram) para impulsar la prescripción por DOE de los mismos.

Material y métodos: Se decidió hacer una actuación coordinada en todo el servicio de salud. Esta actuación incluyó: 1. Envío de una carta a todos los profesionales sanitarios recomendando la prescripción por principio activo. 2. Ofrecer a todos los cupos la realización de cambios automáticos de sus prescripciones crónicas de estos principios activos tras explicar el importante impacto económico del cambio de las marcas a principio activo. 3. Generar cartas informativas a los pacientes en los que se explica el cambio siguiendo las recomendaciones del servicio de salud y firmadas por el médico. 4. Celebrar reuniones con los equipos de atención primaria y en determinados servicios clínicos de Atención Especializada para explicarles los motivos y los beneficios de esta actuación y realizar diferentes actividades formativas.

Resultados: Un importante porcentaje de los cupos de AP solicitaron los cambios. Esto ha supuesto incrementar rápidamente los porcentajes de genéricos y un importante ahorro en la factura. Elementos facilitadores: Conocimientos de la eficacia de los genéricos y de la prescripción por DOE, exis-

tencia de un listado de principios activos y de una herramienta informática para el cambio y concienciación del coste de los servicios asociado a la crisis económica. Barreras para el cambio: Desconfianza en los genéricos, poca implicación de especializada, cambios de medicación en las farmacias y noticias contradictorias sobre la situación legal.

Conclusiones: Se ha conseguido incrementar de una forma rápida el porcentaje de genéricos y conseguir un importante ahorro. Este método coordinado ha demostrado su factibilidad.

L4-27. MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA FARINGITIS ESTREPTOCÓCICA: EFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA ANTIGÉNICA RÁPIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Carcas de Benavides^a, M.J. Lallana Álvarez^a, M. Aza Pascual-Salcedo^a, S. Castán Ruiz^b, M.P. Lalana Josa^c y A. Poncel Falcó^d

^aServicio de Farmacia. Dirección AP Sector Zaragoza III. ^bTécnico de Salud. Dirección AP Sector Zaragoza III. ^cCentro de Salud Borja.

^dServicio de Informática. Dirección AP Sector Zaragoza III.

Objetivos: La técnica antigénica rápida (TAR) de detección del estreptococo betahemolítico del grupo A (EBHGA) no es habitual en Atención Primaria (AP), aunque estudios indican que puede resultar útil y reducir las prescripciones de antibióticos. Tras una primera fase de pilotaje y ante los resultados obtenidos y la buena aceptación de los pacientes, se extendió a todos los pediatras del Sector. Objetivo: evaluar la efectividad y la utilidad de la TAR en pediatría de AP. Confirmar los resultados de la primera fase.

Material y métodos: Presentación del protocolo de actuación a todos los pediatras. Se han incluido pacientes entre 3 y 14 años con sospecha de faringitis durante 12 meses. Tras la exploración física y calcular la puntuación de Centor, si presentaban 3 o 4 criterios, se realizó un test de EBHGA, si era positivo se prescribió antibiótico (penicilina V o amoxicilina). Fuente de datos: historia clínica informatizada y Sistema de Información de Consumo Farmacéutico Extrahospitalario.

Resultados: Han participado 31 pediatras de AP (79,5%). Se realizaron 517 tests. De los 213 con resultado positivo se prescribió antibiótico en 190 casos; y de los 304 casos negativos (58,80%) se prescribió antibiótico en 32, es decir 272 niños con criterios clínicos no recibieron antibiótico. Del total de tratamientos antibióticos, en 196 casos se utilizó el antibiótico de elección.

Conclusiones: Los resultados obtenidos confirman los de la primera fase. La TAR es una herramienta útil para el pediatra de AP, fácil y rápida de realizar, que permite disminuir la incertidumbre a la hora de diagnosticar la faringoamigdalitis estreptocócica, y sobre todo evita tratamientos antimicrobianos innecesarios (al menos el 50%), mejorando la utilización de los antibióticos, la adecuación de los tratamientos a la evidencia científica actual y los indicadores de calidad de prescripción antibiótica.

L4-28. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES

M.I. Ibarra Lorente, I. Pérez Rodríguez, J.M. Paredero Domínguez y M.E. Carretero Albiñana

Gerencia de Atención Primaria de Guadalajara. Servicio de Farmacia.

Objetivos: Valorar la eficacia de un procedimiento de control del registro de temperatura en los equipos de frío del Área de Salud, para asegurar las condiciones adecuadas de conservación de medicamentos y vacunas.

Material y métodos: Antes de implantar este control, en el Servicio de Farmacia no había conocimiento de las unidades desechadas de medicamentos y vacunas por problemas en la cadena de frío. Por ello, en julio de 2007 se instauró un protocolo para el control de la revisión de temperaturas en las neveras de los centros de salud. Diariamente el personal de enfermería descarga en el ordenador las temperaturas que registra el termómetro electrónico cada 15 minutos. Cada semana, accediendo a los servidores de los centros, desde Farmacia, se controla esa revisión diaria. Si se detecta alguna incidencia, se solicita al centro información sobre el contenido de la nevera afectada, y Farmacia emite un informe, indicando las medidas a adoptar con cada producto afectado.

Resultados: Desde que se intensifican los controles, el resultado ha sido: 3.504 unidades perdidas en el periodo julio-diciembre del 2007 (46.915,22€), 2.861 enero-diciembre 2008 (52.485,02€), 1.777 enero-diciembre 2009 (22.673,06€) y 372 enero-junio 2010 (4.573,41€). En total: 59 incidencias con pérdidas y 44 sin pérdidas. En el periodo de estudio, el número de envases perdidos disminuye año tras año. Viendo los datos del año 2008 podría parecer que esta disminución no es paralela a la reducción en coste. Esto es

debido a que los productos perdidos en ese año, aunque son menos, tenían un mayor precio.

Conclusiones: Una mayor frecuencia en los controles de temperatura de conservación de medicamentos termolábiles conlleva una reducción en las unidades perdidas y, por lo tanto, un ahorro importante en el gasto de farmacia en estos productos, y una mayor seguridad en los productos administrados al paciente.

L4-29. ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA ANTE EL USO ADECUADO DE PRODUCTOS SANITARIOS Y PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN UN DISTRITO SANITARIO

B. Méndez Serrano, D. Aguilera López, C. Bravo Rodríguez, D. Benítez Ordóñez, P. Plaza Riu y A.M. Martín Cuesta

Distrito Sanitario de Córdoba.

Objetivos: Las enfermeras cuentan con una adecuada formación clínica y farmacológica, en su formación pregrado y postgrado, que garantiza una respuesta de calidad en el ámbito de la prestación farmacéutica, sin embargo debemos consensuar actuaciones en el uso adecuado de los recursos. Se trata pues de módulos formativos adicionales sobre uso adecuado y eficiente de determinados productos sanitarios (tiras reactivas de glucemia capilar y absorbentes de incontinencia urinaria) para actuar de una forma reglada y consensuada en un Distrito Sanitario (DS). Objetivo: mejorar los conocimientos de los profesionales enfermeros que comienzan su actividad en la prestación farmacéutica. Unificar actuaciones ante las suplencias en incontinencia urinaria, el autocontrol y autoanálisis en la Diabetes en todo el DS. Aumentar la eficiencia.

Material y métodos: Uso del modulo de prescripción informatizada. Uso adecuado de tiras de glucemia. Uso adecuado de absorbentes de incontinencia urinaria. Casos clínicos prácticos. Check-list. Los métodos empleados se alternarán según contenido. Método expositivo, Método de demostración práctica y Método de construcción de aprendizaje, favoreciendo el proceso de descubrimiento.

Resultados: Las encuestas de satisfacción muestran un grado alto de 89% de consecución de objetivos. Inclusión en los objetivos individuales de la EDP de cada profesional. Ausencia de reclamaciones. Indicador a usar: diciembre 2010 N.º de visados enfermeros de absorbentes y tiras reactivas en DS/N.º total visados de absorbentes y tiras reactivas en el DS, N.º de órdenes enfermeras emitidas en el 2.º semestre 2010.

Conclusiones: Esta intervención está siendo además de una formación, una actividad de mejora de muchos indicadores no sólo de farmacia sino también de calidad de las unidades de gestión clínica: captación activa de diabéticos, de inmovilizados, n.º de exploración de pie diabético, n.º de valoraciones a cuidadoras y n.º de diabéticos en talleres grupales.

L4-30. RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS (TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO, ANSIEDAD Y DEL SUEÑO): EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADECUACIÓN

J. Peláez de Loño^a, M. Rodríguez Darriba^a y A. Sicras Mainar^b

^aCatSalut Badalona. ^bBadalona Servicios Asistenciales, S.L.

Objetivos: Tras la elaboración y difusión del documento sobre recomendaciones dirigidas a orientar a los profesionales sanitarios en la selección de las alternativas terapéuticas disponibles para la resolución de los problemas de salud mental más prevalentes en población geriátrica institucionalizada (PGI), según criterios de efectividad, seguridad y eficiencia; se evalúa el grado de adecuación.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, exploratorio que incluye todas las prescripciones ambulatorias realizadas a PGI (enero-junio 2009/2010) inmediatamente después de la difusión del documento de recomendaciones (enero-febrero 2010). Se incluyen 150 centros geriátricos y 6.553 residentes. Se evalúan los psicofármacos catalogados como de primera/segunda elección en el documento, y su porcentaje de utilización sobre el total de psicofármacos prescritos. Medición del consumo con indicadores cuantitativos generales (envases, DDD, importe...). Análisis de datos mediante aplicación propia (MS-Access) a partir del sistema de facturación. Análisis estadístico descriptivo y bivariante (t-Student) o de comparación-proporciones ($p < 0,05$).

Resultados: No se aprecia un cambio de actitud entre los profesionales a la hora de priorizar las alternativas terapéuticas recomendadas; ya sea porque el escaso tiempo transcurrido o porque el procedimiento de difusión y seguimiento ha sido inadecuado.

Conclusiones: El alto grado de utilización de psicofármacos en PGI (50% de los recursos farmacológicos), la elevada incidencia de problemas relacionados con medicamentos (PRM) que éstos provocan y la gran variabilidad observada en la selección de las alternativas disponibles; obligan necesariamente a la implementación de estrategias de selección en éste ámbito asistencial; fundamentadas en criterios de eficacia, seguridad y eficiencia y que tengan en consideración las características individuales del paciente anciano y las patologías concomitantes más prevalentes. Es imprescindible el planteamiento de actuaciones encaminadas a mejorar la difusión y seguimiento de este tipo de documentos de consenso entre los profesionales.

L4-31. IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO

J.L. Sánchez Chorro, F. Cáceres Ruiz, S. Sánchez Macarro, O. Ortiz Rodríguez, C. Carmona Torres y D. Sainz Bueno

Subdirección de Farmacia. Servicio Extremeño de Salud.

Objetivos: Aumentar la prescripción por principio activo.

Material y métodos: Inclusión de una manera destacada de la prescripción por principio activo en el contrato de gestión de los médicos y mejora de la herramienta de prescripción, estableciendo un aviso al final de cada proceso en el que permite al médico cambiar todo o parte del tratamiento a principio activo. Esta herramienta se implantó el 14 de enero de 2010.

Resultados: En el contrato de gestión y acuerdo de incentivación se establecieron unos valores de prescripción por principio activo superiores al 20% para cumplir una parte y al 40% para cumplirlo de forma completa. En diciembre la prescripción por principio activo estaba alrededor del 10% y una vez hecha la modificación en el sistema las prescripciones por principio activo aumentaron de forma significativa. De las nuevas prescripciones hechas cada mes hay un 20% de principio activo, situando el acumulado del año en el 15%. El handicap que presenta el valor acumulado es que la receta electrónica se prescribe con una duración de varios meses (hasta un año) por lo que los tratamientos establecidos antes de enero siguen dispensándose tal y como se prescribieron antes de tener esta herramienta.

Conclusiones: El establecimiento de una herramienta facilitadora de la prescripción por principio activo y su inclusión en los contratos ligados a incentivos favorecen el aumento de la prescripción por principio activo, con un aumento continuo mes a mes.

L4-32. ACTUACIÓN CONJUNTA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN TRASTORNOS DEL SUEÑO. ESTUDIO PILOTO

E. Quintana Gallego, A. Zunzunegui Pastor, R. Gil Peris y A. Benito Pascual

Servicio de Farmacia Atención Primaria. Centro de Salud Salvador Allende. Unidad del Sueño. Hospital La Fe.

Objetivos: Dada la necesidad de establecer una mejora en la atención a los pacientes con trastornos del sueño, se planteó un estudio piloto con la participación de facultativos, enfermería y farmacéutico de atención primaria y la unidad del sueño del departamento, para enfocar conjuntamente su tratamiento. Se plantea desplazar el tratamiento farmacológico hacia técnicas educativas y de refuerzo psicológico, que puede ofrecer mejoras definitivas en la resolución del problema.

Objetivos: optimizar los medios implicados en los problemas relacionados con el sueño, mediante la conjunción de los recursos disponibles en atención primaria y especializada con objeto de disminuir la utilización sistemática de fármacos.

Material y métodos: Son reclutados 9 pacientes de un cupo médico (centro salud población total: 35.000 habitantes), (dos abandonos por traslado de residencia y otro diagnóstico). Siguiendo el programa se analizan los siguientes aspectos, realizando sesiones grupales con los pacientes: técnicas conductuales, control de estímulos, restricción de sueño, manejo del estrés e higiene del sueño. De forma paralela se realiza seguimiento con la cumplimentación de un "diario del sueño" que se utiliza para valorar el estado y la evolución del paciente así como plantear la intervención de restricción del sueño. Se valoran los siguientes aspectos: tiempo total de sueño, estancia en cama, vigilia, latencia de instauración del sueño, vigilia durante el sueño, eficiencia, despertares.

Resultados: Se presenta como representativo el valor obtenido en el incremento de la eficiencia del sueño: - 9,2; 20,5; 0,8; 3,9; 36,4; 4,5 y 15,5%.

Conclusiones: La coordinación de los recursos disponibles en atención primaria y especializada permite la obtención de beneficios respecto a eficiencia y calidad de la atención. Mayor accesibilidad y potenciación por téc-

nicas grupales. Queda validada la sistemática y se programa su extensión a todos los centros del departamento para realizar intervenciones en mayor escala.

L4-33. MEJORAR LA RELACIÓN ENTRE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y RESIDENCIAS GERIÁTRICAS SIN MORIR EN EL INTENTO

M. Rodríguez Darriba y J. Peláez de Loño

CatSalut Badalona.

Objetivos: Favorecer la relación entre profesionales de atención primaria y residencias geriátricas (RG) para conciliar la medicación a través de la revisión y actualización farmacológica de los tratamientos para la obtención de la medicación crónica ajustada a las necesidades reales del paciente. Favorecer la gestión de los recursos humanos disponibles de enfermería en los dos ámbitos asistenciales.

Material y métodos: Desde un programa para la adecuación y mejora de la prestación farmacéutica a residencias geriátricas, se convoca a la dirección del equipo de atención primaria (EAP) y a las RG que dependen de él. Se proponen las siguientes actuaciones: -Reuniones generales entre EAP y sus correspondientes residencias para detectar principales incidencias y proponer acciones de mejora. -Reuniones individualizadas entre médico prescriptor y médico de residencia para conciliar medicación por paciente según evidencia clínica demostrada. Sesiones clínicas de actualización farmacológica del EAP compartidas con médicos de residencias. Sesiones de formación conjuntas de enfermería y gerocultoras (absorbentes incontinencia, apóstitos, pie diabético, nutrición).

Resultados: Incorporación en los EAP de un referente administrativo/enfermería para cada residencia. Mejora de circuitos para la obtención de recetas de medicación crónica y aguda. Menor número de incidencias y discrepancias en el abordaje terapéutico del paciente institucionalizado. Comunicación directa y fluida entre profesionales. Intervención de enfermería del EAP en RG para la adecuación en el uso de productos sanitarios. Impresiones subjetivas sobre mejoras en conductas y cambios de actitud en los dos ámbitos.

Conclusiones: Un programa para la adecuación y mejora de la prescripción en residencias geriátricas se muestra eficaz para identificar obstáculos en la gestión de estos centros. Promueve el uso racional del medicamento y mejora la calidad en el perfil de prescripción a través de la mejora en las relaciones profesionales/personales de los dos ámbitos.

L5- Implantación de proyectos

L5-1. PROGRAMA DE REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES MAYORES POLIMEDICADOS. EXPERIENCIA EN EL ENTORNO DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS GRUPALES E INDIVIDUALES SOBRE EL MEDICAMENTO

M. Pardo Amaya, E. Arranz Cantera, D. López Crespo, L. Lozano Mera, A. Aránguez Ruiz y M. Gil González-Haba

Centro de Salud Mérida Urbano I.

Objetivos: General: adquirir la capacidad para utilizar correctamente los medicamentos. Específicos: incrementar el conocimiento y mejorar las actitudes que tienen los pacientes con respecto al manejo de su tratamiento farmacológico; detectar y resolver problemas derivados de la utilización de medicamentos.

Material y métodos: Entre las estrategias de abordaje al polimedicode se incluye la educación sanitaria dirigida a los pacientes. La actividad incluye cinco intervenciones educativas en el tiempo, tres en grupo (inicial, a los 2 y a los 12 meses) y dos individuales (al mes y a los seis meses), en la consulta del médico y en la del enfermero. Las intervenciones grupales conforman un taller sobre algunos problemas derivados de la utilización de medicamentos (incumplimiento terapéutico, automedicación irresponsable y acumulación de medicamentos en botiquines caseros), en el que se ha incluido un programa de revisión de la medicación. Todas las intervenciones forman parte de un estudio observacional prospectivo en el contexto de un programa de educación para la salud sobre medicamentos. La población diana incluye pacientes mayores polimedicode de zonas de salud urbanas y rurales. Los educadores son farmacéuticos de atención primaria, médicos y residentes de familia y enfermeros de atención primaria. También colaboran trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y psicólogos. Se han combinado distintos

métodos para hacer más participativa la actividad (entrevista clínica, exposiciones orales, demostraciones prácticas, diapositivas, etc.).

Conclusiones: Las intervenciones educativas permiten que el paciente adopte voluntariamente una actitud positiva frente a la medicación a través del aumento del conocimiento sobre su enfermedad, tratamiento e importancia de la adherencia a éste. Esta experiencia favorece una coordinación de los múltiples profesionales implicados en el abordaje del paciente polimedicode.

L5-2. GESTIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS LIGADOS A NECESIDADES DE LOS PACIENTES

O. Larrubia Muñoz, M.J. Calvo Alcántara, F.J. López Gómez, M.A. Cruz Martos, M. Rico Blázquez y J.E. Cruz Martos

Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad.

Objetivos: La implicación de farmacéuticos de atención primaria (FAP) en la gestión de productos sanitarios es un reto. Con el objetivo de mejorar su utilización fomentando un consumo eficiente se ha diseñado una estrategia global de gestión de productos sanitarios dirigida a los centros de atención primaria (AP) y a los centros residenciales de tercera edad de la Comunidad.

Material y métodos: La estrategia consta de 5 líneas: -Elaboración de recomendaciones en equipos multidisciplinares. -Formación de profesionales sanitarios. -Implantación de protocolos de registro en historia clínica informática. -Seguimiento y explotación de datos de historia clínica. -Asignación de recursos a los centros de AP valorando la necesidad de los pacientes

Resultados: Entre 2008-2010 se elaboraron "recomendaciones para el autocontrol de la glucemia capilar en pacientes con diabetes", "recomendaciones para el tratamiento local de ulceras cutáneas crónicas (UCC)", "Manual de indicadores de farmacia" en grupos multidisciplinares en los que se ha revisado la evidencia científica y se han dado directrices de utilización de tiras de glucemia, apóstitos y absorbentes de incontinencia. Se ha elaborado formación presencial y online sobre apóstitos y UCC. Se han incluido en la historia clínica los protocolos de registro en historia clínica electrónica, que permitirán la explotación de datos y conocer la adecuación a las recomendaciones. Se han consensuado 18 indicadores de adecuación para poder hacer un seguimiento de los mismos y se han priorizado 6 para el contrato de gestión de los centros de atención primaria (1 apóstitos, 2 tiras, 3 absorbentes). Los criterios de asignación se han realizado teniendo en cuenta los indicadores de adecuación, necesidad (infrautilización, sobreutilización) y eficiencia.

Conclusiones: La gestión de productos sanitarios orientada a necesidades de pacientes crónicos es un campo nuevo para el FAP en el que puede aportar sus conocimientos y experiencia adquirida en el uso racional de recursos.

L5-3. USO DE UNA PLATAFORMA DE FORMACIÓN ON-LINE EN RECETA ELECTRÓNICA

M. Fernández Tous, M.A. Boronat Moreira y M.M. Cervera Martínez

Servicios Centrales (SSCC). Servei de Salut Illes Balears.

Objetivos: Evaluar el uso de una plataforma de formación on-line para formar y entrenar a los profesionales sanitarios en la utilización del sistema de Receta Electrónica (RELE).

Material y métodos: Se diseñó una plataforma que permitía acceder a un aula virtual, apoyada por un tutor, con módulos de formación multimedia de contenido teórico-práctico y herramientas de comunicación entre los alumnos y el tutor (foro y correo electrónico). Se elaboraron módulos de formación específicos para cada perfil de alumno (médico, enfermero y farmacéutico) con pruebas prácticas y un test final para evaluar los conocimientos adquiridos.

Resultados: Esta metodología se utilizó en la implantación de RELE en dos áreas sanitarias de la comunidad autónoma en los períodos de abril a julio de 2008 y de octubre a noviembre de 2008. Se inscribieron 1.754 profesionales (709 médicos, 582 enfermeros y 463 farmacéuticos) divididos en 48 grupos de alumnos. Estos grupos se definieron en función de la zona básica de salud (ZBS) para garantizar la formación sincronizada de todos los profesionales sanitarios de una misma ZBS. Del total de alumnos inscritos, el índice de participación fue del 83% para médicos, del 75% para enfermeros y del 76% para farmacéuticos. El índice de aprovechamiento del curso (porcentaje de participantes que finalizaron el curso cumpliendo los criterios de evaluación inicialmente marcados) fue del 60% para médicos, del 55% para enfermeros y del 61% para farmacéuticos. La valoración global de los alumnos sobre la acción formativa (metodología, contenidos y tutores) fue positiva, con una media de 3,9 sobre 5. Actualmente los módulos de formación multimedia siguen siendo accesibles a todos los profesionales que hacen uso de RELE.

Conclusiones: La estrategia seguida ha permitido ofrecer una formación adecuada y homogénea a diferentes perfiles de alumnos de forma sincronizada, siendo valorada muy positivamente por los propios alumnos.

L5-4. LA ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES DEL FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

B. García Robredo, E. Ramos López, J. Jerez Rojas, M. Cobos Muñoz y J.R. Dueñas Fuentes

Área Sanitaria Norte de Córdoba.

Objetivos: Describir el mapa de competencias del farmacéutico de atención primaria, cuantificar el grado de cumplimiento y detectar áreas de mejora.

Material y métodos: Programa de acreditación de competencias profesionales del sistema sanitario de la comunidad autónoma. Plataforma virtual creada para ello. Autoevaluación para aspirar al grado 2 de 3. Evaluación por la agencia acreditadora autonómica.

Resultados: El mapa de competencias se organiza en 5 dimensiones que incluyen varios criterios: 1) El ciudadano, 2) Atención sanitaria integral (promoción de la salud, atención al individuo, gestión por procesos), 3) El profesional (trabajo en equipo, actitud de progreso, docencia, investigación), 4) Eficiencia, 5) Resultados. Tras el proceso de autoevaluación se obtiene un 81, 82 y 14% de cumplimiento de los estándares del nivel de acreditación 1, 2 y 3, respectivamente. En el informe de evaluación de la agencia se obtiene un 76% y 74% de cumplimiento de los estándares del nivel de acreditación 1 y 2, respectivamente, otorgándose la certificación de calidad en nivel 2 de 3. La dimensión mejor puntuada es la orientada al ciudadano. Las áreas con posibilidades de mejora son: educación para la salud, capacidad para la toma de decisiones clínicas, actitud de aprendizaje y mejora continua, medicina basada en la evidencia, adecuada utilización de los recursos disponibles.

Conclusiones: El mapa de competencias profesionales del farmacéutico de atención primaria abarca todas las áreas en las que éste ejerce su actividad. Es factible la obtención de la certificación de calidad a un nivel intermedio, siendo el proceso de evaluación una herramienta para detectar áreas con posibilidades de mejora.

L5-5. TALLER EDUCATIVO SOBRE EL USO DE ANTIBIÓTICOS EN PEDIATRÍA Y LOS FENÓMENOS DE RESISTENCIA. EXPERIENCIA EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE MEDICAMENTOS

M. Pardo Amaya, M. Guio Carretero, C. González Gabaldón, E. Arranz Calle, F. Ella Retamosa y M.D. Sáinz Bueno

Centro de Salud Mérida Urbano I.

Objetivos: General: adquirir la capacidad para utilizar correctamente los antibióticos en pediatría. Específicos: tomar conciencia de los problemas derivados de un mal uso de los antibióticos; Aprender a manipular las formas farmacéuticas y administrar las dosis correctas de los antibióticos en pediatría.

Material y métodos: La infancia es la edad en la que se prescribe un mayor número de antibióticos. Se han elegido éstos teniendo en cuenta los resultados obtenidos en una encuesta de priorización de necesidades, realizadas por las matronas. La población diana incluye mujeres embarazadas y/o madres con niños pequeños, pertenecientes a zonas de salud urbanas y rurales. El personal formador incluye farmacéuticos de atención primaria, médicos y residentes de familia, pediatras de atención primaria y enfermeros de atención primaria. Se ha diseñado un taller teórico-práctico, en el que se han combinado distintos métodos para hacer más participativa la actividad: 1) proyección de un vídeo que escenifica una consulta de pediatría; 2) apoyo con diapositivas para exponer los contenidos básicos; 3) demostraciones prácticas de identificación de leyendas en el embalaje de medicamentos, y de manipulación y conservación de suspensiones extemporáneas de antibióticos. Para evaluar la actividad se han utilizado cuestionarios de conocimientos y encuestas de satisfacción.

Conclusiones: La participación activa de los padres contribuye a que tomen conciencia del uso correcto de antibióticos. Los equipos multidisciplinares permiten el intercambio de conocimientos científicos y el consenso en los contenidos de la actividad, evitando mensajes contradictorios que puedan distorsionar el proceso educativo.

L5-6. PROYECTO PILOTO DE ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

J. Peláez de Loño^a, M. Rodríguez Darriba^a y A. Sicras Mainar^b

^aCatSalut Badalona. ^bBadalona Servicios Asistenciales, S.L.

Objetivos: Evaluar la mejora y adecuación de los recursos terapéuticos a las necesidades reales de la población geriátrica institucionalizada (PGI), tras la implantación de un proyecto de atención sanitaria integral desde la comunidad.

Material y métodos: Los equipos multidisciplinares creados recientemente para el soporte y evaluación geriátrica (EAR) de la PGI, con dependencia asistencial de los equipos de atención primaria (EAP) de zona; se responsabilizan, entre otras funciones (valoración geriátrica integral (VGI) en domicilio residencial, coordinación en la provisión de recursos, pruebas complementarias, extracciones, analíticas, etc.), de la gestión de la prestación farmacéutica según un plan de mejora de la calidad basado en criterios de racionalidad, efectividad, seguridad y coste/efectividad. Estudio retrospectivo exploratorio y comparativo (enero-junio 2009/2010), que incluye todas las prescripciones ambulatorias generadas por la PGI, intervenida por equipos EAR, que a 31/12/2009 tuvieron ya realizada la VGI de los residentes y asumida toda la prescripción (41 centros y 2.105 residentes). La calidad y eficiencia de la prestación farmacéutica se evalúa con indicadores cuantitativos generales (envases, importe, importe/envase, coste/DDD, etc.), cualitativos específicos (%EFG, %fármacos VIF elevado, %fármacos inadecuados, etc.) y de uso relativo (%DDD fármacos de elección, etc.). Análisis de datos mediante aplicación propia (MS-Access) a partir del sistema de facturación. Análisis estadístico descriptivo y bivariante (t-Student) o de comparación-proporciones ($p < 0,05$).

Resultados: Mejora significativa en la mayoría de los indicadores establecidos para evaluar la calidad y cantidad de la prescripción de las residencias geriátricas intervenidas por los equipos EAR.

Conclusiones: El proyecto supone la implantación de un nuevo modelo de atención integral a PGI frágil, identificando y previniendo los riesgos; con independencia del EAP de referencia y con capacidad propia de gestión. La VGI, monitorización y manejo de la PGI por equipos especializados permite el desarrollo de una atención farmacéutica más racional, centrada en el paciente y orientada a los resultados en salud.

L5-7. TALLER EDUCATIVO SOBRE LA FIEBRE EN EL NIÑO. EXPERIENCIA EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE MEDICAMENTOS

M. Pardo Amaya, S. Alonso García de Vinuesa, A. García Soleto, S. Sánchez Gonzalo, J. Valiente Rosado y A. Aránguez Ruiz

Centro de Salud Mérida Urbano I.

Objetivos: General: adquirir la capacidad para actuar correctamente en casos de fiebre en niños. Específicos: conocer la forma de actuar ante situaciones de fiebre; manejar las dosis de los antipiréticos utilizados habitualmente.

Material y métodos: La fiebre en la población pediátrica constituye el motivo de consulta más frecuente en los servicios de urgencias y el segundo motivo de consulta más frecuente en los centros de atención primaria. Se ha elegido este tema según los resultados obtenidos en una encuesta de priorización de necesidades, realizadas por las matronas en sus consultas. La población diana incluye mujeres embarazadas y/o madres con niños pequeños, pertenecientes a zonas de salud urbanas y rurales. El personal formador incluye farmacéuticos de atención primaria, médicos y residentes de familia, pediatras de atención primaria y enfermeros de atención primaria. Se ha diseñado un taller teórico-práctico, en el que se han combinado distintos métodos para hacer más participativa la actividad: 1) tres casos clínicos de fiebre, para su valoración en grupos, puesta en común y resolución por los docentes; 2) apoyo con diapositivas para exponer los contenidos básicos; 3) demostraciones prácticas para identificar leyendas en el embalaje de medicamentos y cálculo de dosis de medicamentos antitérmicos. Para evaluar la actividad se han utilizado cuestionarios de conocimientos y encuestas de satisfacción.

Conclusiones: La participación activa de los padres contribuye a que se familiaricen con la fiebre en el niño, su forma de actuar, y utilizar medicamentos. Los equipos multidisciplinares permiten el intercambio de conocimientos científicos y el consenso en los contenidos de la actividad, evitando mensajes contradictorios que puedan distorsionar el proceso educativo.

L5-8. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN AUTOMATIZADA DE MEDICAMENTOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO: NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA LA EFICIENCIA

O. Pérez Rodríguez^a, R.M. Rodríguez Quintero^b, C. Perelló Roig^b, L. Álvarez Arroyo^c, M. Bellver Martínez^d y A.A. Iglesias Iglesias^e

^aHospital Comarcal d'Inca. ^bResidencia Huialfas-ISSEM. ^cHospital Universitario Son Dureta. ^dHospital Son Llacer. ^eHospital Manacor.

Objetivos: Implantar un Sistema de Dispensación Automatizada de Medicamentos (SADME) en un centro sociosanitario (SS) de 60 camas.

Material y métodos: En diciembre del 2008 el servicio de farmacia (SF) asumió el suministro de medicamentos del SS. El circuito consistía en: 1) pedido semanal vía correo electrónico de la enfermera del SS a través de un formulario (Excel); 2) preparación del pedido en el SF; 3) recogida del mismo por personal del SS. En junio del 2009 comenzó la implantación del nuevo sistema. Como SADME se seleccionó el Pyxis® Medstation 3500. Cronograma de implantación: 1) introducción en la consola de: datos de pacientes y prescripciones; 2) cálculo de las necesidades para dos semanas (stock mínimo) y para un mes (stock máximo); 3) introducción de medicación necesaria para procesos agudos y curas; 4) configuración del SADME y llenado inicial; 5) traslado y puesta en marcha de la máquina; 6) formación del personal del SS. La implantación finalizó en septiembre del 2009.

Resultados: Actualmente el SS atiende a 58 pacientes. El SADME contiene 246 medicamentos y productos sanitarios distintos: 174 con prescripciones activas y 72 sin ellas (colirios, antibióticos, pomadas, sueros, etc.) La reposición de los medicamentos bajo mínimos se realiza cada 7 días. Pyxis® emite un archivo al SADME del SF (Kardex®). Las enfermeras del SF preparan el pedido que recoge personal del SS. La reposición la realizan enfermeras del SS.

Conclusiones: Aunque la puesta en marcha fue laboriosa las ventajas que ha proporcionado son: -Disminución del stock de medicamentos. -Imputación del coste por paciente. -Medicación ordenada y localizada en un único punto en el SS, facilitando el trabajo de enfermería. -Eliminación del pedido manual del SS. -Mejora de la logística del SF, al eliminarse los pedidos por picos que provocaban que se tuviese en el SF un stock mayor al necesario.

L5-9. UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA PARA FACILITAR LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO: UTILIZACIÓN DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Elfau Mairal^a, J.A. Zamora González^b, E. Aguarón Joven^c, M.T. García Ruiz^d y M.J. Samper Secorun^e

^aServicio de Farmacia. Dirección Atención Primaria Sector Huesca. ^bCGIPC del CAU, CETEC Salud Walqa. ^cCentro de Salud Perpetuo Socorro. ^dCentro de Salud Santo Grial. ^eCentro de Salud Almudévar.

Objetivos: Cuantificar la actuación de los médicos de Atención Primaria (AP) en el uso de una aplicación informática de ayuda a la prescripción que permite el cambio automatizado de las prescripciones realizadas con marca comercial vigentes en la historia clínica electrónica a prescripciones por DOE (denominación oficial española).

Material y métodos: Período analizado: abril-julio 2010. Etapas: 1. Desarrollo informático de la herramienta; 2. Diseño del formato y contenido de la herramienta por 9 profesionales de AP (5 médicos, 1 informático, 1 farmacéutico y 2 gestores); 3. Pilotaje de funcionamiento por 4 médicos de diferentes centros de salud; 4. Resolución de incidencias; 5. Implementación informática real para todos los médicos de los centros de salud; 6. Formación sobre la utilidad y funcionamiento de la herramienta; 7. Monitorización de su utilización.

Resultados: Desde el inicio de junio, la herramienta está disponible para todos los médicos de AP del área sanitaria (98). Hasta el 12 de julio, 38 médicos (39%) ya han utilizado la aplicación informática para cambiar sus prescripciones crónicas por marca a DOE. En los cuatro centros de salud en los que previamente participó un profesional en el desarrollo y pilotaje de la herramienta, este uso llega al 100%. Los cambios de prescripción realizados hasta la fecha han supuesto un ahorro de 8,4% sobre el ahorro potencial posible en el gasto farmacéutico del área sanitaria.

Conclusiones: En el grado de utilización de la herramienta facilitadora de prescripción por principio activo ha resultado clave la implicación de médicos de AP desde las fases iniciales de su desarrollo. La herramienta informática se ha constituido en un sistema de ayuda a la prescripción que contribuye a la racionalización del gasto farmacéutico.

L5-10. LA GESTIÓN POR PROCESOS COMO OPORTUNIDAD PARA REDUCIR LA VARIABILIDAD EN LAS ACTUACIONES DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

M.B. Pina Gadea^a, C. Carcas de Benavides^b, M.J. Lallana Álvarez^b, M.C. Celaya Lecea^a, M.J. Buisán Giral^c y M.A. García Colinas^d

^aServicio de Farmacia. Dirección de Atención Primaria Sector Zaragoza II. ^bZaragoza III. ^cBarbastro. ^dAlcañiz.

Objetivos: La gestión por procesos es una metodología que permite visualizar, analizar y mejorar los flujos de trabajo de las unidades y que por ello facilita la búsqueda de la excelencia en la asistencia sanitaria. Uno de los procesos claves identificados en el mapa de procesos de los SFAP es el de "Evaluación de la Utilización de Medicamentos". Objetivo: desarrollar el proceso clave "Evaluación de la Utilización de Medicamentos" identificando y describiendo las actividades que en él se realizan, como herramienta que permita disminuir la variabilidad en las actuaciones en los servicios de farmacia de atención primaria (SFAP) de la comunidad autónoma (CCAA), mejorando la información que se proporciona desde estos a los médicos de atención primaria.

Material y métodos: Se constituyó un grupo formado por todos los farmacéuticos de atención primaria que tras una reunión previa de análisis de situación de los distintos SFAP y teniendo en cuenta el mapa de procesos ya identificado, diseñaron la ficha del proceso. Posteriormente se distribuyó el trabajo por grupos para la elaboración de las fichas de actividades.

Resultados: Se elaboró la ficha del proceso clave "Evaluación de la Utilización de Medicamentos", en el que se identificaron las actividades que en él se realizan, la arquitectura del mismo y se definieron unos indicadores que permitirán su evaluación con objeto de establecer futuras estrategias y áreas de mejora. También se desarrollaron nueve fichas de actividades donde se definieron objetivos, alcance, responsabilidades, frecuencia, metodología de actuación y características de calidad.

Conclusiones: El desarrollo del proceso clave "Evaluación de la Utilización de Medicamentos", con el compromiso de los SFAP de la CCAA de su implementación, asegura la reproducibilidad del mismo; disminuyendo la variabilidad de sus actuaciones y garantizando que todos los profesionales médicos de la CCAA reciban la misma información relativa a la utilización de medicamentos.

L5-11. CUESTIONARIO SOBRE LAS GUÍAS TERAPÉUTICAS DE MEDICINA DE FAMILIA Y DE PEDIATRÍA

J. Ceruelo Bermejo, A. García Ortiz, B. Concejo Alfaro y N. Martín Sobrino

Gerencia Regional de Salud Sacyl. Dirección Técnica de Farmacia.

Objetivos: El objetivo de estos cuestionarios es estimular la reflexión sobre la selección fármaco-terapéutica de las Guías de Medicina de Familia (MF) y de Pediatría (PED); así como familiarizarse con los indicadores que valoran la adhesión a guías, globalmente o por subgrupo terapéutico. Se pretende que los facultativos realicen una aproximación a sus indicadores de prescripción como elementos informativos y didácticos. Forman parte de la estrategia para la implantación de las Guías.

Material y métodos: El acceso a los cuestionarios es on-line a través del Portal de Uso Racional del medicamento. Existen 2 cuestionarios, uno dirigido a Medicina de Familia y otro a Pediatría. Constan de 4 o 5 apartados: a) se describen indicadores de selección de principios activos de las Guías: antidiabéticos, antiulcerosos, o antibióticos en pediatría. b) Se recogen opiniones y valoraciones sobre los criterios de selección y los indicadores de adhesión a las Guías. c) Se propone a cada facultativo que estime el valor de diferentes indicadores de su plaza asistencial y de forma automática se le muestra el valor real de ese indicador. La cumplimentación se valora en la incentivación individual. Los FAP promocionan la realización de cuestionarios en su área y facilitan la resolución de incidencias.

Resultados: Participaron 1.260 médicos un 47% del total, (variabilidad entre áreas 14%-69%). Los profesionales tienden a infraestimar el valor de sus indicadores (57% PED, 40% MF). Demuestran conocimiento de los criterios de selección (> 90% correctas PED). Encuentran útiles la mayoría de indicadores propuestos.

Conclusiones: Los cuestionarios son una buena herramienta para presentar indicadores de prescripción, recoger la opinión de los profesionales y fomentar la reflexión sobre la propia prescripción.

L5-12. ADAPTACIÓN DE UNA BASE DE DATOS DE MEDICAMENTOS PARA RECETA ELECTRÓNICA

P. Criado Espigel, J. Rodríguez Barbero, E. Gutiérrez Abejón, J. Ceruelo Bermejo y N. Martín Sobrino

Dirección Técnica de Farmacia. Gerencia Regional de Salud. Sacyl.

Objetivos: Adaptación de una base de datos de medicamentos para garantizar la optimización de la prescripción/dispensación electrónica, en base a la pauta posológica, tipo de tratamiento: agudo o crónico, duración y tipo de medicamento.

Material y métodos: Creación de una agrupación de medicamentos superior a los conjuntos de principios activos existentes en la actualidad. Esta agrupación incluye todos los medicamentos con igual principio activo, dosis, forma farmacéutica y vía de administración, sin tener en cuenta el tamaño de envase. El médico prescribe utilizando estas agrupaciones de medicamentos y el sistema, en base a la pauta posológica y a la duración del tratamiento, propone la dispensación óptima indicando el tamaño y número de envases necesarios para cubrir un periodo de tratamiento. Incorporación de un atributo "reaprovechable" que permita diferenciar los medicamentos de administración parenteral que se pueden utilizar para posteriores administraciones de los que deben desecharse una vez abiertos, con el fin de garantizar un correcto cronogramado y utilización de estos medicamentos.

Resultados: Se han creado 3.120 agrupaciones con las características citadas para el total de medicamentos existentes en la base de prescripción/dispensación, siendo su actualización mensual. De la totalidad de medicamentos de administración parenteral, 66 se han marcado con el atributo de "reaprovechable".

Conclusiones: La incorporación en prescripción de estas agrupaciones de conjuntos de principios activos, junto con el marcado de "reaprovechable" y el desarrollo de lógicas que garanticen la dispensación más eficiente en función de la posología, tipo de tratamiento y duración del mismo, permite la optimización de la dispensación y del cronogramado utilizado en receta electrónica, minimizando la medicación sobrante.

L5-13. PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE UN CENTRO DE CONTROL Y SOPORTE DE RECETA ELECTRÓNICA

J.L. Gutiérrez Revilla^a, I. Noriega García^a, L. López Arce^b y V. García Velasco^c

^a*Gerencia de Atención Primaria Torrelavega-Reinoso. ^bDirección Gerencia del Servicio Cántabro de Salud. ^cGerencia de Atención Primaria Santander-Laredo.*

Objetivos: Diseñar e implantar un Centro de Control y Soporte de Receta Electrónica (CCSORE) que asuma funciones de control, seguimiento, atención a usuarios, mantenimiento correctivo/evolutivo, y sistema de información de las prescripciones y dispensaciones electrónicas del servicio de salud.

Material y métodos: Fase I. Diseño del Centro por un Grupo de Trabajo formado por profesionales farmacéuticos, médicos, informáticos y gestores. Enero-marzo 2010. Fase II. Elaboración del Proyecto de Implantación del Centro (funciones, personal, ubicación, horario, cronograma, protocolos de actuación, recursos, indicadores de proceso, de actividad y de calidad). Abril 2010. Fase III. Elaboración de los Planes auxiliares (Plan Formativo, Plan de Comunicación y Plan de Dotación Tecnológica). Mayo 2010. Fase IV. Período formativo específico para el personal técnico. Junio-agosto 2010. Fase V. Implantación y puesta en marcha. Junio 2010. Fase VI. Análisis de resultados y elaboración de informe final (30 de diciembre de 2010).

Resultados: Desde junio el CCSORE, formado por un farmacéutico de atención primaria como responsable funcional y dos informáticos, realiza las funciones de soporte, control y atención a los profesionales sanitarios en relación con el sistema de receta electrónica implantado en atención primaria. Desde su puesta en marcha han disminuido los errores de prescripción y de dispensación, a través del apoyo y tutorización on line a los profesionales. Se ha desarrollado una herramienta informática de Gestión de incidencias y un Gestor documental para facilitar el trabajo, el seguimiento de las actuaciones y la explotación de indicadores.

Conclusiones: El diseño multidisciplinar del centro, el respaldo institucional y haber podido conocer experiencias de otras comunidades ha sido clave en el éxito de la implantación. Las actividades del centro, estables en el tiempo y con retorno de conocimiento en la organización, son una garantía de calidad en la expansión de la receta electrónica.

L5-14. ELABORACIÓN Y MONITORIZACIÓN DEL USO DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA QUE FACILITA EL ACCESO A UNA BASE DE DATOS DE MEDICAMENTOS

M. Aza Pascual-Salcedo^a, M.C. Celaya Lecea^b, M.V. Pico Soler^c, C. Labarta Mancho^d, B. Pina Gadea^b y C. Carcas de Benavides^a

Servicio de Farmacia de las Direcciones de AP de los Sectores: ^aZaragoza III. ^bZaragoza II. ^cZaragoza I. ^dEAP Sagasta-Ruiseñores.

Objetivos: Los médicos de Atención Primaria solicitaban un acceso a información sobre medicamentos que les ayudara a minimizar los errores de medicación. Objetivo: seleccionar una base datos útil para los médicos, elaborar una herramienta informática que facilite el acceso a apartados de interés sobre información de medicamentos y monitorizar su utilización.

Material y métodos: Se constituyó un grupo de trabajo de médicos y farmacéuticos de Atención Primaria para seleccionar la base de datos, definir el sistema de acceso, las funcionalidades así como la interrelación de la información.

Resultados: Se seleccionó la base de datos del Consejo general de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. En 2008 se desarrolló, según las funcionalidades diseñadas, el aplicativo para el acceso a información sobre los medicamentos comercializados en España, por principio activo y especialidad, con acceso a ficha técnica, información al paciente, interacciones cruzadas y un apartado de comentarios de profesionales. En 2009 se amplió con la información sobre plantas medicinales con idéntica estructura. En diciembre de 2009 se interrelacionó la información entre las dos bases de datos por principio activo, incluyendo información cruzada sobre especialidades farmacéuticas e interacciones medicamentos-plantas medicinales. Se elaboró un manual para la utilización de la base de datos. Se diseñó una funcionalidad que permite conocer de forma gráfica el acceso diario de profesionales a dicha aplicación. El número de médicos de Atención Primaria es 1.090. La media de accesos en un mes en el año 2009 ha sido de 651 y en el primer semestre del año 2010 de 1.050.

Conclusiones: La elaboración de una herramienta informática que facilite médica el acceso a información de calidad, actualizada e interrelacionada sobre medicamentos y plantas medicinales, permite al médico consultar la información que necesita en tiempo útil, minimizando los errores de medicación. Conocer los accesos al aplicativo permite valorar la utilidad de la herramienta.

L5-15. INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS COMO SOPORTE A LA DECISIÓN CLÍNICA EN UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

M. Cervera Martínez, M.A. Boronat Moreira, M. Fernández Tous, A. Soler Mieras y M. Zaforteza Descallar

Servicios Centrales (SSCC). Servei de Salut Illes Balears.

Objetivos: Integrar distintas bases de datos (BBDD) de medicamentos en un sistema de prescripción electrónica como SSDC.

Material y métodos: Se evalúan diferentes BBDD de medicamentos atendiendo a criterios clínicos (calidad y categorización de la información) y criterios tecnológicos (capacidad de integración y posibilidades de actualización), optando por la integración de la BBDD del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (BOT), Martindale, Guía Completa de Consulta Farmacoterapéutica y Stockley's Interaction Alerts. Se evalúan aspectos funcionales sobre modo y punto de acceso a la información, usuarios del sistema, momento de actuación, y estructura de la información.

Resultados: El acceso a la información se genera a demanda del profesional (médico, enfermera y farmacéutico de Atención Primaria) desde el sistema de prescripción electrónica de manera integrada en el circuito asistencial para dar información en el momento y lugar de la toma de decisiones y mostrando recomendaciones sobre las pautas a seguir. Los profesionales pueden acceder a la información al inicio de la prescripción (motor de búsqueda del medicamento), durante la prescripción o al finalizarla, desde la hoja de tratamiento. La información de los diferentes principios activos se organiza por epígrafes que incluyen información breve y recomendaciones. En el caso de las interacciones permite una consulta multicheck en la que se muestra la información de todas las interacciones descritas para el medicamento mediante un código de colores que indica el nivel de gravedad de la interacción y un hipervínculo a información detallada de la misma.

L5-16. CATÁLOGO PARA LA PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN ELECTRÓNICA DE FORMULACIÓN MAGISTRAL

M. Zaforteza Dezcallar, A. Aguiló Llobera, M. López Sánchez, G. Molinero Hueso, E. Artacho Merlo y R. García Ferrer

Servicios Centrales (SSCC). Servei de Salut Illes Balears.

Objetivos: Elaborar un catálogo de fórmulas magistrales financiadas por el Sistema Nacional de Salud (SNS), mediante la creación de una ficha técnica disponible para médicos en el momento de la prescripción y para los farmacéuticos comunitarios en el momento de recibir la petición de elaboración y dispensación de la misma.

Material y métodos: En un principio, coincidiendo con el inicio de la implantación de receta electrónica, se incluyeron las 100 fórmulas magistrales más prescritas, según información facilitada por el Colegio de Farmacéuticos. Posteriormente, se creó una plantilla para que los médicos soliciten nuevas inclusiones de fórmulas magistrales a través de los farmacéuticos de atención primaria (FAP) y farmacéuticos de atención especializada (FACE). Cada solicitud es valorada y revisada por el Servicio de salud con el fin de verificar su inclusión en la prestación y, posteriormente, en colaboración con Colegio de Farmacéuticos se revisa la correcta cumplimentación de la ficha técnica y su tarificación.

Resultados: En la actualidad hay 175 fórmulas magistrales disponibles en el catálogo corporativo. En septiembre de 2008 la formulación magistral financiada por el SNS se prescribía íntegramente a través de receta en papel. Actualmente, del total de fórmulas magistrales prescritas en la CCAA, el 28% ya se prescriben electrónicamente.

Conclusiones: El catálogo de fórmulas magistrales aporta un valor añadido a la prescripción-dispensación ofreciendo a los facultativos información relacionada con la composición, indicaciones, efectos adversos, modo de conservación, etc., evita errores de transcripción y promueve la difusión de conocimientos complementarios entre los distintos profesionales.

L5-17. HERRAMIENTAS PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE RECETA ELECTRÓNICA

R. Ramos Guerrero, J. López Palomino, O. Rojas Corrale y R. Márquez Ferrando

Distrito de Atención Primaria Bahía de Cádiz-La Janda.

Objetivos: General: optimizar la utilización de receta electrónica. Específicos: reducir el n.º de recetas y gasto de medicamentos innecesarios, evitar acumulillos de medicamentos en los domicilios y potenciar la seguridad del paciente.

Material y métodos: Tras un análisis de los datos de prestación farmacéutica y de los botiquines domiciliarios se decide establecer la receta electrónica como objetivo prioritario y ligado al CRP del profesional. Para la revisión de la receta electrónica se elabora desde el Servicio de Farmacia un protocolo que contiene los pasos a seguir para una prescripción adecuada, así como un algoritmo de revisión, priorizándose a los pacientes detectados por enfermería que presenten acumulillos de medicamentos. Tras la explotación de los datos de facturación de recetas se elaboran los siguientes informes individuales por médicos que se enviarán con periodicidad bimensual a cada centro: 1. Informe de medicamentos duplicados, contiene a los pacientes que les han dispensado en un mismo mes dos medicamentos de un mismo grupo terapéutico. 2. Informe de pacientes con tiras reactivas que no tienen prescrito ni insulina ni ADO o pacientes con tiras en tratamiento con antidiabéticos no hipoglucemiantes. Junto a este informe se ha elaborado un boletín de recomendaciones del uso de tiras en pacientes con DM2. 3. Informe de pacientes con medicación de alto impacto en el gasto del distrito en tratamiento con asma y EPOC junto con una guía de recomendaciones del tratamiento de estas patologías.

Resultados y conclusiones: Estas intervenciones se han iniciado en mayo 2010, por lo que hasta agosto 2010 no se podrán analizar los resultados. Una vez que se estudie la intervención se analizarán las conclusiones.

L5-18. EVALUACIÓN DE UN NOVEDOSO PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DE CONTENIDOS DE UN BOLETÍN FARMACOTERAPÉUTICO AUTONÓMICO

C. Calvo Pita y S. March Jul

SSCC del Servei de Salut de les Illes Balears.

Objetivos: Conocer la opinión de los vocales del Comité Editorial (CE) y de los autores del boletín farmacoterapéutico de un servicio de salud autonómico

co acerca del procedimiento de revisión de manuscritos, la utilidad del boletín, y su satisfacción con la participación en el mismo. Desde 2008 la revisión de los borradores de los artículos se realiza mediante un debate abierto entre todos los vocales del CE y los autores, utilizando el correo electrónico.

Material y métodos: Estudio de evaluación mediante entrevistas autoadministradas que recogen información cualitativa con preguntas abiertas, diferentes para cada una de las poblaciones diana: vocales del CE y autores del boletín. Envío de cuestionarios mediante correo electrónico solicitando la devolución de forma anónima. Se realiza análisis de contenido de las respuestas por dos evaluadores para triangular resultados y garantizar su validez.

Resultados: Responden 13/17 vocales del CE y 16/22 autores. Hay consenso en torno a la utilidad de la revisión, sobre todo para mejorar aspectos de comprensión y perspectiva crítica. En general hay aceptación del procedimiento de revisión aunque se sugieren aspectos de mejora, como clarificar las normas de publicación. Las personas entrevistadas coinciden en valorar la importancia de disponer de un boletín farmacoterapéutico corporativo y común a todos los niveles asistenciales, independiente de fuentes comerciales. Todos manifiestan que el balance de participar es positivo porque permite actualizar conocimientos y compartir información con profesionales de otras disciplinas o niveles asistenciales, aunque se quejan de tener que dedicar tiempo fuera de la jornada laboral.

Conclusiones: La satisfacción de los vocales del CE y de los autores con su participación es alta. El principal aspecto a mejorar es la falta de tiempo para participar en estas actividades, debido a la carga asistencial. El proceso de revisión "en abierto" es bien aceptado por la mayoría de los participantes.

L5-19. PAPEL DEL FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ADQUISICIÓN DIRECTA DE MEDICAMENTOS PARA 2 HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS CONCERTADOS

A. Añino Alba, M. Parragón Ponz, I. Fernández Esteban, O. Pinar López, E. Fuentes Rodríguez y M.T. Alonso Salazar

Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Primaria. Área 11 de Madrid.

Objetivos: Desarrollar un proyecto pionero de gestión, adquisición y suministro directo de medicamentos desde un Servicio de Farmacia de Atención Primaria a dos hospitales psiquiátricos con el fin de reducir el gasto farmacéutico.

Material y métodos: Área de Salud de aproximadamente 900.000 habitantes y dos hospitales psiquiátricos con un total de 1.675 camas dotados de Servicios de Farmacia. Tras elaborar conjuntamente un formulario basando la selección de medicamentos en criterios de eficacia, seguridad y coste, se inicia en junio de 2009 el suministro directo. La adquisición se realizó a través de concurso público, procedimiento negociado o compra directa y los tres Servicios de Farmacia comparten las herramientas informáticas que permiten el seguimiento del suministro y el control de stocks, que se realiza desde Atención Primaria.

Resultados: El formulario incluyó 231 principios activos para cubrir la mayoría de las necesidades terapéuticas. La adquisición directa se inició con 39 medicamentos (psicofármacos, antiepilepticos, antiúlcera y productos dietoterápicos), correspondientes a 13 principios activos, que suponían en 2008 el 45,25% del gasto total. El gasto de estos medicamentos entre junio y diciembre de 2008 ascendió a 816.073€, mientras que en el mismo período de 2009 fue de 450.826,65€, lo que representa un ahorro de 365.247€. El consumo en unidades de estos medicamentos en 2009 descendió casi un 1% y la prescisión farmacéutica se lleva a cabo con 128 principios activos menos.

Conclusiones: La adquisición directa de medicamentos desde Atención Primaria, la incorporación de herramientas de gestión como la prescripción por formulario y el control de stocks tiene un gran impacto económico. Este proyecto pionero contribuye a la utilización racional de fármacos en población mayor y crónicamente enferma, y explora alternativas de gestión.

L5-20. PARTICIPACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN LA AUTOEVALUACIÓN EFQM DE UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

E. Moreno Sánchez, J.M. Pinilla Sánchez y P. Serrano Velasco

Gerencia de Atención Primaria de Segovia.

Objetivos: General: aplicar el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad (EFQM) a nivel de una Gerencia de Atención Primaria (GAP). Específico: detectar puntos fuertes y áreas de mejora que afecten directamente al Servicio de Farmacia (SF).

Material y métodos: Formación voluntaria de los profesionales de una GAP en Modelo EFQM y realización de autoevaluación por Grupos de Trabajo.

Los criterios "Agentes" se evalúan mediante lógica REDER y los criterios "Resultados" mediante indicadores específicos. Período de estudio: 2007.

Resultados: Principales puntos fuertes: La formalización de Pactos de Objetivos con cada uno de los Equipos (EAPs) permite descentralizar la gestión. Existe posibilidad de evaluar de forma individualizada numerosos indicadores de prescripción (IP) además de los incluidos en Plan Anual de Gestión. Desde la Unidad Docente y el SF hay disponibilidad total para proporcionar información sobre las evidencias disponibles en patologías prevalentes en AP. Principales áreas de mejora: Las actuaciones de coordinación y comunicación entre niveles asistenciales en relación al uso racional del medicamento no están planificadas o son inexistentes. No está elaborado mapa de procesos del SF ni desarrollada la metodología de gestión por procesos. No se realizan medidas formativas individualizadas para los profesionales con peores resultados en IP. Los profesionales consideran la evaluación de IP únicamente como medida de contención del gasto farmacéutico. No existe posibilidad de tener en cuenta situaciones asistenciales específicas que dificultan el cumplimiento de los objetivos de prescripción.

Conclusiones: El modelo EFQM es útil para identificar, de forma sistemática y estructurada, oportunidades de mejora. Los resultados de una autoevaluación a nivel de la totalidad de la GAP pueden ser de aplicación a nivel del SF de forma específica. La autoevaluación implica compromiso de aprendizaje y mejora continua y debe ser considerada únicamente como punto de partida para revisar la estrategia de la organización.

L5-21. UN AÑO DE CONSTITUCIÓN DE 2 EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA COMO UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL (CLÍNICA Y FARMACÉUTICA)

N. Rilla Villar y J. Saavedra Miján

Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria VI de Asturias.

Objetivos: Con la constitución de Equipos de Atención Primaria (EAP) en Unidades de Gestión Clínica (UGC) se pretende fomentar una organización integrada que coopere y permita superar las dificultades de coordinación entre niveles asistenciales, promoviendo una mayor implicación de los profesionales en la organización y gestión de los servicios de salud, orientando la actividad al proceso asistencial, en beneficio de la ciudadanía. Entre las funciones que debe desempeñar una UGC se encuentra la de realizar las actuaciones necesarias para el desarrollo de los planes y programas de promoción del uso racional del medicamento y gestión eficiente de la prestación farmacéutica (área donde tiene un papel relevante el farmacéutico de Atención Primaria como asesor y difusor de la información).

Material y métodos: Se miden 22 indicadores de calidad asistencial (ICA), 12 indicadores de asistencia clínica y 10 indicadores de calidad de la prescripción farmacológica (ICP). Se evalúa la evolución de estos ICA desde que los dos EAP fueron constituidos en UGC, a los 6 meses y al año de constitución.

Resultados: En las 2 UGC se producen mejores resultados en los ICA clínicos a los 6 meses de constituirse y aún mejores al año, así como en los ICP. De estos últimos cabe destacar el aumento que experimenta el indicador de Prescripción de Especialidades Farmacéuticas Genéricas (de 21,58 y 14,92% en cada UGC a 31,21 y 20,93%, respectivamente, al año de constitución) y el de prescripción de antagonistas de los receptores de la angiotensina II sobre el total de antihipertensivos de acción sobre el sistema renina angiotensina (de 43,99 y 33,37% a 47,06 y 35,81%, respectivamente), así como una reducción importante en el crecimiento interanual del gasto farmacéutico.

Conclusiones: Implicar a los profesionales sanitarios en la organización y gestión de los servicios de salud es fundamental para aumentar la calidad asistencial sanitaria.

L5-22. ¿EL GÉNERO ES UN DETERMINANTE EN LA ELECCIÓN DEL TIPO DE INCENTIVO?

M. Aza Pascual-Salcedo^a, M.C. Celaya Lecea^b, A. Cisneros Izquierdo^c, M.A. García Colinas^d, A. Clemente Arenere^e y M.J. Buisán Giral^f

Servicio de Farmacia de las Direcciones de Atención Primaria de los Sectores: ^aZaragoza III. ^bZaragoza II. ^cServicios Centrales de Salud. ^dAlcañiz. ^eTeruel. ^fBarbastro.

Objetivos: En nuestra comunidad autónoma, desde el año 2006 los facultativos de Atención Primaria han tenido opción de elegir, por cumplimiento de objetivos en farmacia, entre dos tipos de incentivo: días de formación sustituidos y productividad variable. Del año 2002 al 2005 la incentivación era exclusivamente mediante la opción de días. Objetivo: conocer si el gé-

nero puede ser un determinante en la elección del tipo de incentivo. Conocer la evolución de la elección a lo largo del tiempo.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Período 2006-2009. Ámbito de estudio: Comunidad Autónoma. Variables: Género del médico, tipo de incentivo elegido.

Resultados: El número de profesionales estudiado anualmente fue de 1.145. Independientemente de que lograran el incentivo, en el año 2006, un 63% de las médicas eligieron días y un 37% productividad. Los médicos eligieron en un 45% días y un 55% productividad. En el año 2007 el sexo femenino eligió en un 58% días frente a un 41% del sexo masculino. En el año 2008 las médicas prefirieron en un 51% días frente a un 31% de los médicos. En el año 2009 la elección evolucionó a un 45% de médicas que eligieron días frente a un 27% de médicos. Se produjeron algunos cambios de días a productividad, después de la elección, por la dificultad en encontrar un sustituto.

Conclusiones: A lo largo del tiempo en los 2 sexos ha ido aumentado la elección de productividad. Desde el primer año, más de la mitad de los médicos eligieron productividad, cifra que va aumentando a lo largo de los cuatro años. Las médicas han elegido aproximadamente en un 19% más que los médicos la opción de días durante el periodo de estudio.

L5-23. ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 EN UN SECTOR SANITARIO

S. Castán Ruiz^a, M.V. Villaverde Royo^b, D. Serrano Peris^c, M.C. Carcas de Benavides^a, M. Aza Pascual-Salcedo^a y M.J. Lallana Álvarez^a

^aDirección de Atención Primaria Sector Zaragoza III. ^bUnidad Docente Sector Zaragoza III. ^cDirección General de Atención al Usuario.

Objetivos: La estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud y la incorporación de retinógrafos digitales no midriáticos en Atención Primaria para desplegar el screening de retinopatía en los centros de salud supuso una oportunidad para el desarrollo de un proceso de atención al paciente diabético. El objetivo planteado es elaborar e implementar en un sector de atención primaria, el proceso de atención al paciente diabético consensuado entre ambos niveles asistenciales.

Material y métodos: Se creó a final del año 2007 un grupo de trabajo liderado por un endocrinólogo, con médicos de Atención Primaria, enfermeras, técnicos de salud, farmacéuticos y directivos. Se realizaron 7 reuniones del grupo para establecer la metodología de trabajo diferenciando actividades y responsables, estructurar el proceso y elaborar el documento consensuado y la estrategia de implementación.

Resultados: Elaboración de un documento que recoge el proceso de atención al paciente con diabetes tipo 2, estructurado en 6 subprocesos: 1) detección precoz de la diabetes mellitus; 2) estudio inicial del paciente con diabetes mellitus tipo 2; 3) cribado de la retinopatía diabética a través de la retinografía digital; 4) educación diabetológica básica y plan terapéutico higiénico dietético; 5) tratamiento farmacológico, y 6) seguimiento programado. Edición de una guía de consulta rápida que recoge a modo de resumen los puntos clave que se distribuyó a todos los profesionales de los equipos. Como estrategia de implementación, se realizó un curso-taller al que asistieron un profesional de cada equipo, responsable de liderar el proceso en su centro y difundirlo mediante la realización de tres sesiones clínicas. Se realizó un taller práctico en las Jornadas de Calidad para su difusión en la comunidad autónoma.

Conclusiones: La elaboración de un proceso de atención a pacientes diabéticos permite la implementación de nuevas herramientas y la implicación de profesionales de atención primaria y especializada.

L5-24. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y EXPECTATIVAS DE LOS AGENTES IMPLICADOS EN UN PROYECTO PILOTO DE IMPLANTACIÓN DE RECETA ELECTRÓNICA

M.C. Marín Pérez, E. Rubio Aranda, M. Izuel Rami, M.J. Amorín Calzada, S. Valdearcos Enguídanos y R. Magallón Botaya

Hospital Clínico Lozano Blesa. Servicio Aragonés de Salud.

Objetivos: Valorar la utilidad y grado de satisfacción de los agentes implicados en el Proyecto Piloto de implantación de Receta Electrónica en una ciudad.

Material y métodos: Estudio observacional transversal en los 2 centros de salud y las 24 farmacias de la ciudad. Agentes evaluados: médicos, farmacéuticos, auxiliares farmacia y pacientes/usuarios. Estudio planteado en 3 fases. Primera: revisión bibliográfica sobre prescripción electrónica en aten-

ción primaria. Segunda: diseño de 4 cuestionarios específicos para cada agente. Tercera: trabajo de campo. Los cuestionarios miden: información y formación recibida, operabilidad, funcionalidad, incidencias, actitud ante las nuevas tecnologías, reclamaciones, satisfacción global y una pregunta abierta sobre sugerencias.

Resultados: De los cuestionarios repartidos, se recogieron: 53,5% de médicos, 100% de farmacéuticos, 65,85% de auxiliares y 26% de pacientes/usuarios. Los facultativos manifestaron un grado de satisfacción medio-alto. Entre las oportunidades de mejora destacan las relacionadas con modificaciones de prescripción y el sistema informático. El 41,2% de los farmacéuticos mostraron descontento con la aplicación. Sugieren la posibilidad de anular una dispensación ya realizada, mayor rapidez del sistema y disponer de una base de datos de medicamentos actualizada y común para médicos y farmacéuticos. Entre los auxiliares existía igualdad de satisfechos y no satisfechos (33,3%). Las reclamaciones más frecuentes: "Pérdida de tiempo por las Incidencias informáticas" y "necesidad de mucho tiempo para dispensar". Son los pacientes/usuarios los más satisfechos (87,4%). Sugieren ampliación del proyecto a otras provincias y CCAA, mejorar el formato de la tarjeta electrónica y la validez de la receta por un periodo superior a 1 año.

Conclusiones: Son los médicos y pacientes/usuarios los más satisfechos con el proyecto por el ahorro de tiempo que supone para ambos. Farmacéuticos y auxiliares son los menos satisfechos porque consideran frecuentes los problemas informáticos al dispensar y lentitud del sistema.

L5-25. INTERVENCIÓN DIRIGIDA A MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS POLIMEDICADOS

B. Aguilera Musso, M.A. Ariza Copado, J.C. Ruiz Ramírez, E. Rodríguez Fernández, M. Guardiola Abarca y J.L. Merino Catillo

Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria. Murcia.

Objetivos: Implantación de un protocolo de intervención para revisar el grado de adherencia terapéutica en pacientes polimedicados mayores 70 años que toman 5 o más fármacos durante tres meses de manera continuada.

Material y métodos: Se constituyó un grupo multidisciplinar formado por médicos, enfermeros y farmacéuticos de atención primaria. Se redactó un protocolo de actuación diseñando: hoja de medicación y test de adherencia y detección de PRM. Se introdujo todo ello, en la historia clínica electrónica. Se comenzó con una experiencia piloto en un centro de salud, que constó de 2 fases: *Fase de formación:* farmacia realizó una sesión formativa con todos los profesionales, entregando a cada médico un listado de pacientes que cumplían criterios de inclusión. *Fase de intervención:* médico: entrevistó al paciente realizándole test de adherencia; pacientes con grado de adherencia > 80 se entregó hoja de medicación y revisión a los 6 meses. Paciente con grado de adherencia < 80 derivación a enfermería. Enfermería: preparó y entregó sistemas personalizados de medicación (SPD) junto con hoja de medicación. Revisión del paciente a los 3 meses. Farmacia: valoró el grado de adherencia según patología y resolvió distintos problemas derivados de la medicación.

Resultados: Actualmente de 225 pacientes incluidos en el proyecto, se ha intervenido en 72 (32%), de los cuales 33 (45,8%) presentaban un grado de adherencia inferior a 80, ofreciéndoles SPD. A los 3 meses se valorara nuevamente el grado de adherencia para determinar si dicha medida ha servido para mejorar el cumplimiento terapéutico con el fin de poder introducir dicho protocolo en los restantes centros de salud.

Conclusiones: Para la implantación de un protocolo de este tipo es fundamental la participación de todos los profesionales implicados. Su puesta en marcha permite un mayor apoyo al paciente polimedicado de edad avanzada mejorando su cumplimiento terapéutico y por consiguiente su estado de salud.

L5-26. NOTIFICACIÓN ON-LINE DE TARJETA AMARILLA DESDE UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN ELECTRÓNICA

M.A. Boronat Moreiro, A. Soler Mieras, M. Fernández Tous, M.M. Cervera Martínez, T.M. Falomir Gómez y C. López Burgos

Servicios Centrales (SSCC). Servei de Salut Illes Balears.

Objetivos: Desarrollar un sistema de notificación *on-line* de sospecha de RAM integrado con el sistema de prescripción y dispensación electrónica, que facilite a todos los profesionales sanitarios de la CCAA la notificación, mejore la accesibilidad al formulario electrónico de tarjeta amarilla (TA) y agilice su cumplimentación.

Material y métodos: Se definen los campos mínimos de información para la cumplimentación de la TA y se diseña la integración entre: a) Sistema de receta electrónica que incluye el registro único de tratamientos prescritos desde el ámbito de atención primaria y hospitalaria y dispensados en oficina de farmacia. b) Sistema de registro electrónico de sospecha de RAM del Centro Autonómico de Farmacovigilancia.

Resultados: Se habilita el acceso a TA desde la Historia Clínica de atención primaria y hospitalaria (55 centros de salud, 93 unidades básicas y 10 hospitales) y desde todas las oficinas de farmacia (419). El formulario electrónico de TA incluye cuatro módulos de información relativos a: paciente, medicación, reacción adversa y notificador. El sistema permite la captura automática de todos los datos, excepto los referentes a la descripción de la RAM e identificación del medicamento sospechoso, su cumplimentación en menos de 1 minuto y la transmisión electrónica al centro autonómico de farmacovigilancia.

L5-27. REORGANIZANDO CIRCUITOS: TRABAJO EN EQUIPO, MEJOR EFICIENCIA

C. Rovira Algara, C. Boix de la Casa, D. Comet Jaumet, E. Juliá Girona y Comisión de Úlceras del SAP Bages-Berguedà

Servicio de Atención Primaria Bages-Berguedà. Institut Català de la Salut.

Objetivos: Homogenizar la selección de apóstitos en los equipos de atención primaria (EAP). Disminuir el gasto farmacéutico en apóstitos.

Material y métodos: Ámbito: 15 EAP, 180.000 habitantes. Duración: julio 2009-diciembre 2010. Variables: ahorro en prescripción de apóstitos y media del número de apóstitos. Método: la Comisión de Úlceras hizo una selección de apóstitos en función de los más prescritos de cada tipo. Se inició la fase de las reuniones lideradas desde el SAP (farmacéutico y coordinador enfermería) con el equipo directivo y la referente de úlceras de cada EAP para seleccionar el tipo de apóstito y la cantidad a pactar con la empresa de logística contratada para abastecer a los centros de material sanitario y otros, se recomendó pactar cantidades inferiores a los envases facturados en el año anterior porque se había detectado un uso indiscriminado de apóstitos. Debido a la gran variabilidad de apóstitos pactados se detecta dificultad en la gestión del almacén de la empresa de logística, dificultad en la gestión del almacén de cada centro y variabilidad en la selección de apóstitos entre profesionales, por ello en junio de 2010, se creó un grupo de trabajo con el objetivo de elaborar un catálogo de apóstitos homogéneo para todos los EAP.

Resultados: La facturación de apóstitos del período enero-abril 2010 en comparación con el mismo período del año anterior ha disminuido un 51% (sólo disponemos de datos hasta abril de 2010). La media de apóstitos diferentes es de 15, siendo los más abundantes las espumas y los antimicrobianos.

Conclusiones: El trabajo en equipo es clave para la obtención de resultados positivos ante una situación de cambio. El uso de las herramientas disponibles ayuda a adecuar la prescripción a la indicación, a mejorar la gestión de un centro y disminuir el gasto.

L5-28. PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE UN PILOTO DE RECETA ELECTRÓNICA

J. Rodríguez Barbero, J. Ceruelo Bermejo, P. Bajo Lorenzana, P. Criado Espejel y N. Martín Sobrino

Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Objetivos: Desarrollo funcional de un modelo de receta electrónica (RE) e implantación del piloto para su validación. El modelo debe garantizar la conectividad entre consultorios, farmacias y servicios de salud así como aportar mejoras en la accesibilidad, calidad y seguridad en la prestación farmacéutica.

Material y métodos: El desarrollo se realizó durante un periodo de 6 meses por un equipo multidisciplinar integrado por farmacéuticos, médicos e informáticos del Servicio de Salud, así como empresas informáticas externas, con el apoyo de una oficina técnica. Puntualmente se contó con el asesoramiento de técnicos expertos en seguridad y protección de datos, calidad de la información, etc. Se inició un piloto en una zona acotada (un consultorio con 5 médicos y dos farmacias) que incluía la prescripción y dispensación de los medicamentos financiados a excepción de estupefacientes y productos sometidos a visado. Se promovió la inclusión de pacientes crónicos polimedicados.

Resultados: Diseño funcional liderado por farmacéuticos y médicos que incorpora herramientas y criterios que mejoran la accesibilidad, promueven la prescripción racional, la seguridad en la dispensación y facilitan informa-

ción al paciente sobre farmacoterapia. Durante los 6 primeros meses de piloto, se han incluido 539 pacientes y se han realizado 5.925 dispensaciones. Las incidencias han tenido poco impacto asistencial resolviéndose favorablemente y con rapidez. La más significativa, que requirió una adaptación técnica, fue el fallo inicial en la lectura de la tarjeta sanitaria en la farmacia.

Conclusiones: Los modelos de RE deben aportar ventajas sanitarias para los pacientes, no sólo centrarse en la conectividad. Esto requiere grandes esfuerzos en el diseño funcional. Es imprescindible validar el modelo en un piloto, antes de hacer una implantación masiva en una Comunidad Autónoma.

L5-29. SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA DE LA MEDICACIÓN DEL PACIENTE POLIMEDICADO

M. Balanzó Jou, M. Casanovas Marfá, N. Carré Llopis y Grupo Intervención Enfermería

SAP Baix Llobregat Nord y SAP Anoia.

Objetivos: Objetivo principal: determinar el cumplimiento terapéutico y conocer el nivel de educación sanitaria de los pacientes con patologías crónicas y polimedicated. Objetivos secundarios: fomentar el rol de enfermería en la revisión de la medicación crónica de pacientes polimedicated.

Material y métodos: Cada enfermera participante en el proyecto realiza el seguimiento de cinco pacientes polimedicated. Se incluyen pacientes de dos áreas básicas de salud que estén tomando 10 o más medicamentos. Presentación del proyecto y formación a enfermería sobre polimedication, adherencia al tratamiento, intervenciones de enfermería, pautas y utilidades. Se realizan 2 entrevistas clínicas a cada paciente, la primera al inicio y la segunda al final del proyecto. En una primera entrevista, a la que el paciente debe acudir con toda su medicación, se le realiza el test de adherencia de Morisky-Green-Levine. Mediante una hoja de recogida de datos se valora el grado de conocimiento del paciente sobre su medicación. En función del resultado, la enfermera puede optar por no intervenir o bien efectuar algún tipo de intervención dirigida (desde derivar al médico, realizar un plan de medicación individualizado, hacer educación sanitaria, etc.), según el déficit detectado (exceso o falta de medicación, detección de PRM, etc.). En la segunda entrevista, se repite el mismo procedimiento para evaluar el grado de conocimiento del paciente. Posteriormente se realiza una encuesta de satisfacción. Indicadores y evaluación: mejora de la adherencia (% de pacientes cumplidores según test Morisky-Green-Levine al inicio y al final del estudio). Mejora del conocimiento del paciente: grado de conocimiento, indicaciones, posología, etc. Número promedio de medicamentos al inicio y al final del proyecto. Descripción y analítica de los participantes. Grado de satisfacción del paciente.

Resultados: Se presentarán los resultados del estudio.

Conclusiones: Se presentarán las conclusiones del estudio.

L5-30. INTEGRACIÓN DE LOS NIVELES DE ASISTENCIA SANITARIA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE LA UTILIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

V. Carretero López, I. Sáez Ferrer, S. Vidal Rico y P. Blasco Segura

Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos: Mejorar la seguridad de los medicamentos a través de una gestión integral e integrada de su uso por parte de los profesionales sanitarios, favoreciendo el flujo de comunicación e información e involucrando al paciente de manera activa.

Material y métodos: Se ha elaborado un formulario de notificación de errores de medicación fácil y accesible, en formato papel y electrónico. Se ha distribuido a todos los centros de salud, hospital y oficinas de farmacia, donde se han habilitado buzones de recogida. La notificación también puede realizarse desde la página web del hospital a través de un formulario que recoge datos del paciente (edad, sexo) y datos del error (fecha, lugar del incidente, descripción del incidente, consecuencias, medicación implicada). El acto de notificación es voluntario y la confidencialidad se mantiene en todo momento. Se distribuirá un boletín trimestral electrónico que recogerá información de las notificaciones analizadas, recomendaciones y alertas de uso de medicamentos. Todo este sistema de notificación se está reforzando con charlas informativas y la utilización de pósters y folletos que dan a conocer la iniciativa.

Resultados: Desde marzo de 2010 se han realizado 3 charlas en el hospital y centros de salud, obteniendo hasta la fecha 12 notificaciones de errores relacionados con la medicación. El número de notificaciones es todavía bajo pero el grado de aceptación está siendo elevado.

Conclusiones: A pesar que el medio hospitalario es el entorno en el que se producen los errores más graves, el abordaje global de los errores de medicación debe incluir todos los niveles asistenciales. Involucrar al paciente en programas que mejoran la seguridad en el uso de sus medicamentos contribuye a mejorar la comunicación de éste con los profesionales sanitarios, lo que prevemos influirá en una disminución de la incidencia de los errores de medicación, hecho que nos proponemos cuantificar.

L5-31. TRASTORNOS DE CONDUCTAS ADICTIVAS: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA FARMACOTERAPIA MEDIANTE UNA GESTIÓN EFICAZ DE REUNIONES

A. Aránguez Ruiz y O. Ortiz Rodríguez

Gerencias Áreas de Salud de Mérida y Zafra-Llerena. Servicio Extremeño de Salud.

Objetivos: Elaborar y consensuar junto con distintos profesionales sanitarios, un catálogo de fármacos dirigido a centros de drogodependencias para su suministro y distribución desde el Servicio de Farmacia de la Gerencia, a través de una serie de reuniones estructuradas. Crear un grupo multidisciplinar referente para el abordaje farmacoterapéutico de estos centros.

Material y métodos: Elaboración en diciembre 2009, de un documento base sobre prestación farmacéutica para deshabituación de drogodependencias mediante: consumo de fármacos prescritos a través de receta médica oficial, listado de estrategias terapéuticas incluidas en el catálogo de prestaciones de estos equipos, y guías de práctica clínica basadas en la evidencia sobre abordaje farmacoterapéutico de conductas adictivas. Envío de documento base a profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) para su estudio y posibles alegaciones junto con primera convocatoria de reunión. Serie de reuniones estructuradas: presentación, discusión, resolución de conflictos y conclusiones.

Resultados: 1.ª reunión (febrero 2010): discusión del catálogo del documento base, que incluía propuestas recibidas en Gerencia. Se establecen como criterios de exclusión: novedades farmacoterapéuticas, alternativas ya existentes, indicación no evidenciadas en guías de referencia. 2.ª reunión (junio 2010): cierre del catálogo de fármacos previo acuerdo consensuado. Entrega de documento anexo sobre abordaje de la farmacoterapia, elaborado por las farmacéuticas de área, producto de la revisión de guías consultadas. Acuerdo de logística de suministro desde la Gerencia a partir de octubre 2010. Definición de grupo de referencia (profesionales sanitarios de estos centros junto con farmacéuticas de área) para consultar y decidir sobre nuevas inclusiones en catálogo de fármacos.

Conclusiones: Existencia de gran variabilidad en la práctica clínica y falta de evidencia científica en el abordaje farmacoterapéutico para conductas adictivas. Necesidad de protocolizar tratamientos farmacológicos en esta área. Aceptación favorable de la metodología de trabajo aplicada, mediante resolución de conflictos y acuerdos consensuados.

L5-32. GESTIÓN DE BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. López Palomino, R. Ramos Guerrero, O. Rojas Corrales y M. Márquez Ferrando

Distrito de Atención Primaria Bahía de Cádiz-La Janda.

Objetivos: El consumo de medicamentos en los botiquines de los centros de salud aumenta todos los años, resultando difícil su control por los farmacéuticos debido a la gran dispersión geográfica. Objetivo: mejorar el abastecimiento de medicamentos a todos los centros sin que haya roturas de stock y minimizando la retirada por caducidad de los mismos.

Material y métodos: Se confeccionó por parte del Servicio de Farmacia una tabla con los medicamentos incluidos en el petitorio de cada centro y con las cantidades máximas y mínimas que debe haber siempre de los mismos en función de la población atendida. Además de la supervisión del farmacéutico referente del centro de salud que realiza al menos dos visitas de control al año, se hace responsable al coordinador de enfermería del centro de la revisión mensual de las existencias, por si hubiera alguna rotura de stock, y el control exhaustivo de las caducidades. Con esta hoja de pedidos los celadores del almacén repondrán las cantidades que falten cada 2 meses comprobando igualmente las caducidades y la rotación de los medicamentos para actualizar la hoja del pedido si se observan incidencias al respecto.

Resultados: El importe en pedidos de medicamentos entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de mayo de 2010 fue 27.828,07€ inferior al del mismo periodo del año anterior (total pedidos 01/01/2009 - 31/05/2009: 147.566,53€ y

total pedidos 01/01/10-31/05/2010: 119.738,46€). Por otro lado, se constata la disminución del retorno para su destrucción de medicamentos caducados y aumenta la seguridad de no encontrar fármacos caducados en los centros por el triple control (farmacéutico, responsable del botiquín y celadores reponedores).

Conclusiones: El suministro y control de medicamentos debe implicar a todos los agentes que intervienen en él para mejorar su eficiencia.

L6- Otros

L6-1. RAZONES DE LOS MÉDICOS PARA ADOPTAR NUEVOS MEDICAMENTOS

F.J. Garjón Parra, A. Azparren Andía, B. Azaola Estévez, I. Vergara Fernández, J.R. Loayssa Lara y M.J. Lezaun Larumbe

Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Objetivos: Identificar las razones y cómo influyen para la adopción de fármacos nuevos por los médicos de familia.

Material y métodos: Grupo nominal con 4 médicos de primaria, 1 de especializada, 1 médico directivo, 1 farmacéutico de primaria y 1 sociólogo, seleccionados porque pertenecían a comités de farmacoterapia. Al moderador se le dio un guión con factores identificados en la literatura, las fases de la reunión, su duración y la información a transmitir. Se entregó una hoja con la pregunta: ¿por qué un médico de familia incluye un principio activo de reciente comercialización en su vademécum personal? Después de una fase de reflexión, los participantes escribieron sus respuestas, se leyeron y se agruparon por áreas. Comenzó entonces la fase de discusión en la que se preguntó: ¿Cómo creéis que influye (el factor) en la adopción? Las intervenciones se limitaron a 59 segundos. Si algún factor, identificado en la literatura, no había surgido en la reunión, se preguntaba también por él.

Resultados: Se identificaron 7 factores: eficacia del fármaco (aceptada y asumida), entorno médico (imitación de especializada y de los compañeros), industria (marketing indirecto, directo, nuevos nichos de mercado y marketing alegal), estar a la última (moda y prestigio), paciente, síndrome del quemado (administración) y carencia de regulación. Se comentó la situación laboral (estabilidad en el cupo) como un factor positivo para la credibilidad del médico. Dos aspectos interesantes fueron que estar a la moda, también en salud, resulta motivador a la hora de prescribir novedades y que el marketing indirecto (congresos, sociedades) que logra que un fármaco se tenga presente, convence más que el directo.

Conclusiones: Los expertos consultados identifican un amplio número de factores que básicamente coinciden con los de la literatura aunque matizan su influencia y cómo su interacción influye en la prescripción de fármacos nuevos.

L6-2. UTILIDAD DE UNA TÉCNICA ANTIGÉNICA RÁPIDA EN EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN FARÍNGEA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES

M.L. Nicieza García, G. Reguera de Lorenzo, A. Pérez Guirado, L. Barreiro Hurlé y P.M. Santos Rodríguez

Hospital Carmen y Severo Ochoa (Gerencia de AP). Asturias.

Objetivos: Evaluar en niños/as: Utilidad del test Strep A para identificar faringitis por *Streptococcus pyogenes* (SP), uso innecesario de antibióticos y sensibilidad a éstos.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal efectuado entre enero-2008 y mayo-2010 en 5 consultas pediátricas de Atención Primaria, a niños/as de 2-14 años con clínica de faringoamigdalitis. Exclusiones: toma de antibióticos la semana previa o clínica de faringitis vírica. Se solicitó consentimiento informado y tras valoración clínica se tomaron 2 exudados faríngeos (para el test y el laboratorio de referencia). Hubo aprendizaje de realización del test y se evaluó su reproducibilidad con la concordancia interobservador. Variables: edad, sexo, síntomas/signos de faringoamigdalitis, resultados del test y cultivo, sensibilidad a antibióticos e intención de tratar con antibióticos por sospecha clínica. Se analizaron: sensibilidad, especificidad, Valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) y razones de verosimilitud.

Resultados: 192 niños/as realizaron ambas pruebas, el 52% eran niños y la media de edad en ambos sexos fue de 7,2 (DE: 2,8). Los síntomas/signos más habituales: hiperemia/edema (95%), fiebre (88%) y odinofagia (86%). El 38,7%

presentó un cultivo positivo (IC95%: 31,6-45,9). Por sospecha clínica se trataría con antibióticos al 58% (n = 110), de los cuales el 52% tuvieron cultivo negativo. La sensibilidad del test fue de 87% (IC95%: 78-95), especificidad: 92% (IC95%: 86-97), VPP: 87% (IC95%: 78-95), VPN: 92% (IC95%: 86-97), razón de verosimilitud del test positivo: 10,12 (IC95%: 5,6-18,4) y negativo 0,15 (IC95%: 0,1-0,3). El SP fue sensible a penicilina (100%), eritromicina (87%) y clindamicina (98%).

Conclusiones: La sensibilidad y especificidad resultaron aceptables y concuerdan con otros estudios. Las razones de verosimilitud están en el límite de gran utilidad clínica aunque los IC muestran poca precisión. El test fue más útil para descartar infección que para confirmarla (8% falsos negativos y 13% falsos positivos). La mitad de quienes recibirían antibióticos por sospecha clínica, serían tratamientos innecesarios. No se encontraron resistencias a penicilina.

L6-3. ANÁLISIS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EVALUADOS POR EL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

M. González Hinjos, M.J. Lallana Álvarez, J. Magdalena Belío y C. Loris Pablo

Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón.

Objetivos: Analizar los ensayos clínicos (EC) en el ámbito de la Atención Primaria (AP) que se han evaluado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) desde 2004 hasta 2009, describiendo sus características principales y la participación de los Servicios de Farmacia (SF) de AP.

Material y métodos: Se seleccionan, del registro del CEIC, aquellos EC incluidos en el ámbito de AP.

Resultados: Entre 2004 y 2009 el CEIC evaluó 521 EC, 26 (5%) de ellos en el ámbito de AP. El 65% (17/26) de los ensayos en AP obtuvieron el dictamen favorable del CEIC. En los 9 casos de dictamen desfavorable, el 22% (2/9) fue por motivos locales (ligados al investigador o al centro) y el 78% por motivos ligados al protocolo. En los 17 EC que obtuvieron dictamen favorable participaron un total de 46 investigadores: médicos de Atención Primaria (93%, 43/46), personal de enfermería (2%, 1/46) y psiquiatras (5%, 2/46). De los 46 investigadores propuestos sólo 37 (80%) iniciaron el EC y sólo el 50% (23/46) reclutaron pacientes. El 88% (15/17) de los EC eran de promotor comercial (industria farmacéutica), el 65% (11/17) eran de fase III y el 71% (12/17) tenían diseño de ensayo controlado aleatorizado y doble ciego. Las patologías más estudiadas fueron hipertensión y diabetes (29% respectivamente). Los SF de AP no gestionaron en ningún caso la medicación de estudio y tan sólo en un EC se les notificó su puesta en marcha.

Conclusiones: Los EC en AP son minoritarios y fundamentalmente comerciales. Su calidad es aceptable, en su mayoría de fase III, aleatorizados y enmascarados. Un alto índice de ensayos no se realiza o no reclutan pacientes. La implicación de los SF de AP supone una importante área de mejora.

L6-4. ¿UTILIZAN LOS MÉDICOS DE FAMILIA LOS BOLETINES DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA?

Comité Editorial de Notas Farmacoterapéuticas Áreas 1, 2, 3, 7 y 9 de Atención Primaria de Madrid

Gerencias Áreas 1, 2, 3, 7 y 9 Atención Primaria. Comunidad de Madrid.

Objetivos: Conocer el grado de utilización de un boletín de información farmacoterapéutica por los médicos de Atención Primaria.

Material y métodos: Se elaboró una encuesta que incluía 3 preguntas para conocer en qué grado (“siempre”, “muchas veces”, “a veces”, “pocas veces” o “nunca”) se utilizaba el boletín para: tomar decisiones terapéuticas, contrastar información y/o actualizar conocimientos en farmacoterapia. Se envió la encuesta en papel, previamente pilotada, a todos los médicos de 4 áreas sanitarias, habituales destinatarios de la publicación (1.255 en total). Se establecieron dos vías de devolución: correo interno o a través de los responsables de uso racional de cada centro de salud. Se realizó el análisis estadístico (software SPSS v18.0) de las que se recibieron en 20 días tras el envío.

Resultados: El porcentaje de respuesta fue del 47%. El 50% de los médicos que respondieron utiliza el boletín para tomar decisiones terapéuticas “siempre” o “muchas veces” y un 44% lo usa “a veces”. En cuanto a la utilización del boletín para contrastar información, otro 50% de los médicos lo usa “siempre” o “muchas veces”, utilizándolo “a veces” un 40%. A la pregunta de si se utiliza el boletín para ampliar/actualizar conocimientos, el 70% contesta “siempre” o “muchas veces” y un 28% “a veces”. Relacionando la

utilidad que le dan los médicos a los boletines con otros aspectos contenidos en la encuesta, se aprecia una mayor utilización cuanto más extensamente se lee el boletín y cuanta mayor es la percepción de objetividad, relacionándose asimismo con una mejor valoración global de la publicación ($p < 0,001$).

Conclusiones: Un alto porcentaje de los médicos utiliza en muchas ocasiones la información contenida en el boletín. Destaca el uso mayoritario para actualizar/ampliar conocimientos. Debe continuarse con la elaboración de boletines de información farmacoterapéutica de calidad dirigida a los médicos de familia.

L6-5. RELACIÓN ENTRE CARACTÉRISTICAS PROFESIONALES Y PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA

E. Candela Marroquín, L. Palomo Cobos, P. Fernández del Valle y F.J. Calvo Moreno

Servicio Extremeño de Salud.

Objetivos: Relacionar características profesionales de médicos con indicadores de prescripción para identificar factores que modifiquen la práctica médica y puedan orientar la toma de decisiones.

Material y métodos: Diseño: Estudio observacional descriptivo. Emplazamiento: Área de Salud (151 médicos, 170.125 habitantes, 22 centros de salud). Las características profesionales consideradas: edad, antigüedad en la plaza, sexo, formación MIR, lugar de trabajo (centro de salud o consultorio), distancia al hospital y adhesión al Contrato de Gestión Farmacéutica. Los indicadores de prescripción considerados: % genéricos, % prescripción por principio activo, % Novedades C+D, % DHD omeprazol/DHD IBP, % DHD ibuprofeno y diclofenaco/DHD AINE, % DHD simvastatina, lovastatina y pravastatina/% DHD estatinas, % DHD ARA II/ DHD ARA II + IECA, y % desviación del presupuesto. Se realizó análisis univariante, las diferencias entre medias fueron evaluadas mediante contraste t-Student para variables cuantitativas y correlación de Spearman para variables categóricas.

Resultados: La distancia al hospital resulta la variable más determinante al mostrar que a mayor distancia, mejores indicadores de prescripción. También se constató menor derivación a especialidades. La adhesión al Contrato de Gestión (ligado a incentivos económicos) proporciona diferencias en % desviación de presupuesto (-3,58 vs 5,55; $p = 0,01$), % omeprazol (75,92 vs 71,11; $p = 0,035$) y % estatinas (42,54 vs 37,35; $p = 0,033$). A mayor edad, menor prescripción de genéricos ($r = 0,255$; $p = 0,002$). En consultorios se obtienen mejores indicadores que en centros de salud. Las mujeres prescriben más por principio activo (7,8 vs 5,3%; $p = 0,026$). La formación MIR no proporciona diferencias estadísticamente significativas en ningún indicador.

Conclusiones: Se requiere un esfuerzo institucional, profesional y científico importante para disminuir la variabilidad en la prescripción y determinar sus consecuencias en términos de salud para el paciente y eficiencia para el sistema sanitario.

L6-6. ¿SE MODIFICAN EN ATENCIÓN PRIMARIA LAS PRESCRIPCIONES PROCEDENTES DEL SEGUNDO NIVEL DE ASISTENCIA?

R. Sigüin Gómez, M.J. Almodóvar Carretón, L.C. Saiz Fernández, J.M. Izquierdo Palomares, J.C. Estévez Muñoz y D. Malillos Pérez

Gerencia Atención Primaria Área 7. Comunidad de Madrid.

Objetivos: Determinar el porcentaje de nuevas prescripciones procedentes de Atención Especializada recibidas y modificadas por los médicos de Atención Primaria.

Material y métodos: Se solicitó la participación de médicos de Atención Primaria de un área de salud durante un periodo de dos meses. Se estableció una metodología de registro en la Historia Clínica Informatizada (como fuente de datos) que unificara los criterios para consignar la procedencia de las nuevas prescripciones. Para registrar las prescripciones sin cambios respecto a las procedentes de Atención Especializada se marcaba la opción "segundo nivel" al emitir la receta en historia clínica informatizada. Se elaboró un protocolo disponible en historia clínica informatizada para aquellos casos en que, existiendo una nueva prescripción de Atención Especializada, el médico de primaria no realizará ninguna prescripción o emitiera una receta con alguna modificación respecto a la original (cambio a EFG, por otro principio activo o grupo farmacológico).

Resultados: Participó un total de 69 médicos de Atención Primaria de 15 centros de salud. Se registraron 46.512 nuevas prescripciones, 3.894 (8,4%) procedentes de Atención Especializada. De estas últimas, en el ámbito de

Atención Primaria fueron asumidas sin cambios 3.544 (91,0% IC95%: 90,1-91,9), se modificaron 304 (7,8% IC95%: 7,0-8,7) y no se realizó ninguna prescripción en 46 ocasiones (1,2% IC95%: 0,8-1,5). El 50% de los médicos modificó alguna prescripción, siendo la mediana de las prescripciones cambiadas o no emitidas de 1. De los grupos farmacológicos más prescritos, destacan los fármacos frente a la osteoporosis con un 26% de las recetas con origen en el segundo nivel.

Conclusiones: Las nuevas prescripciones con origen en Atención Especializada son asumidas sin cambios en un alto porcentaje por los médicos de Atención Primaria. Los cambios o modificaciones se concentran en menos de la mitad de los médicos, por lo que no constituye una práctica generalizada en Atención Primaria.

L6-7. ESTABLECER UNA ESTRATEGIA QUE PERMITA ADECUAR LA GASTROPROTECCIÓN EN LOS PACIENTES TRATADOS CON AINE

M.J. Lallana Álvarez^a, C. Carcas de Benavides^a, B. Pina Gadea^b, M. Aza Pascual-Salcedo^a, A. González^c y J. Navarro^d

^aServicio de Farmacia. Dirección AP Sector Zaragoza III. ^bSector Zaragoza II. ^cEAP Sádaba. ^dEAP Illueca.

Objetivos: Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) constituyen uno de los grupos farmacológicos de mayor consumo. Su utilización se ha incrementado en España en los últimos años sustancialmente, 67,24 DHD de media en la Comunidad Autónoma en 2009. Hasta un 50-60% de los pacientes tratados con AINE pueden desarrollar algún tipo de efecto secundario gastrointestinal. Actualmente los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son los fármacos de elección en la prevención de la gastropatía por AINE y su consumo también está creciendo. Como objetivo establecer una estrategia que permita adecuar la utilización de fármacos gastroprotectores y reducir las complicaciones gastrointestinales graves por el empleo de AINE.

Material y métodos: Constitución de un grupo de trabajo dentro de la Comisión de Uso Racional del Medicamento, formado por farmacéuticos y médicos de atención primaria y atención especializada. Estructuración del contenido del protocolo, elaboración de la búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos con objeto de recuperar la bibliografía disponible y diseño de la estrategia de implementación.

Resultados: Se elaboró un Protocolo de Gastroprotección por AINE consensuado entre atención primaria y atención especializada, en el que se incluyó asimismo un algoritmo de decisión de tratamiento. Se distribuyó a todos los equipos de atención Primaria de los dos sectores en el curso de una sesión clínica que los miembros de la comisión llevaron a cabo dentro de cada uno de los equipos, con objeto de favorecer su implementación y seguimiento. A nivel de atención especializada se difundió en la comisión de farmacia y terapéutica y en los servicios de urgencias y digestivo, y se realizó una sesión específica para residentes. También está disponible para su consulta en la intranet.

Conclusiones: Se ha elaborado un Protocolo de Gastroprotección consensuado entre Atención Primaria y Atención Especializada como herramienta de apoyo para adecuar la gastroprotección en pacientes tratados con AINE.

L6-8. PANORÁMICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DESDE UN COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

E. Candela Marroquín, M.A. Sánchez Rubio, L. Palomo Cobos y A. Gómez Espárrago

Servicio Extremeño de Salud.

Objetivos: Evaluar la actividad de un Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) provincial y las características de la investigación con medicamentos realizada en su ámbito de actuación. Estudio descriptivo retrospectivo de actividad del CEIC y características de los ensayos clínicos (EECC) evaluados durante 2009.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de actividad del CEIC y características de los ensayos clínicos (EECC) evaluados durante 2009.

Resultados: El CEIC ha evaluado 62 protocolos nuevos (EECC, estudios observacionales y proyectos de investigación), 201 modificaciones (77 relevantes), 142 acontecimientos de efectos adversos, 169 informes de seguimiento y solicitado 42 aclaraciones. En cuanto a las características de la investigación con medicamentos evaluada: el 75% de los EECC los promueve la industria farmacéutica y el 25% otros (investigadores independientes, fundaciones y hospitales). El 65% de los EECC son controlados con placebo frente al 36% con control activo. Las áreas de investigación investigadas son onco-

logía (26 EECC), enfermedad de Alzheimer (7 EECC), diabetes (7 EECC), asma y EPOC (10 EECC) y en menor medida síndrome coronario agudo, inmunoterapia, deshabituación tabáquica y depresión mayor. El 95% de la investigación se realiza en Atención Hospitalaria. Han sido reclutados 295 pacientes. Tras estudiar aclaraciones y modificaciones solicitadas al promotor (pertinencia del estudio, justificación de comparador-placebo, adaptación del consentimiento informado, etc.) se emitió dictamen favorable en el 90% de casos.

Conclusiones: Es necesario impulsar la actividad investigadora independiente de los sanitarios, especialmente en Atención Primaria, y potenciar áreas de investigación según las necesidades terapéuticas y procesos sin alternativas disponibles. Para mantener la eficiencia en su funcionamiento es beneficioso fomentar la motivación y cualificación profesional de los miembros de los CEIC así como facilitar la dotación adecuada de recursos. Por seguridad para los pacientes incluidos en los EECC es fundamental garantizar el rigor científico, metodológico y ético en la investigación. A pesar de las limitaciones manifestadas la mayoría de los EECC cumplen los aspectos metodológicos, éticos y legales establecidos.

L6-9. SEGUIMIENTO DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE ANTIBIÓTICOS EN RECETAS AGUDAS ELECTRÓNICAS

H. Anglada Martínez, J.M. Sotoca Momblona, S. Fontanals Martínez, M. Rovira Illamola y J. Ribas Sala

CAP Les Corts. CASPE. Servicio de Farmacia. Hospital Clínic de Barcelona.

Objetivos: La falta de adherencia al tratamiento es una de las causas de ineeficacia terapéutica. La receta electrónica supone una mejora en la accesibilidad a la prestación farmacéutica, pudiendo influir positivamente en la adherencia al tratamiento. Además, permite al médico prescriptor consultar las dispensaciones de los medicamentos realizadas por las oficinas de farmacia a tiempo real, que constituyen un método indirecto de análisis de la adherencia terapéutica. El objetivo de este estudio es valorar la adherencia de los tratamientos antibióticos agudos prescritos en tres centros de atención primaria durante los dos primeros meses de implantación de receta electrónica.

Material y métodos: Revisión de las prescripciones electrónicas agudas de antibióticos realizadas entre los meses de diciembre 2009 y enero 2010, y de las dispensaciones realizadas por las oficinas de farmacia de dichas prescripciones, en tres centros de atención primaria, mediante el programa OMlweb. Los datos se analizaron en función del tipo de prescriptor: pediatra o médico de familia.

Resultados: Se prescribieron 129 antibióticos agudos para 125 pacientes durante el periodo estudiado, dispensándose el 83,7% de los tratamientos (108). El 62,8% (81) de los antibióticos fueron prescritos por pediatras y el 37,2% (48) por médicos de familia, dispensándose el 85,2% (69) y el 81,3% (39), respectivamente. El 49,1% (53) de los medicamentos prescritos fueron sustituidos por otra marca en las oficinas de farmacia.

Conclusiones: La prescripción electrónica permite evaluar de manera indirecta la adherencia terapéutica. Uno de cada cinco tratamientos antibióticos agudos no fue retirado de la oficina de farmacia, cuestionando la repercusión de la mejora teórica de accesibilidad que representa la receta electrónica. Aproximadamente la mitad de los medicamentos prescritos fueron sustituidos por otra marca en la oficina de farmacia, hecho que podría repercutir en una peor adherencia terapéutica y ocasionar errores de medicación.

L6-10. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN PREVENCIÓN PRIMARIA

M.J. Tirado Peláez, M.A. Lloret Callejo, G. Sáez Valencia, F. Tejada Cifuentes y M.J. de la Mora Afaro

Gerencia de AP de Albacete.

Objetivos: Evaluar la adecuación de la prescripción de estatinas en prevención primaria cardiovascular en un Área de Salud.

Material y métodos: Se seleccionaron pacientes que no tenían reflejado ningún evento cardiovascular previo ni diabetes mellitus y a los que se les había prescrito a lo largo de 2008 fármacos del subgrupo terapéutico C10A. La muestra se seleccionó de forma aleatoria con un nivel de confianza del 95% y un error del 7,5% (para estimación de proporciones en poblaciones finitas). Se accedió a la historia clínica informatizada de cada paciente para verificar si el tratamiento hipolipemiante se adecuaba a los criterios de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular (2004).

Resultados: De 169 pacientes seleccionados, 56,2% mujeres y 43,8% hombres. La edad media fue de 64 ± 13 años y una cifra media de colesterol total de 236 ± 40 mg/dl. Otros factores de riesgo cardiovascular registrados: 17,2% fumadores, 33,1% obesidad y 59,2% hipertensión arterial. El cálculo del riesgo cardiovascular (SCORE), sólo estaba registrado en el 8,3% de los pacientes, pudiéndose calcular hasta el 64,5% de la muestra encontrando que el 31% presentaba un riesgo $\geq 5\%$. La estatina más utilizada fue la simvastatina (36,1%), seguida de atorvastatina (26%) y pravastatina (20,1%). El 17,8% de los pacientes fue tratado con otro fármaco del grupo C10A.

Conclusiones: Debido al insuficiente registro de los datos y al escaso cálculo del riesgo cardiovascular, es difícil evaluar la adecuación de estatinas en prevención primaria en nuestra área.

L6-11. PROTOCOLO DE CONTROL DEL CARRO DE EMERGENCIAS DE UN CENTRO DE SALUD

I. Sáez Ferrer, V. Carretero López y P. Blasco Segura

Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos: Disponer en cada Centro de Salud de un carro de emergencias que esté siempre a punto, con todo el material y medicación necesarios en perfecto estado y fechas de caducidad correctas.

Material y métodos: Se decide el contenido del carro de emergencias y se establece un control de la medicación prevista, perfectamente identificada y ordenada, en número de unidades adecuado a las necesidades del centro y cuyo contenido es conocido por todo profesional sanitario del centro de salud. La ubicación ha de ser cómoda y se presta especial atención a la conservación de los medicamentos termolábiles y fotosensibles. En cada Centro se designa un enfermero/a o auxiliar de enfermería, que se encarga de repasar lo diariamente, pedir al hospital de referencia la medicación que hace falta para completar la cantidad fijada en el listado y revisar caducidades. El encargado del carro se responsabiliza también del registro mensual de dicho carro. Los medicamentos presentes en el carro de emergencias son consecuencia del proceso de selección realizado por el equipo multidisciplinar de la Comisión de Uso Racional del Medicamento. Las modificaciones del mismo se hacen anualmente, salvo que la Comisión considere indicado realizarla de forma extraordinaria. El farmacéutico de atención primaria realiza revisiones periódicas para verificar el correcto funcionamiento del protocolo.

Resultados: De los 16 centros visitados, el 80% tiene el carro de emergencias de acuerdo con el protocolo: medicamentos ordenados alfabéticamente, correcta identificación de los cajetines y etiquetado de los próximos a caducar. El 20% de los Centros presentaron carencias, que la persona encargada se ha comprometido a resolver.

Conclusiones: El seguimiento de este protocolo facilita en los centros de salud la perfecta atención al paciente de urgencia al tener todo el material y medicación localizado e identificado para poder actuar con rapidez.