

2. Ritz E. The role of the kidney in cardiovascular medicine. *Eur J Intern Med.* 2005;16:321–7.
3. Gimeno-Orna JA, Molinero-Herguedas E, Lou-Arnal LM, Boned-Juliani B, Labrador-Fuster T, Guiu-Campos M. Microalbuminuria accounts for the increased vascular disease risk in diabetic patients with metabolic syndrome. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:1202–5.
4. Calbo Mayo JM, Terrance de Juan I, Fernández Jiménez P, Rodríguez Martín MJ, Martínez Díaz V, Santisteban López Y, et al., grupo de estudio síndrome metabólico de Albacete. Prevalence of metabolic syndrome in the province of Albacete. *Rev Clin Esp.* 2007;207:64–8.
5. Palma Gámiz JL, Conget Donlo I, Bertomeu González V, Ascaso Gimilio JF, González Juanatey JR, Alegría Ezquerro E, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in Spanish patients with established cardiovascular disease: CLYDIA study. *Med Clin (Barc).* 2007;128:407–13.

José Abellán Alemán<sup>a,\*</sup>, Miguel Ángel Prieto Díaz<sup>b</sup>, Mariano Leal Hernández<sup>a</sup>, Soledad García de Vinuesa<sup>c</sup> y José Luño Fernández<sup>c</sup>, En representación de los investigadores del Estudio SMAPyH

<sup>a</sup> *Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica de Murcia, Murcia, España*

<sup>b</sup> *Centro de Salud Villalobin-Concinos, Oviedo, Asturias, España*

<sup>c</sup> *Servicio de Nefrología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jabellan@pdi.ucam.edu](mailto:jabellan@pdi.ucam.edu) (J. Abellán Alemán).

doi:10.1016/j.aprim.2010.05.018

## La influencia de la entrevista del farmacéutico de Atención Primaria sobre el bolígrafo del médico

### The influence of the Primary Care Pharmacist interview on the doctor's pen

*Sr. Director:*

El gasto farmacéutico está en crecimiento constante y deben introducirse medidas que promuevan un uso racional del medicamento, seleccionando aquellos más eficaces, seguros y eficientes<sup>1,2</sup>.

El objetivo de nuestro estudio fue valorar la entrevista personal como una estrategia de intervención para mejorar la eficiencia y calidad de la prescripción farmacéutica. El estudio fue cuasi-experimental antes-después con grupo control. Se realizó en un área de Atención Primaria (AP) de Valladolid con 210 médicos de familia. Se evaluaron los indicadores de prescripción del primer cuatrimestre de 2009 y se propuso una intervención sobre 39 facultativos más desviados con respecto a los estándares, que constituyeron el grupo de intervención, siendo los 171 restantes el grupo control. La intervención consistió en una entrevista personal de las farmacéuticas de AP con los médicos seleccionados. Sobre ambos grupos se continuó con la práctica habitual de retroalimentación de sus informes de prescripción.

La entrevista, planificada para 15 minutos, fue preparada y diseñada previamente con la siguiente estructura:

- Análisis de indicadores de prescripción
- Escucha activa en la que el médico exponía sus dificultades para alcanzar objetivos
- Información y propuesta de estrategias de mejora
- Debate
- Conclusiones

Comparamos los indicadores cinco meses antes y cinco meses después de la intervención. En el grupo de inter-

vención mejoraron nueve (5 con  $p < 0,05$ ) de los doce indicadores. En el grupo control mejoraron cuatro ( $p < 0,05$ ) y empeoraron ocho. La efectividad de la intervención se determinó como la diferencia entre el grupo entrevistado y el grupo control antes y después de la entrevista. Se obtuvieron mejoras estadísticamente significativas en el grupo de intervención respecto al control en nueve de los doce (dos no alcanzaron significación y uno empeoró).

La **tabla 1** muestra las diferencias de cada indicador antes y después de la intervención en cada grupo y entre ambos grupos.

La utilización de indicadores de calidad de prescripción es una herramienta de las más utilizadas para la mejora de la calidad, la eficiencia, y el uso racional de medicamentos, por ser instrumentos que permiten medir la prescripción, evaluarla y actuar para su mejora<sup>1,2</sup>.

Al decidir el tipo de intervención, optamos por la entrevista, ya que la interacción personal es el método más potente de comunicación y podría tener mayor impacto en la mejora de la prescripción farmacéutica<sup>3,4</sup>. La eficacia aumenta si se dirige a los médicos con mayor desviación de los estándares, si es breve (10-15 minutos)<sup>4</sup> y si se refuerza con *feedback* de sus informes de prescripción<sup>5</sup>.

El farmacéutico de AP juega un papel activo a la hora de inducir cambios positivos en la prescripción<sup>6</sup> por sus conocimientos de los problemas de salud prevalentes y tratamientos más eficientes, conocimiento de bases de datos, destreza en el manejo de indicadores y perfiles de prescripción y por su proximidad al médico de Atención Primaria.

La intervención resultó ser efectiva sobre todos los indicadores excepto tres, los cuales son los más afectados por la prescripción inducida, por lo que la actuación del médico de familia queda limitada y esto podría explicar la escasa efectividad de la intervención sobre ellos.

Como conclusión podemos decir, que en nuestra experiencia, la entrevista personalizada y estructurada puede ser una herramienta eficaz dentro de las posibles estrategias para mejorar la calidad y eficiencia de la prescripción en un área de salud.

**Tabla 1** Diferencias antes /después en los grupos de intervención y control y efectividad de la intervención

Indicador	Diferencia media IC 95%		Efectividad	
	Grupo intervención	Grupo control	Grupo intervención-control IC (95%)	p
Genéricos	1,98 (1,36–2,61)	1,12 (0,87–1,37)	0,86 (0,23–1,48)	0,01
Principios activos considerados eficientes	2,03 (1,66–2,38)	1,39 (1,17–1,61)	0,62 (0,26–0,97)	0,00
Prescripción realizada por DOE	4,29 (2,91–5,67)	1,32 (0,63–2,01)	2,97 (1,59–4,34)	0,00
Novedades	0,13 (0,02–0,24)	0,16 (0,13–0,21)	0,04 (–0,15–0,07)	0,48
Adhesión guía terapéutica	0,13 (–0,20–0,47)	–0,24 (–0,43– –0,06)	0,38 (0,05–0,72)	0,03
Importe por persona	–0,08 (–0,14– –0,01)	0,09 (0,03–0,14)	–0,17 (–0,10– –0,23)	0,00
Recetas por persona	0,00 (–0,00–0,01)	0,02 (0,01–0,02)	–0,01 (–0,01– –0,00)	0,00
Índice sintético	44,66 (31,96–57,31)	–1,04 (–13,68–11,60)	45,69 (33,04–58,35)	0,00
Presupuesto consumido	0,12 (0,05–0,21)	0,27 (0,22–0,32)	–0,13 (–0,2– –0,05)	0,00
ARA vs ARA + IECA en monofármaco	–0,01 (–0,42–0,40)	0,41 (0,16–0,65)	–0,41 (–0,82–0,00)	0,05
ARA vs ARA + IECA en asociaciones	–0,04 (–0,60–0,51)	–0,00 (–0,55–0,54)	–0,04 (–0,60–0,51)	0,87
Metformina vs todos los antidiabéticos orales	0,51 (–0,15–1,18)	0,34 (–0,03–0,71)	1,17 (0,51–1,84)	0,00

## Agradecimientos

A Rodrigo Arquiga Thireau, por su colaboración en el análisis estadístico y lectura crítica del trabajo. A todos los médicos de Familia del Área, en especial a los entrevistados, que, aunque lo desconocen, hicieron posible la realización de este trabajo.

## Bibliografía

- Indicadores de calidad de la prescripción: Diseño y monitorización. Rodríguez Castilla J, Montero Balosa MC. Manual de Farmacia de Atención Primaria. SEFAP. Drug Farma S.L.;2006.
- Gómez Juanes V, Candás Villar MA, Hidalgo González S, Armesto Gómez J, Calvo Alcántara MJ, Marino Gómez-Sandoval MA. Análisis de consumo de medicamentos utilizando indicadores de calidad de la prescripción. Aten Primaria. 2000;25:618–24.
- Ostini R, Hegney D, Jackson C, Williamson M, Mackson JM, Gurman K, et al. Systematic review of interventions to improve prescribing. Ann Pharmacoter. 2009;43:502–13.
- Herrero Hernández S, Alcaraz Borrajo M, Cruz Martos MA, Calvo Alcántara MJ. La planificación y diseño de estrategias de intervención: metodología e impacto. Manual de farmacia de Atención Primaria. SEFAP. Drug Farma S.L.; 2006.
- Pérez Rodríguez MT, Crusat Sabaté D, Ibáñez Pardos JL, Jiménez Villa J. Impacto de un proceso de feedback informativo sobre la prescripción farmacéutica. Aten Primaria. 1996;18:386–90.
- Grindrod KA, Patel P, Martin JE. What interventions should pharmacists employ to impact health practitioner's prescribing practices? Ann Pharmacother. 2006;40:1546–57.

A.M. Ruiz San Pedro\* y M.A. Prado Prieto

*Farmacéutica de Atención Primaria, Servicio de Farmacia, GAP Valladolid Este, Valladolid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [amruiz@saludcastillayleon.es](mailto:amruiz@saludcastillayleon.es)

(A.M. Ruiz San Pedro).

doi:10.1016/j.aprim.2010.05.017

## Fármacos a la basura. Muchos culpables y pocas soluciones

### Drugs in the rubbish bin. Lots of blame and few solutions

Sr. Director:

He podido leer en el número 42 (junio de 2010) de su revista Atención Primaria un interesante artículo en relación al volumen de fármacos y material de autoanálisis que se desperdicia diariamente en Galicia<sup>1</sup>, sólo contabilizando aquello que voluntariamente se deposita en los contenedores de un Centro de Salud.

Recientemente tuve que documentarme sobre el tema, y quisiera dar una visión más amplia de este problema complejo y global. Gran problema económico, más relevante desde el año 2009 por los condicionantes de la crisis económica mundial. También medioambiental (toneladas de productos químicos desechados, incinerados o vertidos al alcantarillado), social (malversación de recursos financiados públicamente) y sanitario (acúmulo domiciliario de sustancias potencialmente peligrosas, riesgo de intoxicaciones accidentales, autolíticas...).

La inquietud por el asunto viene ya de lejos. En 1997 Thormodsén<sup>2</sup> planteó el tema de los fármacos devueltos a las farmacias como un indicador de calidad del sistema sanitario noruego. Constató que los fármacos más devueltos