


## Guía para el diseño e implementación de un programa de revisión de medicación

W. Clyne, A. Blenkinsopp y R. Seal



# Guía para el diseño e implementación de un programa de revisión de medicación

W. Clyne<sup>1</sup>, A. Blenkinsopp<sup>2</sup> y R. Seal<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Medicines Partnership Programme, NPC Plus

<sup>2</sup> Facultad de Farmacia, Universidad de Keele

<sup>3</sup> Gestión de fármacos, Centro Nacional de Prescripción de Reino Unido

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos de esta publicación por cualquier medio, incluida la traducción, así como su tratamiento informático, sin el permiso previo y por escrito del Editor. El uso de cualquier dato o material de esta publicación sin autorización podrá ser penalizado. A pesar de la recopilación y revisión cuidadosa de la información incluida en esta publicación, el Editor no se hace responsable de la actualización de la información ni de ningún error ni omisión de los datos contenidos en esta publicación. Los contenidos de esta publicación se presentan tal y como han sido escritos por sus autores, sin ninguna garantía, incluida cualquier garantía implícita de adaptación para fines particulares. Los contenidos de esta publicación están dirigidos exclusivamente a profesionales de la medicina y deben utilizarse exclusivamente con fines informativos y de investigación. El uso del contenido de la presente publicación con fines diagnósticos y/o terapéuticos, o la aplicación del mismo de forma directa en la práctica médica diaria o en la atención de pacientes será de responsabilidad exclusiva del profesional que lo lleve a cabo. El contenido de la presente publicación nunca ha de suplir la relación médico-paciente y en ningún caso sustituye a la opinión ni prescripción médica. Debido a la rapidez de los avances médicos se recomienda verificar de manera independiente los diagnósticos. Igualmente, en el caso de que hubiera mención de productos o fabricantes, en ningún caso debe entenderse como prescripción, recomendación o sugerencia de ninguna clase. Así mismo, el Editor no será responsable de los daños personales ni materiales derivados de la aplicación de métodos, productos, directrices, ideas o cualquier otra información contenida en esta publicación. Del mismo modo, el Editor tampoco será responsable de las decisiones tomadas por cualquier individuo que no sea profesional de la medicina ni de las acciones realizadas por éste a partir de la información incluida en esta publicación. Por último, el Editor no será responsable en ningún caso de la pérdida de beneficios ni de los daños asociados ni siquiera en el caso de haber sido informado de la posibilidad de que estos se produjesen.

De la edición original:

© NPC copyright material is reproduced with the permission of the Controller of HMSO.

Este material es la traducción de:

Clyne W, Blenkinsopp, A and Seal, R. A Guide to Medication Review 2008

De la edición en español:

© 2008 Prous Science, S.A.U. or its licensors.

All rights reserved.

Dep. legal: B-00000-00

Impreso en España

# Junta directiva de la SEFAP

---

## Presidente

JUAN CARLOS MORALES SERNA  
Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria  
C/ Villanueva, 11 7ª planta  
28001 Madrid  
Tfno: 914312560 Fax: 915763905  
[jmorales1@sefap.org](mailto:jmorales1@sefap.org)

## Vicepresidente

CARMEN SUÁREZ ALEMÁN  
Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria  
C/ Villanueva, 11 7ª planta  
28001 Madrid  
Tfno: 914312560 Fax: 915763905  
[csuarez1@sefap.org](mailto:csuarez1@sefap.org)

## Tesorero

CARLOS FERNANDEZ OROPESA  
Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria  
C/ Villanueva, 11 7ª planta  
28001 Madrid  
Tfno: 914312560 Fax: 915763905  
[csuarez1@sefap.org](mailto:csuarez1@sefap.org)

## Secretario

Mª TERESA MOLINA LÓPEZ  
Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria  
C/ Villanueva, 11 7ª planta  
28001 Madrid  
Tfno: 914312560 Fax: 915763905  
[csuarez1@sefap.org](mailto:csuarez1@sefap.org)

## Vocales

*Andalucía Occidental*  
JUAN CARLOS DOMÍNGUEZ CAMACHO  
[jcdominguez@sefap.org](mailto:jcdominguez@sefap.org)

*Andalucía Oriental*  
JOSE LUIS CASTRO CAMPOS  
[jcastro@sefap.org](mailto:jcastro@sefap.org)

*Aragón - Cantabria*  
Mª CONCEPCIÓN CELAYA LECEA  
[mcelalay@sefap.org](mailto:mcelalay@sefap.org)

## *Asturias*

ANA IGLESIAS CARBAJO  
[aiglesiasc1@sefap.org](mailto:aiglesiasc1@sefap.org)

## *Canarias*

CARMEN MARGARITA GONZÁLEZ GÓMEZ  
[cgonzalezg1@sefap.org](mailto:cgonzalezg1@sefap.org)

## *Castilla la Mancha*

ANGELES LLORET CALLEJO  
[allorete1@sefap.org](mailto:allorete1@sefap.org)

## *Castilla y León*

Mª DEL MAR ÁLVAREZ GARCÍA  
[malvarezg1@sefap.org](mailto:malvarezg1@sefap.org)

## *Cataluña y Baleares*

ARANTXA CATALÁN RAMOS  
[acatalanr@sefap.org](mailto:acatalanr@sefap.org)

## *Comunidad Valenciana*

Mª ANUNCIACIÓN FREIRE BALLESTA  
[mfreireb1@sefap.org](mailto:mfreireb1@sefap.org)

## *Extremadura*

GALO AGUSTÍN SÁNCHEZ ROBLES  
[gsanchezr1@sefap.org](mailto:gsanchezr1@sefap.org)

## *Galicia*

Mª DE LAS MERCEDES GUERRA GARCÍA  
[mguerrag@sefap.org](mailto:mguerrag@sefap.org)

## *Madrid*

ANA BELÉN GANGOSO FERMOSE  
[anab@sefap.org](mailto:anab@sefap.org)

## *Navarra*

JUAN ERVITI LÓPEZ  
[jerviti1@sefap.org](mailto:jerviti1@sefap.org)

## *País Vasco*

RITA SAINZ DE ROZAS APARICIO  
[rsainzrozasa@sefap.org](mailto:rsainzrozasa@sefap.org)



# Prólogo

---

La prescripción de fármacos es el principal recurso utilizado por el Sistema Nacional de Salud británico para prevenir y tratar las enfermedades. En ello, invierte al año diez mil millones de libras esterlinas, aproximadamente, lo que supone casi un 18% de sus gastos totales. Es importante que prescribamos fármacos de forma adecuada y asegurarnos de que, una vez prescritos, los pacientes obtienen el máximo beneficio. Revisar el historial de medicación de cada paciente constituye una parte crucial de este proceso.

Estas revisiones pueden aportar grandes beneficios a los pacientes, tales como:

- Una mejor gestión de la enfermedad, tanto en el momento en el que se lleva a cabo la actividad, como con vistas al futuro.
- La oportunidad de desarrollar un entendimiento común entre el paciente y el médico en relación con los fármacos prescritos y su función en el tratamiento.
- Mejores resultados sanitarios gracias a un uso óptimo de los fármacos.
- Menos efectos adversos.
- La posibilidad, tanto para los pacientes como para los cuidadores, de implicarse activamente en las labores de atención sanitaria y tratamiento.
- La eliminación de los fármacos no deseados o no utilizados.

En este documento destacamos la importancia que tiene revisar los fármacos prescritos a los pacientes de forma periódica para garantizar, así, una atención sanitaria segura, efectiva y centrada en los enfermos. Propone, además, un nuevo entendimiento de los distintos tipos de revisión que existen y sus objetivos; incluye ejemplos de buenas prácticas; y se acerca a la implantación de esta clase de servicios dentro del Sistema Nacional de Salud. Estoy convencido de que les será de utilidad a la hora de poner en marcha y de prestar los servicios de revisión.

DAVID COLIN-THOMÉ  
Director Nacional de Atención Primaria

# Guía para el diseño e implementación de un programa de revisión de medicación

## ACERCA DE LAS ORGANIZACIONES QUE HAN ELABORADO LA PRESENTE GUÍA

### *Centro Nacional de Prescripción del Reino Unido*

El *National Prescribing Centre* (NPC), Centro Nacional de Prescripción del Reino Unido es un organismo que forma parte del Sistema Nacional de Salud británico y que se encuentra respaldado por el Ministerio de Sanidad. Fue creado en 1996 y tiene su sede en la ciudad de Liverpool, Inglaterra.

Se encarga de promover y trabajar en pos de unos hábitos de prescripción y gestión de fármacos que sean coste-eficaces y de alta calidad dentro del Sistema Nacional de Salud, mejorando, así, la atención sanitaria de los pacientes y la prestación de los servicios.

Sus actividades se dirigen, principalmente, a los profesionales clínicos de primera línea, así como al personal de apoyo e implantación, y a los administradores de las organizaciones que ofrecen servicios de puesta en marcha, funcionamiento y gestión enfocados a los pacientes del Sistema Nacional de Salud.

### *Programa farmacológico de colaboración NPC Plus*

NPC Plus es una asociación formal entre el *National Prescribing Centre*, el Centro Nacional de Prescripción del Reino Unido, y la Universidad de Keele. Su misión es prestar apoyo a las organizaciones interesadas en ampliar sus conocimientos farmacológicos sobre políticas y prácticas sanitarias, y ponerlas en marcha; reconfigurar sus servicios, si procede; e implantar cambios sustanciales. Asimismo, el programa ofrece cursos de formación sobre el proceso de toma de decisiones en temas de prescripción. El Programa farmacológico de colaboración, surge del concepto de la concordancia y de una toma de decisiones compartida, como forma de ayudar a los pacientes a sacar el máximo provecho a la medicación que toman.

## ACERCA DE LOS AUTORES

- Alison Blenkinsopp es Catedrática de Farmacia en la Universidad de Keele, donde trabaja en la unidad de Gestión de fármacos. Estuvo al frente de los equipos que produjeron el *DH Medicines Management Resource* (Recursos para la gestión de medicación del Ministerio de Sanidad británico) referido a los Programa Marco Nacional para la Atención al enfermo renal crónico, así como de la sección de gestión de fármacos del Programa Marco Nacional para la atención al paciente geriátrico. Es Presidenta adjunta del Comité para el Formulario Nacional Británico (BNF), encargado de supervisar el contenido clínico. Fue miembro del Comité sobre seguridad de fármacos desde 1999 hasta 2005. Siempre ha estado interesada en mejorar el uso de los fármacos, prestando especial atención al tema de la concordancia. Su dirección de correo electrónico es [a.blenkinsopp@mema.keele.ac.uk](mailto:a.blenkinsopp@mema.keele.ac.uk)
- Wendy Clyne es Directora auxiliar del Programa de colaboración en materia de fármacos NPC Plus. Ha recibido formación en psicología y enseñado teoría y práctica de las intervenciones psicosociales a profesionales de la salud. Su experiencia clínica se ha centrado en el tratamiento de la dependencia de la droga y el alcohol. Su correo electrónico es [w.clyne@mema.keele.ac.uk](mailto:w.clyne@mema.keele.ac.uk)
- Richard Seal es farmacéutico y Director de gestión de fármacos del Centro Nacional de Prescripción del Reino Unido, donde ha dirigido al equipo de gestión de fármacos desde 2001. Anteriormente, trabajó como asesor farmacéutico para las Autoridades Sanitarias de Birmingham, y ha desempeñado distintas funciones en los organismos del Sistema Nacional de Salud británico, especialmente en relación con temas de farmacia clínica e información sobre fármacos. Le interesan, sobre todo, las áreas de mejora de calidad, desarrollo organizativo y psicología de los hábitos de prescripción. Su dirección de correo electrónico es [richard.seal@npc.nhs.uk](mailto:richard.seal@npc.nhs.uk)





# Índice

---

<b>1. Acerca de esta guía</b>	1
Propósito	1
Enfoque	1
Próximos pasos en la actividad de revisión	1
De dónde surge la necesidad de elaborar esta guía	2
Objetivos	2
<b>2. Características de la revisión del historial de medicación de los pacientes</b>	3
En qué consiste la revisión de la medicación	3
Tipos de revisión de la medicación	4
Buenas prácticas en la revisión de la medicación con los pacientes	4
Tipo 1: La revisión de las prescripciones	4
Información sobre la medicación del paciente transferido entre distintos niveles asistenciales	6
Participación de los pacientes en el cambio de las estatinas	7
Tipo 2: Revisió sobre concordancia y cumplimiento	7
Tipo 3: Revisión clínica de la medicación	8
Revisiones de la medicación y salud mental	10
<b>3. La participación de los pacientes en las revisiones de medicación</b>	15
La experiencia de los pacientes en relación con las revisiones de medicación	15
Cómo desarrollar un consenso sobre el propósito y los resultados de las revisiones	15
Cómo preparar una revisión de la medicación: El personal clínico	16
Cómo preparar una revisión de la medicación: Los pacientes	16
Participación de los miembros del círculo social del paciente	17
Las necesidades de información de los pacientes y la revisión de la medicación	17
<b>4. Implantación del programa de revisión de la medicación</b>	19
Necesidades locales para la revisión de la medicación	19
Análisis de los servicios existentes frente a las necesidades identificadas	20
Los vacíos existentes	22
¿Cómo pueden abordarse las deficiencias?	22
Focalizar las revisiones de medicación: Un tipo de revisión para cada paciente	22
Cómo rediseñar los servicios	24
Proceso de supervisión y resultados	24
<b>Agradecimientos</b>	27
<b>Bibliografía y referencias</b>	29



# Acercas de esta guía

1

## PROPÓSITO

Esta guía ofrece algunas pautas a los encargados de realizar y poner en marcha las actividades de revisión de la medicación en los distintos niveles asistenciales, teniendo en cuenta, sobre todo, las necesidades de los grupos vulnerables, como el de los ancianos y los enfermos de larga duración.

Este documento trata de aportar:

1. Un programa marco para las revisiones de los historiales de medicación de los pacientes, basado en las prácticas actuales y que ponga un énfasis especial en la participación de los pacientes y sus cuidadores. Se trata de una versión simplificada y clarificada de la que apareció originalmente en el informe titulado *Room for Review* ("Tiempo de cambio")<sup>1</sup> y que ya se ha extendido dentro del Sistema Nacional de Salud británico, si bien más centrado en la atención primaria. Dicho marco sugiere la manera de ajustar las revisiones hospitalarias y aquellas sobre el uso de los fármacos desarrolladas por los farmacéuticos de la comunidad. Se acompañan casos de estudio, que ilustran la posible aplicación práctica de este marco de trabajo.
2. Consejos prácticos sobre cómo realizar las revisiones, teniendo en cuenta temas más amplios sobre la salud pública.
3. Sugerencias para supervisar y valorar el impacto de los servicios, tanto los existentes como los de nueva creación.

## ENFOQUE

Esta guía ha sido elaborada siguiendo un enfoque pragmático, en función de las necesidades indicadas por los propios interesados y de las opiniones de los expertos y los médicos sobre cómo prestan y evalúan los programas de revisión de la medicación. La experiencia y la respuesta aportadas por los equipos participantes en cada uno de los cuatro programas de colaboración de gestión de fármacos del *National Prescribing Centre* (NCP), el Centro Nacional de Prescripción del Reino Unido han constituido, igualmente, una valiosa fuente de ejemplos

prácticos, así como del tipo de temas que suelen surgir a la hora de implantar y prestar los programas de revisión de la medicación.

Este documento pretende:

- Servir como orientación, más que como norma.
- Aportar sugerencias, más que dar órdenes.
- Actuar como piedra angular para futuras mejoras.

Asimismo, esperamos que suponga un aliciente para la participación de los pacientes en el proceso y que acorte el camino hacia la concordancia.

## PRÓXIMOS PASOS EN LA ACTIVIDAD DE REVISIÓN

Se ha producido un incremento constante del número de revisiones de medicación practicadas, y cada vez es mayor el consenso sobre cómo han de llevarse a cabo y documentarse. Se ha aceptado ampliamente un marco de trabajo (niveles 0 a 3), que, por ejemplo, se incorporó a los Servicios Médicos Generales (*General Medical Services*, GMS) del Marco de Calidad y Resultados (*Quality and Outcomes Framework*, QOF) durante el año 2006. Sin embargo, aún persisten algunos retos, tales como:

- La necesidad de una mayor coherencia en el enfoque de las revisiones entre los distintos niveles asistenciales, como, por ejemplo, la atención primaria y la secundaria, las residencias, la atención domiciliaria, etc.
- La falta de coherencia en la elaboración de los historiales y revisión de la medicación llevadas a cabo en los hospitales.
- La necesidad de incorporar nuevos cargos, como por ejemplo personal de enfermería y técnicos encargados de la gestión de fármacos, o prescriptores no médicos para el desarrollo de políticas locales en materia de revisión.
- La variedad de formas en las cuales los médicos que llevan a cabo las revisiones realizan sus averiguaciones.

- El lugar que ocupan las Revisiones sobre el Uso de los Fármacos (*Medicine Use Review*, MUR) y la Revisión Dispensada del Uso de los Fármacos (*Dispensing Review of the Use of Medicines*, DRUM).

Resulta alentador ver cómo se han conseguido, en general, importantes mejoras en relación con el volumen y la calidad de las revisiones, y que son muchos los individuos y las organizaciones con visión de futuro que se han enfrentado a estos retos con la intención de satisfacer las necesidades locales. Todos debemos hacer un esfuerzo por aprender de estos “modelos de excelencia” y unirnos a ellos, para que pasen a ser la norma, en lugar de la excepción.

## DE DÓNDE SURGE LA NECESIDAD DE ELABORAR ESTA GUÍA

A pesar de haberse producido muchos cambios positivos en el campo de la revisión de los historiales de medicación de los pacientes, aún es complicado cuantificar si existe o no un mayor nivel de participación por parte de los pacientes y los cuidadores en la toma conjunta de decisiones, como parte de este proceso. Hay indicios de que se ha avanzado menos en la definición de un enfoque más centrado en los pacientes<sup>2</sup>.

Se ha observado, asimismo, una diferencia significativa en la calidad de las revisiones realizadas por los profesionales sanitarios y el enfoque aplicado por los hospitales<sup>3</sup>. Iniciativas tales como la prescripción no farmacológica y otras funciones propias del médico, la implantación de un registro electrónico de pacientes, la reorganización del servicio (incluido el pago por resultados y la implantación a través de las comisiones clínicas pueden influir en la realización de las revisiones dentro del Sistema Nacional de Salud.

Esta guía pretende dejar constancia de las necesidades de los pacientes y sus cuidadores, así como de los profesionales de la salud y los administradores, y ofrecer un apoyo continuado a los procesos de revisión. Una meta específica de este trabajo es superar los obstáculos hacia una mayor participación de los pacientes y los cuidadores en los programas de revisión.

Esta guía se dirige a los médicos y administradores que participan en la implantación, gestión y prestación de los programas de revisión de la medicación. Asimismo, será de interés para distintos organismos, como las áreas básicas de salud, los hospitales y las administraciones sanitarias, y sus socios en las autoridades locales, el sector del voluntariado, personal de implantación y otros proveedores de servicios englobados en el Sistema Nacional de Salud. También resultará de utilidad a los pacientes, tanto de forma colectiva como individualizada, especialmente a aquellos que sufren enfermedades crónicas o cuyo cuidado incluye el uso de fármacos, y que estén interesados en saber cómo sacar el máximo provecho de los procesos de revisión.

## OBJETIVOS

1. Establecer un marco de trabajo para las revisiones de la medicación y dar asesoramiento adicional sobre su realización, teniendo en cuenta sus distintos fines y escenarios.
2. Ofrecer consejos prácticos para incrementar aún más las repercusiones positivas que las revisiones de alta calidad tienen en los pacientes.
3. Ayudar a las organizaciones que prestan servicios directos a los pacientes y a los cuidadores a desarrollar un enfoque coherente y eficaz con respecto a la revisión de la medicación, y permitir a los pacientes que participen activamente y saquen, así, el máximo provecho a su medicación.
4. Fomentar una mayor participación de los pacientes y los cuidadores, tanto en el diseño como en la prestación de los programas de revisión de la medicación, para garantizar una toma de decisiones compartida en relación con la medicación.
5. Difundir ejemplos de implantación relacionados con la revisión de la medicación y promover mecanismos para controlar su impacto en la salud de los individuos y la población.<sup>4</sup>

# Características de la revisión del historial de medicación de los pacientes

2

## EN QUÉ CONSISTE LA REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN

Se ha definido la revisión de la medicación como “un examen estructurado y crítico de la medicación que toma un paciente, con el objeto de llegar a un acuerdo con él acerca de su tratamiento, optimizando el efecto de la medicación, minimizando el número de problemas asociados a ésta y reduciendo su malgasto”.<sup>5</sup> Las organizaciones de atención primaria han utilizado ampliamente esta definición en sus directrices locales sobre revisión. En la presente guía utilizaremos la expresión “revisión de medicación” para hacer referencia a todas las actividades relacionadas con la revisión del historial de fármacos prescritos a los pacientes, independientemente del lugar en el que se preste dicho servicio (atención primaria o secundaria, residencias, visitas domiciliarias, farmacias comunitarias, etc.), y en relación con todos los marcos contractuales que incluyen la revisión de fármacos (es decir, el QOF, el DRUM y el *Community Pharmacy Contractual Framework*, o Marco Contractual de Farmacia Comunitaria). La abundancia de términos en las revisiones de medicación resulta confusa tanto para el personal sanitario, como para los pacientes.

El informe *Room for Review* de 2002 distinguía cuatro niveles de revisión:

- Nivel 0 – Ad hoc: Revisión espontánea y no estructurada.
- Nivel 1 – Revisión de las prescripciones: Revisión técnica de la hoja de prescripción.
- Nivel 2 – Revisión de los tratamientos: Revisión de la medicación, incluidas las notas de los pacientes (el paciente puede estar o no presente).
- Nivel 3 – Revisión clínica de la medicación: Revisión personalizada de la medicación del paciente y su patología.

Muchas organizaciones han recurrido a dicha clasificación para desarrollar este tipo de servicios. Algunas de las medidas adoptadas desde la definición de los citados niveles en 2002 han sugerido la necesidad de revisarlos, así como de garantizar que siguen siendo relevantes y adecuados con respecto a las necesidades de los pacientes y el diseño de los servicios existentes en el Sistema Nacional de Salud.

En el caso de la atención primaria, la revisión de la medicación es una parte integral del Marco de Calidad y Resultados (QOF) de los Servicios Médicos Generales (GMS). En las directrices del QOF<sup>6</sup> de 2006, se establecía que “está prevista la realización de, al menos, una revisión de nivel 2, tal como se describe en el Informe (*Room for Review*)” con respecto a los indicadores 11 y 12 de fármacos. Dicho de otro modo, el QOF advierte que una revisión que incluye las notas de los pacientes, pero que se realiza necesariamente en su presencia, es el nivel mínimo esperado conforme a los Acuerdos de los Servicios Médicos Generales (GMS).

La Revisión sobre el Uso de los Fármacos (*Medicine Use Review*, MUR) por parte de los farmacéuticos comunitarios acreditados se define como “una revisión estructurada y consensuada con los pacientes sobre su medicación crónica, cuyo objeto es determinar cómo los pacientes utilizan dichos fármacos, hayan sido o no prescritos. Una revisión de estas características ayudará a los pacientes a entender los detalles de la terapia que siguen e identificará los problemas que experimentan y las posibles soluciones”.<sup>7</sup> Este servicio no tiene cabida en los niveles de revisión descritos previamente, ya que la MUR se centra en la concordancia y se realiza en presencia del paciente (como ocurre en el Nivel 3), pero en ella no se tiene acceso a las notas de éste (como en el Nivel 2). La MUR supone un desarrollo significativo de los programas de revisión de la medicación y brinda a los pacientes una oportunidad real para hablar y opinar sobre ella, expresar sus percepciones sobre su eficacia, y comunicar cuantas dificultades hubieran

podido experimentar a la hora de tomarla. Por lo tanto, estos aspectos han de tenerse en cuenta en toda posible definición y descripción de la revisión de la medicación.

La Revisión de la medicación en los Centros de Atención Primaria (*Dispensing Review of the Use of Medicines*, DRUM), forma parte de los criterios de calidad aplicables a las consultas de los médicos de familia. Se asemeja a la MUR realizada por un farmacéutico comunitario, si bien presenta algunas diferencias. Su principal objetivo es ayudar a los pacientes a comprender el tratamiento que siguen e identificar los posibles problemas asociados a la medicación. Ello incluye ayudar a los pacientes a:

- Saber cómo han de tomar la medicación (con agua o con alimentos).
- Identificar los fármacos que no quieren o que han dejado de tomar (para poder decidir si es necesario o no eliminarlos de su lista).
- Enseñarles a usar los Sistemas de Dispensación Individualizada de Medicamentos, así como otras herramientas de ayuda al cumplimiento terapéutico.
- Utilizar dispositivos, tales como los inhaladores.
- Hablar sobre los efectos secundarios.
- Saber qué hacer si se les prescriben dos fármacos distintos para tratar un mismo problema.

La definición de revisión de la medicación en el entorno hospitalario es menos clara. Una de las últimas que se han aportado establece que “una revisión completa de la medicación... es una actividad distinta a la revisión más rutinaria que hacen los farmacéuticos de las órdenes médicas durante el pase de visita... puede realizarse en cualquier momento durante la estancia del paciente y tiene lugar, generalmente, cuando la potencial interacción de los fármacos es preocupante, o cuando el paciente no ha respondido a la medicación de la manera prevista”.<sup>8</sup>

## TIPOS DE REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN

Para poder satisfacer las necesidades de los pacientes y cumplir fines concretos deben existir distintas clases de revisión. La clasificación que sigue a continuación se centra en la finalidad y en cómo ésta encaja con el resto de los aspectos relacionados con la atención sanitaria y el tratamiento ofrecidos a los pacientes. Esta división sustituye al anterior sistema de niveles, del que solía inferirse una jerarquía. En su lugar, aquí se

Tipos de revisión	
Tipo 1	Revisión de las prescripciones
Tipo 2	Revisión sobre concordancia y cumplimiento
Tipo 3	Revisión clínica de la medicación

hace hincapié en la correspondencia que debe existir entre el tipo de revisión y su propósito.

## BUENAS PRÁCTICAS EN LA REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN CON LOS PACIENTES

1. Sólo deberían permitirse cambios en la medicación después de que el paciente o el cuidador hayan sido informados de dicho cambio y de que el paciente haya dado su visto bueno.
2. La revisión de la medicación llevada a cabo en presencia del paciente debería incluir los fármacos prescritos, así como los conseguidos sin receta.
3. Si fuera posible, y antes de proceder a la revisión, debería darse información por escrito a los pacientes para que éstos sepan cuál es la finalidad de la actividad, qué supone, cuánto tiempo va a llevar y cómo pueden prepararse para ella. En la siguiente página de Internet encontrará algunos ejemplos de recursos informativos para los pacientes en relación con la revisión de la medicación (en inglés): <http://www.keele.ac.uk/schools/pharm/npcplus/medicinespartner/medicationreview.html>
4. Las revisiones realizadas en presencia de los pacientes deberían abogar por la concordancia con respecto a la toma de fármacos. El Programa de colaboración en materia de fármacos NPC Plus ha publicado el documento *A competency framework for shared decision-making with patients: achieving concordance for taking medicines (Marco de competencia para la toma conjunta de decisiones con los pacientes: cómo conseguir la concordancia en la toma de medicinas)*.<sup>9</sup> Este documento podría servir de base con respecto al enfoque que debe adoptar el personal clínico para con las revisiones de la medicación realizadas ante los pacientes. Más abajo se recoge un resumen de las competencias descritas en dicha publicación. Puede consultarse la siguiente página de Internet para una versión más detallada de las mismas: [http://www.keele.ac.uk/schools/pharm/npcplus/medicinespartner/compframwork\\_decisionmaking.htm](http://www.keele.ac.uk/schools/pharm/npcplus/medicinespartner/compframwork_decisionmaking.htm)
5. Si el paciente no pudiera contribuir de forma positiva al proceso de revisión, sería conveniente que participara también un abogado, con arreglo al *Code of Practice for the Mental Capacity Act*, el Código de Prácticas de la Ley de Capacidad Mental británica.

### TIPO 1: LA REVISIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES

#### En qué consiste

Este tipo de revisión se centra, fundamentalmente, en temas prácticos relacionados con la gestión de los fármacos que podrían mejorar la eficacia clínica y su coste-eficacia, así como la

**Características de los distintos tipos de revisión de la medicación**

Téngase en cuenta que no se establece una relación jerárquica de los distintos tipos de revisión existentes, sino que se entiende que cada tipo tiene su propia finalidad

	Finalidad de la revisión	Presencia del paciente	Acceso a las notas del paciente	Incluye todos los fármacos prescritos	Incluye los fármacos prescritos, complementarios y sin receta	Revisión de la medicación y/o enfermedades	Trazado de actividades profesionales
Tipo 1 Revisión de las prescripciones	Trata temas técnicos relacionados con la prescripción, por ejemplo, anomalías, cambio de la medicación, coste-eficacia, etc.	<b>NO</b> (cualquier cambio resultante en la medicación prescrita debe realizarse con la participación del paciente/cuidador)	Posible (la revisión sobre el uso de los fármacos por parte de los farmacéuticos comunitarios no puede incluir el acceso a las notas tomadas por los pacientes)	Posiblemente (la revisión de las prescripciones puede referirse a un área terapéutica únicamente, en lugar de a todos los fármacos prescritos)	<b>NO</b>	Fármacos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• QOF</li> <li>• MUR (intervención de la prescripción)</li> <li>• Reconciliación básica de fármacos en hospitales</li> </ul>
Tipo 2 Revisión sobre concordancia y cumplimiento	Trata temas relacionados con la conducta de los pacientes a la hora de tomar la medicación	Normalmente sí (los cambios resultantes en la medicación prescrita deben realizarse con la participación del paciente/cuidador)	Posible (la revisión sobre el uso de los fármacos por parte de los farmacéuticos de la comunidad no puede incluir el acceso a las notas tomadas por los pacientes)	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	Uso de los fármacos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• QOF</li> <li>• MUR</li> <li>• DRUM</li> <li>• Proceso único de evaluación</li> <li>• Reconciliación básica de los fármacos en hospitales</li> </ul>
Tipo 3 Revisión clínica de la medicación	Trata temas relacionados con el uso de los fármacos por parte de los pacientes en el contexto de su enfermedad clínica	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	Fármacos y enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• QOF</li> <li>• Servicio mejorado en las farmacias de la comunidad</li> </ul>

QOF – Marco de Resultados y Calidad del Acuerdo de Servicios Médicos Generales

MUR – Revisión sobre el Uso de los Fármacos, marco contractual de las farmacias de la comunidad

DRUM – Revisión Dispensada del Uso de los Fármacos, parte del régimen de calidad de servicios de dispensación para las consultas de los médicos de familia que proporcionan servicios de farmacia

**Marco de competencias para una toma de decisiones conjunta con los pacientes: Resumen<sup>9</sup>**

	Crear vínculos	
Área de competencia	1 <b>Escuchar</b> Escuchar activamente al paciente	2 <b>Comunicar</b> Ayudar al paciente a interpretar la información de forma tal que para él adquiera sentido
	<b>Gestionar una consulta compartida</b>	
Competencia	3 <b>Contexto</b> Definir y acordar con el paciente cuál es la finalidad de la consulta	4 <b>Conocimiento</b> Tener conocimientos actualizados del ámbito de actuación y los servicios de salud considerados de forma más amplia
Declaración exhaustiva	<b>Compartir la decisión</b>	
	5 <b>Comprender</b> Reconocer que el paciente es un individuo	6 <b>Reflexionar</b> Hablar sobre la enfermedad y las opciones de tratamiento, incluida la posibilidad de no tratar la enfermedad
	7 <b>Decidir</b> Decidir con el paciente cuál es la mejor estrategia de gestión	8 <b>Supervisar</b> Acordar con el paciente cuál ha de ser el siguiente paso

seguridad de los pacientes. Suele llevarse a cabo con un propósito concreto. Puede suponer la revisión periódica de la medicación prescrita con una indicación determinada para su comparación con los datos de productividad y las pautas del *National Institute of Health and Clinical Excellence* (NICE), el Instituto Nacional para la Excelencia en materia Clínica y de Salud del Reino Unido; la revisión y elaboración del historial de la medicación, cuando a un paciente lo transfieren de una institución a otra; o determinados cambios en el proceso de prescripción y dispensación de la medicación con el fin de prestar un servicio más flexible y conveniente a los pacientes (como en el caso de las prescripciones continuadas o la sincronización de prescripciones). La revisión sobre prescripciones del tipo 1 podría suponer un auténtico cambio en relación con la seguridad del paciente y el coste de la medicación con vistas a una economía sanitaria, por ejemplo, permitiendo la identificación de contraindicaciones, al prescribir más de un fármaco.

Este tipo de revisión podría producirse sin necesidad de que el paciente se encuentre presente. No obstante, los cambios de fármacos que pudieran surgir como consecuencia de la revisión deberían realizarse con la participación y el consentimiento del paciente. También sería conveniente que el paciente o el cuidador participara activamente, en la medida de lo posible, para confirmar que el registro por escrito de los fármacos prescritos es exacto y está actualizado.

## Para qué sirve

Las revisiones de las prescripciones del tipo 1 pueden:

- Mejorar la seguridad del paciente por medio de la detección de casos: por ejemplo, si se han realizado los análisis de sangre necesarios y los resultados se han examinado teniendo en cuenta los fármacos concretos que toman los pacientes; o identificando la prescripción de fármacos, si hubieran cambiado los datos sobre seguridad; o detectando posibles errores en la dosis.
- Mejorar el coste-eficacia de la medicación, identificando dónde podrían realizarse cambios para garantizar esa buena relación o cuándo procede optimizar la dosis.
- Identificar anomalías de prescripción, por ejemplo, fármacos que siguen prescribiéndose y que estaban destinados a corto plazo únicamente.
- Identificar las necesidades terapéuticas insatisfechas, o las que se han satisfecho por debajo de los niveles requeridos, y que podrían mejorar potencialmente los resultados.
- Ayudar a sincronizar las prescripciones para que el paciente pueda pedir y recoger distintos fármacos al mismo tiempo.
- Comprobar si se han aplicado los cambios propuestos en la medicación en el momento del alta hospitalaria del paciente.

- Determinar si es necesario llevar a cabo una revisión cara a cara con el paciente, o derivarlo a una clínica que trate enfermedades crónicas para la revisión.
- Identificar, en el futuro, los fármacos prescritos y no dispensados.

## Cuándo ha de realizarse

Las revisiones sobre las prescripciones del tipo 1 pueden resultar adecuadas:

- Cuando el paciente ingresa en el hospital o es transferido entre niveles asistenciales.
- En la atención primaria, cuando se recibe el informe resumido del alta elaborado por los servicios internos.
- Al revisar los hábitos de prescripción en relación con una clase concreta de fármacos.
- En situaciones en las que se requieren atención sanitaria urgente.

## Información sobre la medicación del paciente transferido entre distintos niveles asistenciales

El paso de un nivel asistencial a otro no debería suponer un trastorno para los pacientes del Sistema Nacional de Salud. La continuidad en la atención sanitaria es especialmente importante en este contexto para evitar el riesgo de errores en la medicación a causa de un registro inexacto.

Dos informes recientes<sup>10, 11</sup> realizados por la *Healthcare Commission*, la Comisión de Sanidad, ponen de manifiesto los errores médicos que pueden producirse como consecuencia de un cambio en el nivel asistencial.<sup>12</sup> En el 98% de las Unidades de Cuidados Intensivos y en el 81% de los centros de salud mental, menos de la mitad de los pacientes acudían con un historial completo de medicación redactado por sus médicos de familia al producirse el ingreso. En tan sólo un 30% de las áreas básicas de salud (ABS), los médicos de familia decían tener la información adecuada sobre los fármacos prescritos a sus pacientes tras ser dados de alta de las Unidades de Cuidados Intensivos. La situación era algo mejor en los centros de salud mental, donde un 58% y un 12% de los médicos de familia decían que se les proporcionaba información “a veces”, o “siempre”, respectivamente, antes de ver a un paciente que acababa de ser dado de alta.

Esto apunta a la necesidad de una estrecha cooperación entre la atención primaria y secundaria, y los proveedores de servicios sociales, como por ejemplo, los *care homes*, en el momento del ingreso y el alta para atajar este problema, así como la de confirmar la exactitud de los historiales médicos con el paciente o el cuidador, siempre que ello sea posible. Poniendo en marcha una política adecuada sobre revisión de la medicación podría aumentarse el grado de exactitud de la infor-



mación. Realizar una revisión de las prescripciones del tipo 1 en el momento en el que el paciente ingresa en el hospital, y otra en el entorno comunitario, con posterioridad al alta, mejoraría la seguridad de los pacientes y reduciría el riesgo de errores en la medicación.

### ***Participación de los pacientes en el cambio de estatinas***

Aumentar la prescripción de estatinas de bajo coste (prescripción de simvastatina y pravastatina, como porcentaje del número total de prescripciones de toda clase de estatinas) es uno de los indicadores de eficacia *Better Care, Better Value* (“Mayores cuidados, mayor valor”) publicados por el Instituto del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido. En el transcurso de la revisión de las prescripciones del tipo 1 podrían identificarse a los pacientes que se beneficiarían de un cambio en la medicación.

Si los pacientes participan en la decisión:

- Se aumenta la posibilidad de que sigan tomando la medicación.
- Se reduce la posibilidad de efectos adversos asociados.
- Hay más posibilidades de que el paciente entienda por qué se le cambia la medicación.
- Se le da al paciente la oportunidad de ponerse en contacto con su profesional de la salud correspondiente y de actualizar sus registros sobre medicación.
- Se mejora la capacidad de autogestión de los pacientes con respecto a sus enfermedades.

## **TIPO 2: REVISIÓN SOBRE CONCORDANCIA Y CUMPLIMIENTO**

### **En qué consiste**

Este tipo de revisiones se produce con la colaboración del paciente o los cuidadores o su abogado, y brinda la oportunidad tanto a los pacientes como a los médicos de reflexionar acerca de la toma de la medicación por parte del paciente, incluido su patrón actual de tomas, y su opinión sobre los fármacos que se le administran. En este caso, los pacientes deberían tener vía libre para hacer distintas preguntas. Así, podrían identificarse y solucionarse las posibles dificultades a la hora de tomar la medicación. Lo ideal sería que las revisiones sobre concordancia y cumplimiento del tipo 2 atajaran los obstáculos que se presentan a la hora de tomar la medicación, como determinadas creencias que podrían influir en ello.<sup>13</sup> Respetar las opiniones de los pacientes acerca de la medicación es un elemento clave de toda revisión que se realiza en su presencia.

### **Para qué sirve**

Las revisiones sobre concordancia y cumplimiento pueden resultar útiles para:

- Determinar qué fármacos toma el paciente actualmente, incluida la dosis y patrón de las tomas, y las ocasiones en las que puede variar dicho patrón.
- Que el paciente haga preguntas sobre la medicación que toma.
- Ofrecer e intercambiar información sobre fármacos con el paciente.
- Establecer si el profesional de la salud y el paciente tienen opiniones similares o distintas sobre la(s) medicina(s).
- Comprobar la disponibilidad, capacidad e intención del paciente respecto a la toma de los fármacos.
- Asegurarse de que el paciente sabe qué ha de hacer si los síntomas cambian o un problema persiste.
- Apoyar al paciente en su autogestión.
- Programar la próxima revisión del tratamiento.

### **Cuándo ha de realizarse**

Las revisiones sobre concordancia y cumplimiento del tipo 2 pueden ser aconsejables:

- Al darle el alta al paciente.
- Pasado un plazo de tiempo adecuado, después de que el paciente haya comenzado con una nueva medicación.
- En los intervalos acordados con el paciente, en caso de que padezcan enfermedades crónicas y se les hayan prescrito varios fármacos.
- A petición del paciente.
- Cuando el personal clínico identifica un problema asociado al medicamento.
- Como parte del servicio MUR.

### ***Caso n.º 1:***

#### ***Programa de revisión de la medicación dirigido por un técnico de farmacia***

##### ***En qué consiste este servicio y quién lo presta***

La política de revisión de la medicación de las ABS de North Eastern Derbyshire consiguió financiación para que dos técnicos farmacéuticos prestaran ayuda en las consultas de los médicos de familia en relación con los aspectos de cumplimiento derivados de las revisiones llevadas a cabo con las personas mayores. El objetivo era normalizar las revisiones, crear una herra-

mienta que pudiera utilizarse en distintos escenarios y conseguir que los pacientes participaran en el proceso de toma de decisiones.

### *Efectos sobre los objetivos locales y nacionales*

La finalidad de este servicio es hacer posible que en las consultas se revise la medicación de una forma más efectiva, que se cumplan los objetivos estratégicos del *NSF for Older People*, el Marco Nacional de Servicios para Personas Mayores, y que se cumpla el objetivo local de tratar de reducir el número de ingresos en las Unidades de Cuidados Intensivos, por causa de la dificultad que les plantea a los pacientes la toma de los fármacos que se les han prescrito.

### *Beneficios fundamentales*

Desde su puesta en marcha, se han llevado a cabo 3500 revisiones, aproximadamente, en 14 consultas. Se identificó, al menos, un problema en el 46% del total de los pacientes, siendo los más comunes de ellos la toma de la medicación de forma distinta a la prescrita, listas de prescripciones continuadas incorrectas, efectos secundarios y la confusión sobre la medicación. El servicio está muy bien visto tanto por las consultas como por los pacientes.

### *Integración en el entorno sanitario local*

Este programa se introdujo tras una intensa labor de consulta con las agencias correspondientes, incluidos los Servicios Sociales, los médicos de familia, las Unidades de Cuidados Intensivos locales y comunitarios y las ABS. Parte de la financiación original procedió de la subvención aportada por una asociación de servicios local. Las funciones del técnico de farmacia se están ampliando para promover un servicio que alcance a los hospitales comunitarios de las ABS, realizar las revisiones poco después de que el paciente ingresa en el hospital y proporcionar asesoramiento previo al alta.

### *Consejos para las organizaciones que se plantean poner en marcha un servicio de estas características*

1. Implicar a todos los interados desde el principio.
2. Formar al personal en relación con las nuevas funciones  
Se trata de una novedad para los técnicos de farmacia nacionales. Éstos fueron seleccionados específicamente para implantar el servicio. Se les dio la formación adecuada antes de comenzar. Participaron en la formación sobre diversidad de las ABS para que pudieran aplicar un enfoque más amplio hacia su grupo diana.
3. Revisar el servicio  
Pasados los primeros 12 meses del proyecto se realizó una encuesta de satisfacción. Asimismo, se enviaron cuestiona-

rios a los pacientes y a las consultas de los médicos de familia. Desde el inicio, se observó que al 45% de los pacientes se les había identificado, por lo menos, un problema, y que el 46% necesitó, al menos, una intervención. Los pacientes y los cuidadores han sacado provecho de todo el tiempo que han dedicado a tratar, específicamente, temas relacionados con la medicación.

Información de contacto:

Mary Aldred

Técnico de revisión de medicación

Área básica de salud de North Eastern Derbyshire

mary.aldred@nederbypct.nhs.uk

## **TIPO 3: REVISIÓN CLÍNICA DE LA MEDICACIÓN**

### **En qué consiste**

Se trata de una revisión de carácter holístico que se desarrolla con el paciente y en la que se tiene acceso tanto a sus notas médicas como a los resultados de las pruebas pertinentes de laboratorio. Estas revisiones clínicas<sup>14</sup> se producen en el contexto de los últimos indicadores de la enfermedad subyacente del paciente y teniendo en cuenta el informe aportado por él mismo sobre sus síntomas, o el realizado por un profesional sanitario o social. Las revisiones clínicas de la medicación del tipo 3 suelen estar a cargo de un prescriptor (médico o no médico) o de un médico especialista que no tiene por qué ser prescriptor (por ejemplo, personal de enfermería especializado en diabetes, farmacéuticos con un interés especial, farmacéuticos de la comunidad certificados para llevar a cabo revisiones clínicas de la medicación como servicio mejorado, etc.). En este caso, la revisión puede centrarse en el tratamiento de una enfermedad concreta.

### **Para qué sirve**

Puede resultar de utilidad para:

- Llevar a cabo una revisión periódica de la enfermedad y el tratamiento médico del paciente y garantizar, de esta manera, que ambas se gestionan de manera óptima.
- Obtener información del paciente o del cuidador en respuesta a tratamientos de enfermedades sintomáticas.
- Reajustar la medicación en vista de los indicadores clínicos y los síntomas de los que se ha informado en colaboración con el paciente.
- Revisar la gestión médica y personal de las enfermedades crónicas.
- Proporcionar información completa y exacta sobre las ventajas e inconvenientes de las opciones de tratamiento, incluidos los efectos secundarios.

- Ayudar al paciente en su propia autogestión.
- Negociar con el paciente las distintas decisiones sobre tratamiento.
- Reflexionar sobre la prognosis y los resultados de salud más probables y cómo éstos se relacionan con la medicación.

### Cuándo ha de realizarse

Podría resultar conveniente realizar una revisión clínica de la medicación del tipo 3:

- En los plazos acordados con los pacientes afectados de enfermedades crónicas.
- Si se ha diagnosticado hace poco una enfermedad de larga duración.
- Si un paciente ha experimentado un efecto adverso asociado a la toma de medicinas.
- Cuando el paciente o el cuidador solicita una revisión o informa de que se ha dejado de tomar una medicina que se había prescrito.

#### **Caso n.º 2:**

#### ***Revisión domiciliaria de la medicación dirigida por un farmacéutico***

##### *En qué consiste el programa y quién lo presta*

El ABS observó que, en el caso de algunos pacientes, los ingresos en residencias era consecuencia, únicamente, de la incapacidad de administrar sus propias medicinas. Se desarrolló, así, un servicio de apoyo para que los profesionales sanitarios y sociales pudieran derivar al sistema a aquellas personas con problemas para administrar sus medicinas, y conseguir, así, que el mayor número posible de enfermos siguieran funcionando de manera independiente. Un 70% de los pacientes que se benefician de este servicio tiene más de 65 años, y la gran mayoría (un 92%) toma cuatro o más fármacos.

Los pacientes preseleccionados para la revisión clínica son evaluados por un farmacéutico o un técnico que ha recibido la formación adecuada y que visita al paciente en su domicilio, habiendo accedido previamente a las notas del médico de familia para conocer el diagnóstico actual del paciente, así como la medicación que toma habitualmente y los resultados de las pruebas pertinentes. Durante la entrevista, se le pregunta por los remedios sin receta, "caseros", de hierbas o alternativos que pudiera estar tomando y, asimismo, se analiza su opinión respecto a la toma de la medicación. Por otro lado, se abordan distintos aspectos clínicos con el médico de familia que corresponde al paciente y otros elementos de apoyo con el farmacéutico comunitario. Si fuera posible, se recurrirá a la farmacia a la que el paciente suele acudir. Finalmente, se prepara un informe verificado, en el que se recomienda que se preste al paciente el nivel adecuado de apoyo conforme al programa.

#### *Efectos sobre los objetivos locales y nacionales*

Este servicio ha sido diseñado para:

- Minimizar los efectos secundarios y las reacciones adversas.
- Permitir que los pacientes tomen su medicación y le saquen el máximo provecho.
- Minimizar el malgasto.
- Promover el cumplimiento del tratamiento.
- Evaluar el uso de los *Monitored Dosage Systems* (MDS), Sistemas de Dosis Monitorizada, y otras ayudas con la colaboración del farmacéutico comunitario, para reforzar el cumplimiento.

#### *Beneficios fundamentales*

Hasta la fecha, 381 pacientes han pasado por el programa, de los cuales 270 (un 70%) han sido evaluados. Poco más de la mitad (un 53%) ha necesitado el nivel superior de apoyo, consistente en la prestación de ayuda semanal con respecto a la toma de la medicación. En una encuesta sobre satisfacción, el 83% de los participantes opinaba que gracias a las revisiones, sus conocimientos y su confianza en el uso de los fármacos habían mejorado, y la mitad de los pacientes manifestaron que ahora les era más fácil administrar sus medicinas. La opinión generalizada indica que el programa hace posible que los pacientes gocen de un control informado sobre sus necesidades de medicación.

#### *Integración en el entorno sanitario local*

El servicio tiene un enfoque multidisciplinario que promueve la colaboración entre el farmacéutico y el médico, en beneficio del paciente, en torno a la mejora de la salud.

#### *Consejos para las organizaciones que se plantean poner en marcha un programa de estas características*

1. Asegurarse de que distintos servicios y profesionales están en contacto con el servicio.
2. Garantizar distintos niveles de servicio para que éste se ajuste a las necesidades de cada paciente.
3. Garantizar que los pacientes pueden acceder al servicio. Se observó que éste era más efectivo si se prestaba en el propio domicilio del paciente.

Información de contacto:

Cheryl Clennett

Jefa encargada de la gestión, compra y administración de fármacos

Área básica de salud de East Sussex Downs and Weald  
cheryl.clennett@esdwpct.nhs.uk

## ***Revisiones de la medicación y salud mental***

### ***Alcance del uso de los fármacos en los servicios de salud mental***

La mayoría de los pacientes con problemas de salud mental reciben tratamiento farmacológico. El informe de la Comisión de Sanidad<sup>15</sup> sobre proveedores de servicios de salud mental y fármacos afirma que al 98%-100% de los internos se les prescribieron fármacos y que el 92% de los usuarios de los servicios de salud mental habían tomado algún fármaco en los 12 meses inmediatamente anteriores. En vista del uso extendido de los fármacos en este entorno, la actividad de revisión debería ser un elemento clave de todo servicio de salud mental.

### ***Percepción de los pacientes y participación en la revisión de la medicación***

Se ha observado que el 46% de los pacientes internos en los servicios de salud mental donde se realizan revisiones de medicación presentaban “problemas de adhesión”, frente al 12% de los pacientes tratados en las Unidades de Cuidados Intensivos. Las investigaciones llevadas a cabo con los pacientes de la comunidad<sup>16</sup> sugieren dos razones por las que éstos dejan de tomar su medicación: la aparición de efectos secundarios y la preocupación que les genera el tener que tomar fármacos a largo plazo. El 38% de los pacientes dejaron de tomar su medicación en contra del consejo de sus médicos o sin informarles. A pesar de que el tema de la adhesión aparece entre las preocupaciones del personal clínico, las revisiones de medicación en el caso de los pacientes ingresados suelen realizarse sin su participación (tan sólo en un 18%<sup>12</sup>), por lo que se deja escapar, así, una buena oportunidad para conocer qué es lo que tanto preocupa a los pacientes en relación con los fármacos y por qué discontinúan el tratamiento.

### ***Razones del personal clínico para revisar la medicación***

Las “revisiones exhaustivas de la medicación” de los pacientes ingresados en los centros de salud mental surgieron a raíz de la preocupación que reinaba entre el personal clínico acerca de la interacción de los distintos fármacos, la complejidad del régimen de medicación, la ausencia de cambios en los síntomas observados o a petición del paciente. Las revisiones realizadas a los internos concluían en la realización de cambios en la medicación con mayor frecuencia que en el caso de los pacientes de las Unidades de Cuidados Intensivos. No obstante, y a diferencia de estos últimos, ese cambio no solía estar relacionado con el número de fármacos administrados.<sup>12</sup>

Es evidente que existe la posibilidad, así como la necesidad, de que los pacientes de los servicios de salud mental participen más en las revisiones. De esta manera, se podrá llegar a un entendimiento compartido entre éstos y el personal clínico acerca de la finalidad, duración y experiencia de la toma de los

fármacos en el tratamiento de su enfermedad. Implicar al paciente en la revisión de la medicación, explicarle por qué se realizan cambios en ella y reiterarle por qué es importante que la tome, puede ayudar a los pacientes con la autogestión de sus problemas de salud y a responsabilizarse de ellos.

### ***Caso n.º 3: Revisión de la medicación por parte del personal de enfermería en entornos de salud mental***

#### ***En qué consiste el servicio y quién lo presta***

El personal psiquiátrico de enfermería de la comunidad, que también actúa como prescriptor, se encarga de poner una clínica a disposición. Los pacientes pueden ser derivados a esta clínica por los miembros del equipo de salud mental de la comunidad. Los pacientes acuden a ella por periodos que van desde los seis hasta los doce meses, si bien éstos pueden prolongarse en caso necesario.

Acudir a la clínica es una actividad independiente al cuidado y tratamiento prescritos para los pacientes. Las citas son de 20-30 minutos de duración y tienen lugar en las fechas acordadas.

#### ***Efectos sobre los objetivos locales y nacionales***

Este servicio tiene el propósito de reducir el riesgo de recaída entre los pacientes, beneficiándolos a ellos y a sus familias, y optimizando, asimismo, el uso de los servicios prestados por el Servicio Nacional de Salud.

#### ***Beneficios fundamentales***

Se proporciona a los pacientes con problemas de adhesión la oportunidad de hablar en detalle con un miembro del equipo acerca de los fármacos que toman. La clínica desempeña una función educativa, brindando información a los pacientes sobre su enfermedad y el papel de la medicación en su tratamiento. Se utiliza un enfoque centrado en los pacientes para averiguar qué opinan sobre los fármacos que se les administran, cómo les afecta esto, cómo entienden ellos el régimen de medicación y sus planes para la toma de los fármacos en el futuro. La clínica se encarga, igualmente, de supervisar los efectos secundarios, realizar los ajustes necesarios en las dosis, y cambiar la medicación, en la medida adecuada, con el consentimiento del paciente.

#### ***Integración en el entorno sanitario local***

El servicio se proporciona a los usuarios existentes del ABS. Cualquier miembro del equipo de la comunidad con competencias en salud mental puede derivar a los pacientes a este servicio.

### *Consejos para las organizaciones que se plantean poner en marcha un programa de estas características*

1. Asegurarse de que sus colegas comprenden y respaldan los objetivos y fines del servicio.
2. Garantizar la compatibilidad con otros servicios proporcionados por el equipo.

Información de contacto:

Andy Peet

Miembro del personal de enfermería de salud mental de la comunidad

Nottingham Healthcare NHS Trust

andy.peet@nottshc.nhs.uk

### **Caso n.º 4: Revisiones de la medicación en las residencias geriátricas**

#### *En qué consiste el servicio y quién lo presta*

Servicio de apoyo relativo a la medicación en las residencias para la tercera edad. Se desarrolla a partir del actual *Advice to Care Homes*, el servicio de asesoría para las residencias, proporcionado por los farmacéuticos de la comunidad. Su objetivo es mantener y mejorar la calidad de la atención clínica entre los residentes mediante la prestación de asesoramiento clínico y medidas de apoyo en relación con el uso de fármacos. Se busca garantizar el máximo beneficio posible y minimizar los perjuicios a los residentes, los familiares y el personal. Los indicadores de calidad incluyen la realización de una auditoría clínica anual y trimestralmente.

#### *Efectos sobre los objetivos locales y nacionales (incluidas las proyecciones y datos reales; previsión sobre ahorro de costes)*

- La gestión de los costes de prescripción excesiva podría ahorrar hasta 500 libras esterlinas por paciente medio.
- Coste potencial por uso excesivo de apósitos baratos = 1500 libras esterlinas por residente al año.
- El uso adecuado puede reducir los costes por goteros en un 25% y por catéter, en un 75%.
- El menor uso de fármacos posiblemente inadecuados podría reducir el número de ingresos en los hospitales.
- Administrar el fármaco correcto al enfermo correcto en el momento correcto y de la manera correcta también reduciría el número de ingresos hospitalarios. Los farmacéuticos deberían ser conscientes del conflicto de intereses que podría surgir con la prestación de este servicio.
- La incorporación de un servicio por malestares leves podría reducir la carga de trabajo a los médicos de familia.

### *Beneficios fundamentales*

- Mejor calidad del servicio
- Buenas normas de gestión de fármacos (apósitos y dispositivos) en relación con un uso clínico adecuado, un almacenamiento seguro, la compra y control de stocks, la eliminación y documentación de los fármacos y los procedimientos por escrito relacionados con ellos.
- Ahorro en los costes de los fármacos.
- Reducción del número de ingresos por urgencias.
- Apoyo al cumplimiento de las metas marcadas, por ejemplo, el Marco de Calidad y Resultados, el Marco Nacional de Servicio, adhesión a las pautas del NICE.
- Asesoría sobre peligros (eliminación de medicinas o alertas, etc.).
- Apoyo a las inspecciones de la Comisión para la Inspección de los Servicios Sociales (*Commission for Social Care Inspection*, CSCI).
- Asesoría sobre remedios caseros.

### *Integración en el entorno sanitario local*

El servicio implica al farmacéutico comunitario, así como a las consultas de los médicos de familia, los prescriptores, los equipos encargados de la gestión, compra y administración de fármacos en la atención primaria (*primary care medicines management teams*), los equipos de gestión de la Implantación a través de las consultas y los hospitales.

### *Consejos para las organizaciones que se plantean poner en marcha un servicio de estas características*

1. Intercambiar información y dedicar un tiempo a reflexionar sobre lo que se necesita. Es posible que los farmacéuticos tengan que invertir en contrataciones de personal de sustitución. Considérela como una inversión de futuro.
2. Calcular los beneficios que supone realizar uno o dos cambios en el servicio actual para que sirvan como ejemplo de lo que ofrecería en un futuro. Haga una propuesta en función de ello.
3. Realizar algún curso de reciclaje profesional, especialmente en relación con la gestión de lesiones, la implantación a través de las consultas, los presupuestos de prescripción, los formularios de las ABS, las pautas del NICE, los Marcos Nacionales de Servicio o el ejercicio imparcial basado en las evidencias.

Información de contacto:

Dr. Jenifer Harding

Directora auxiliar de gestión,

compra y administración de fármacos

Área básica de salud de Sandwell

jenny.harding@sandwell-pct.nhs.uk

### **Caso n.º 5: Revisiones de la medicación en las farmacias de la comunidad**

#### *En qué consiste el servicio y quién lo presta*

*The Olde Pharmacy*, farmacia ubicada en Wandsworth, municipio del sur de la región de Londres, viene prestando servicios de revisión y supervisión de medicación a los pacientes de la tercera edad inscritos en ella y que llegan hasta allí derivados por los médicos generales locales. Si únicamente se benefician del programa de revisión, los pacientes pueden adquirir en cualquier lugar los fármacos que se les prescriben, pero aquellos a quienes la farmacia supervisa la evolución de su tratamiento han de adquirir sus medicinas en el citado establecimiento. El servicio se encuentra en marcha gracias a un acuerdo de los servicios farmacéuticos locales.

#### *Efectos sobre los objetivos locales y nacionales*

- Durante los meses de junio y julio de 2006 se revisaron cerca de 2000 fármacos.
- De ellos, un 70% de los pacientes dejaron de tomar dos por indicación (465 fármacos); un 20%, tres (198); y el 10% restante no sufrió cambios.
- El coste medio por fármaco, con arreglo a los anexos de la *Prescription Pricing Division*, el Departamento de precios para la prescripción, asciende a 13,50 libras esterlinas.

Así pues, 663 fármacos (465 + 198) x 13,50 libras esterlinas = 8950,50 libras esterlinas.

#### *Beneficios fundamentales*

- Ahorro en las prescripciones.
- Mejor acceso por parte de los pacientes a la revisión de medicación con un farmacéutico comunitario.
- Mejores cuidados a los pacientes, gracias a un mejor entendimiento de los fármacos que toman.

#### *Integración en el entorno sanitario local*

- Explorar la posible vinculación de este servicio en la implantación a través de las consultas.
- Vincular el servicio al asesor local de prescripción.
- Promocionar el servicio entre los grupos de implantación a través de las consultas.

#### *Consejos para las organizaciones que se plantean poner en marcha un servicio de estas características*

1. Incorporar los acuerdos con las farmacias comunitarias en la estrategia de gestión de fármacos y de farmacia de las

ABS. Los farmacéuticos de la comunidad forman parte del equipo de farmacia del ABS.

2. Asesores de prescripción de apoyo que trabajen con los médicos de familia y los farmacéuticos de la comunidad. Identificar qué pacientes resultarían aptos para la revisión de la medicación, la revisión MUR o una dispensación continuada.
3. Influir lo más posible en el marco contractual con la farmacia de la comunidad en relación con la gestión de prescripciones y fármacos. Integración en las distintas vías de atención de las ABS.
4. Recurrir a las evaluaciones de base para identificar qué farmacéuticos de la comunidad estarían dispuestos a adoptar nuevas medidas para la gestión de las prescripciones y los fármacos.
5. Desarrollar los recursos y los activos de la farmacia de la comunidad. Garantizar que los farmacéuticos de la comunidad son conscientes de las actualizaciones sobre prescripción realizadas y más importantes.
6. Identificar dónde pueden surgir buenas relaciones de trabajo proactivas entre las consultas de los médicos de familia y los farmacéuticos de la comunidad. Ésta es la clave del éxito.

Información de contacto:

David Tamby Rajah

Jefe de farmacia comunitaria

Área básica de salud de Wandsworth

david.tambyrajah@wpct.nhs.uk

### **Caso n.º 6: Revisiones de medicación en las unidades hospitalarias**

#### *En qué consiste el servicio y quién lo presta*

Se trata de un servicio de farmacia para la gestión de la medicación llevado a cabo en las unidades hospitalarias, que ya está en funcionamiento en cuatro Unidades Geriátricas (incluida la de infartos), a cargo del ABS de Harrow en el Northwick Park Hospital de Middlesex, Inglaterra.

El servicio lo presta un equipo formado por tres farmacéuticos (de categoría inferior, superior y asesores). Se prepara un historial de fármacos por cada paciente que ingresa en el centro, previa consulta con la atención primaria o secundaria que le corresponda. El farmacéutico refuerza la actividad de revisión con la ayuda de un equipo multidisciplinario en rondas semanales, o dos veces por semana, así como durante sus visitas diarias. Se consulta a los pacientes y se les aconseja sobre los cambios realizados a la medicación durante su estancia en el hospital y una vez llegado el momento del alta. El farmacéutico se asegura de que se producen los contactos oportunos.

nos y se intercambia la información pertinente con la atención primaria, los servicios de atención domiciliaria y el paciente poco antes de su salida del hospital. Ello incluye labores de asistencia fuera del hospital mediante vínculos con los farmacéuticos de la comunidad y el personal farmacéutico de apoyo de las consultas. Las opciones de los formularios de atención primaria o secundaria quedan a cargo del servicio de farmacia hospitalario, y la información correspondiente se transfiere al farmacéutico de apoyo de la consulta para que quede constancia en los registros del médico de familia.

### *Efectos sobre los objetivos locales y nacionales*

El proyecto piloto llevado a cabo en el periodo 2001-2002 documentó los beneficios del servicio en cuanto a costes, efectividad clínica y comunicación con la atención primaria en vistas al establecimiento permanente del servicio. La realización de auditorías de forma regular garantizaría el mantenimiento de los indicadores clave.

El servicio cumple las recomendaciones del programa de cuidados intensivos de la Comisión de Sanidad en relación con la elaboración del historial sobre fármacos administrados y la revisión completa de la medicación. Un estudio piloto realizado hace poco para la evaluación de las prácticas de automedicación, en el que se emplearon protocolos especialmente confeccionados para la tercera edad, puso de manifiesto la limitación de los beneficios de la actividad en el entorno de los cuidados intensivos debido a los elevados volúmenes de trabajo. Actualmente, se está implantando en los centros de cuidados intermedios.

### *Beneficios fundamentales*

- Mayor calidad del servicio (clínico).
- Uso más eficiente de los recursos (tiempo de los profesionales hospitalarios y de atención primaria).
- Ahorro visible gracias a la revisión de la medicación realizada en los hospitales con vistas a optimizar el tratamiento, incluida la eliminación de fármacos que ya no resultan necesarios.
- Cumplimiento de las metas fijadas en relación con los historiales de fármacos y las revisiones de medicación (Comisión de Sanidad).

### *Integración en el entorno sanitario local*

Los farmacéuticos de las unidades se ponen en contacto con el personal farmacéutico de apoyo de las consultas y los comunitarios, así como con las consultas de los médicos de familia, el personal de enfermería de atención primaria, los centros y residencias para la tercera edad, los trabajadores sociales y el

personal de apoyo de atención domiciliaria, con el objeto de optimizar el uso de los fármacos tras dar el alta al paciente.

### *Consejos para las organizaciones que se plantean poner en marcha un servicio de estas características*

1. Reunir a un equipo de profesionales de atención primaria y hospitalaria que conozcan su trabajo y que estén de acuerdo con la propuesta.
2. En primer lugar, centrarse en áreas bien documentadas, basadas en las evidencias derivadas de la revisión de la medicación, por ejemplo, servicio de implicación de pacientes y público general (PPI), estatinas, etc.
3. Establecer el grado de credibilidad: tenga claros todos los detalles antes de hacer sugerencias de revisión.

Información de contacto:

Nina Barnett

Farmacéutica asesora y prescriptora para la tercera edad

Northwich Park Hospital, Londres

nina.barnett@nwlh.nhs.uk

### ***Caso n.º 7:***

### ***Servicio integrado por el personal de enfermería y los farmacéuticos de atención primaria***

#### *En qué consiste el servicio y quién lo presta*

A los nuevos pacientes se les evalúa el cumplimiento o concordancia y se revisa su medicación. Las revisiones iniciales están a cargo de la matrona de la comunidad, que luego se reúne con el farmacéutico de la consulta para tratar los datos observados y proponer los cambios necesarios en la medicación.

#### *Efecto sobre los objetivos locales y nacionales*

Se identifican y resuelven problemas relacionados con los fármacos en el caso de aquellos pacientes que presentan un mayor riesgo de ingresar de forma recurrente en el hospital. Aumenta las probabilidades de que el paciente en cuestión siga viviendo de manera independiente en su propia casa.

#### *Beneficios fundamentales*

- El paciente comprende por qué toma los fármacos.
- El paciente tiene la capacidad de adquirir y tomar la medicación de forma segura.
- Evidencia de cumplimiento al tomarse la medicación, en lugar de almacenar los fármacos.
- Se minimizan los problemas relacionados con los fármacos.

### *Integración en el entorno sanitario local*

Las enfermeras de Atención Primaria trabajan estrechamente con los farmacéuticos de las consultas, así como con los hospitales locales.

### *Consejos para las organizaciones que se plantean poner en marcha un servicio de estas características*

1. Comunicación: Es imperativo que exista una vía de comunicación clara y abierta entre las enfermeras de Atención Primaria, los farmacéuticos de la consulta y los médicos de familia, pues un enfoque multidisciplinario de estas características garantizará que el paciente saque el máximo provecho posible de la medicación.
2. Educación o formación: Las enfermeras de Atención Primaria deberían actualizar sus conocimientos sobre recursos y

herramientas para realizar las revisiones de manera eficaz, por ejemplo, los formularios locales, las orientaciones locales y nacionales, o las herramientas de prescripción.

3. Información: Para poder garantizar la prestación efectiva del servicio, se recomienda que las enfermeras proporcionen información de manera regular a los farmacéuticos de la consulta y saber, así, qué aspectos del servicio funcionan correctamente y qué áreas han de ajustarse a la carga de trabajo existente.

Información de contacto:

Nayna Zuzarte

Farmacéutica de atención primaria

Área básica de salud de enseñanza

del condado de Nottinghamshire

Nayna.Zuzarte@nottinghamshirecounty-tpct.nhs.uk



# La participación de los pacientes en las revisiones de medicación

3

## LA EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN CON LAS REVISIONES DE MEDICACIÓN

Una evaluación realizada a los pacientes que han tomado parte en las actividades de revisión de la medicación reveló que cada uno de ellos tiene su propia opinión acerca de esta medida y sus beneficios, y se resumen a continuación.

Antes de que la revisión se llevara a cabo, los pacientes creían que:

- + Ésta sería una oportunidad útil de hablar sobre el tema.
- Se esperaba de ellos que estuvieran presentes en la actividad.
- La revisión se realizaba, sobre todo, para comprobar si el paciente tomaba o no la medicación.
- La revisión se realizaba, sobre todo, con vistas a recortar gastos.

Los pacientes creían que su participación en la revisión:

- + Sería de utilidad si no se realizara a toda prisa.
- Se permitía por razones ocultas: si la revisión era breve, los pacientes pensaban que el motivo real detrás de la actividad era ahorrar dinero.
- ± Era una cuestión que afectaba no tanto a la profesión del médico, sino más bien al hecho de que podía entablarse una buena comunicación.

Después de que la revisión se llevara a cabo, los pacientes:

- + Se sentían más a gusto en relación con la toma de los fármacos prescritos.
- No siempre estaban de acuerdo con el hecho de que se cambiara la medicación, o no entendían por qué se había recurrido a dicha opción.
- Pocos afirmaron haber recibido información por escrito tras la revisión.

Así pues, quedó claro que los pacientes pensaban que las revisiones resultaban útiles si tenían la oportunidad de aportar su opinión al respecto, si comprendían su alcance y si sentían que era algo que se llevaba a cabo con ellos, y no para ellos. Dicho de otro modo, los pacientes sacaban provecho de la revisión si la percibían y experimentaban como algo que repercutiría en beneficio propio.

## CÓMO DESARROLLAR UN CONSENSO SOBRE EL PROPÓSITO Y LOS RESULTADOS DE LAS REVISIONES

A continuación, se sugieren algunas medidas que podrían ayudar tanto al personal clínico, como a los pacientes, a desarrollar un entendimiento común sobre la revisión de la medicación. El personal clínico podría:

- Proporcionar información antes de la revisión para asegurarse de que todos entienden la finalidad, el contexto y los posibles resultados de ésta.
- Reiterar el propósito de la revisión al inicio de la entrevista.
- Decir de cuánto tiempo se dispone para la revisión y acordar su contenido (qué temas se tratarán en ella).
- Pedir al paciente que traiga a la revisión una lista de los fármacos prescritos y no prescritos, pero que toma. También puede optar por llevarlos a la entrevista.
- Si fuera algo que al paciente le preocupara, tratar el tema de los recortes de gastos directamente, en lugar de hacerle creer al paciente que hay un motivo oculto detrás de la revisión.
- Pedir activamente al paciente que participe en la revisión, indicándole que haga preguntas, sobre todo, en relación con las dudas o ansiedades que pudiera tener respecto a los fármacos que toma.

- Desarrollar un plan de actuación referido a los fármacos con el consentimiento del paciente.
- Explicar el proceso de cambios a la medicación (especialmente si el revisor no es el prescriptor).
- Conversar claramente sobre lo que ocurrirá tras la revisión, las actuaciones que se adoptarán, por quién, y cuándo tendrá lugar la próxima.
- Actualizar sus conocimientos con un cursos de comunicación y consultas, si procediera.

## CÓMO PREPARAR UNA REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN: EL PERSONAL CLÍNICO

La agenda y los temas concretos a tratar en una revisión han de acordarse entre el paciente y el personal clínico. Tal vez a este último le resulte útil<sup>18</sup> considerar los siguientes puntos a la hora de planificar el contenido de las revisiones con el paciente.

Aspectos prácticos – facilidad a la hora de tomar los fármacos:

- Acceso a un suministro regular de los fármacos en la farmacia (por ejemplo, pedidos de uno o varios fármacos, recogida en la farmacia, suministro suficiente en caso de marcharse de viaje, etc.).
- Cómo hacer para recordar que hay que tomar una medicina (por ejemplo, establecer una rutina para las tomas; dificultades debidas a pérdidas de memoria o confusión).
- Capacidad para tomar la medicación (por ejemplo, dificultades físicas para abrir los recipientes, para distinguir un fármaco de otro por problemas de vista, de deglución, etc.).
- Almacenamiento y eliminación de los fármacos no utilizados (por ejemplo, eliminación y almacenamiento seguros, devolución de los fármacos no utilizados a la farmacia de la comunidad).

Conocimientos, creencias y conducta – entender por qué es necesario tomar una medicina y su uso

- Entender las razones por las cuales se prescribe un fármaco (por ejemplo, indicaciones, efectos deseados, pronóstico, duración del tratamiento).
- Entender el régimen de la medicación (por ejemplo, las dosis, preparación y tomas, qué hacer si uno se olvida de tomar la dosis, toma de varios fármacos, fármacos “por razón necesaria”, fármacos prescritos, sin receta o complementarios).
- Opinión sobre la toma de fármacos (por ejemplo, necesidad de tomarlos y lo que le preocupa acerca de ellos).
- Conducta a la hora de tomar los fármacos (por ejemplo, si se toman de la forma prescrita, “vacaciones”, dejar de tomarlos).

- Seguridad (por ejemplo, cómo sobrellevar los efectos secundarios, las contraindicaciones, toma de dosis extras, efectos en las actividades cotidianas).
- Mayor impacto de los fármacos sobre el paciente (por ejemplo, efectos en el entorno laboral, al salir de viaje, al conducir, en relación con las pólizas de seguros).

## CÓMO PREPARAR UNA REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN: LOS PACIENTES

Los pacientes pueden hacer lo siguiente para preparar una revisión de su medicación:

- Anotar todos los fármacos que están tomando en ese momento (esto se puede hacer de la forma que ellos estimen más oportuna o rellenando una tarjeta diseñada para ello). Asimismo, los pacientes pueden acudir a la entrevista con todos los fármacos que están tomando, especialmente si les resulta problemático hacer un registro por escrito. Si el paciente vive en una residencia, puede utilizarse como referencia el historial de fármacos administrados.
- Anotar todas las preguntas y dudas que tenga sobre la toma de los fármacos.
- Ir acompañado de un cuidador, un familiar o un amigo, si así lo desea.

El sitio de Internet *Ask About Medicines* (<http://www.askaboutmedicines.org>) recomienda plantearse las siguientes preguntas acerca de cada fármaco:

- ¿PARA QUÉ sirve?
- ¿POR QUÉ es importante que lo tome? ¿Existen otras opciones de tratamiento?
- ¿CUÁNDO y cómo debo tomarlo?
- ¿POR CUÁNTO tiempo debo tomarlo?
- ¿A QUÉ debo prestar atención cuando lo tomo? (por ejemplo, posibles riesgos, efectos secundarios, si he de tomarlo con ciertas comidas, bebidas o actividades, qué hacer si no me encuentro bien después de tomarlo, cómo almacenarlo de forma segura, etc.).
- ¿DÓNDE puedo obtener más información?

Asimismo, el folleto informativo *Focus on your medicines* (disponible en inglés en formato PDF en la página de Internet <http://www.keele.ac.uk/schools/pharm/npcplus/medicines-partner/medicationreview.html>) sugiere las siguientes preguntas en relación a cada fármaco:

- ¿Cómo sé que me está haciendo bien?
- ¿Cómo puedo asegurarme de que no corro peligro al tomarlo?
- ¿Qué efectos secundarios puedo esperar que ocurran?

- ¿Qué debo hacer si observo estos efectos?
- ¿Me vendría mejor otro fármaco y supondría menos riesgos?
- Si dejara de tomarlo, o tomara una dosis menor, ¿qué ocurriría?
- ¿Pasa algo si lo tomo en combinación con otros, con la comida o con una bebida?
- ¿Durante cuánto tiempo tengo que tomarlo?
- ¿Realmente tengo que tomarlo?
- ¿Qué puedo hacer para recordar que tengo que tomar mi medicación?
- ¿Hay algún otro contenedor más fácil de abrir?
- ¿Puedo ajustarme yo mismo la dosis?
- ¿Qué hago si se me acaba?

Si las revisiones se realizan en una fecha y hora predeterminados, a los pacientes podría resultarles útil contar con un folleto o una lista de preguntas sobre las que reflexionar por anticipado. Si la revisión surge de forma espontánea, como puede ser el caso de las revisiones sobre el uso de los fármacos, por ejemplo, el personal clínico debe asegurarse, igualmente, de que el paciente tiene ocasión de resolver todas las dudas que pudiera tener acerca de los fármacos. Por ello, conviene conceder al paciente unos minutos para que se prepare (mientras el farmacéutico realiza el papeleo correspondiente); darle tiempo durante la entrevista para tratar cualquier duda que pudiera tener; y asegurarse de que el paciente sabe cómo ponerse en contacto con el entrevistador tras la revisión en caso de le surgieran nuevas dudas.

También es posible que los pacientes hagan preguntas que estén más allá del alcance de la revisión. Por ejemplo, durante una revisión sobre concordancia y cumplimiento del tipo 2, el paciente puede preguntar o expresar su preocupación por la progresión de la enfermedad, o hacer preguntas que requieren un conocimiento previo del historial del paciente o su diagnóstico y que el médico entrevistador no tiene. El personal clínico debe dejar claro a los pacientes cuál es el alcance de la consulta. Asimismo, debe asegurarse de que al paciente se le informa sobre cómo abordar cualquier pregunta que vaya más allá de los límites de la revisión.

## PARTICIPACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL CÍRCULO SOCIAL DEL PACIENTE

A muchos pacientes les vendrá bien ir a la entrevista acompañados de un miembro de su círculo social o de un cuidador. Los amigos, familiares o cuidadores son capaces de hacer aportaciones muy útiles al proceso de revisión porque pueden:

- Informar de la experiencia del paciente en relación con los fármacos, desde otro punto de vista (es decir, pueden actuar como fuente adicional de información sobre el paciente y los fármacos que toma, así como sobre las dificultades o dudas a las que se enfrenta).
- Ayudar al paciente, si tuviera dificultades de comunicación o del lenguaje.
- Actuar como abogado del paciente, por ejemplo, ayudándole a recordar lo que quiere preguntar, y que tal vez se le pase por alto.
- Dar apoyo emocional al paciente.
- Ayudar al paciente a recordar lo conversado en la entrevista, sobre todo, si éste estaba nervioso o si le fallara la memoria.
- Al tratarse de las personas que ayudan al paciente a tomar su medicación, también podrían tener dudas. En tanto que cuidadores, podrían resolver esas dudas durante las entrevistas de revisión.

## LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES Y LA REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN

Para que los pacientes puedan tomar una decisión informada sobre si tomar o no, o continuar o no tomando un fármaco en concreto, deben tener acceso a una información de buena calidad, relevante y objetiva acerca de ellos. Si bien es cierto que siempre pueden recurrir al prospecto, también es posible que necesiten acceder a la información antes de que se produzca la prescripción para poder tomar una decisión informada respecto al tratamiento. Las revisiones de medicación brindan una oportunidad perfecta para valorar la necesidad de información de los pacientes. Los programas de información de prescripción<sup>19</sup> podrían satisfacerla.



# Implantación de un programa de revisión de la medicación

## 4

Todas las ABS cuentan con algún tipo de programa de revisión de esta clase, además de los llevados a cabo por los médicos de familia de atención primaria. Lo más probable es que existan diferencias considerables en cuanto al alcance y grupos diana de cada uno de los servicios de revisión implantados en una misma localidad. Una implantación mundial<sup>20</sup> supondría una oportunidad real de desarrollar servicios de revisión nuevos e innovadores, por medio de una implantación efectiva ajustada a las necesidades y prioridades identificadas.

Los servicios de revisión de la medicación han de formar parte de un proceso de implantación más amplio en el marco del programa de Evaluación Conjunta de Necesidades Estratégicas, teniendo en cuenta tanto los aspectos sanitarios, como los sociales.

En este apartado, se proporcionan unas directrices de trabajo, que cubren:

- La valoración de las necesidades locales.
- La revisión de los servicios existentes frente a las necesidades identificadas.
- Los vacíos existentes.
- Qué hacer con los vacíos existentes.
- Los procesos de supervisión y los resultados.

## NECESIDADES LOCALES PARA LA REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN

Los encargados de la implantación tienen que contar con un método sistemático para valorar las necesidades locales en relación con las revisiones de medicación. Las posibles fuentes de información serían:

- Los datos de la evaluación conjunta de necesidades estratégicas.
- Las preguntas sobre los fármacos utilizadas en el Proceso Único de Evaluación (SAP).

- Los datos resultantes de la gestión de casos (por ejemplo, utilizando el modelo Predictivo Combinado o PARR).
- Las cifras sobre pacientes ingresados en residencias.
- Los datos sobre episodios hospitalarios en relación con el número y tipo de ingreso hospitalario no planificado.

Además, las ABS deberían tener en cuenta las prioridades sanitarias tanto nacionales como locales. La valoración de las necesidades a efectos de las revisiones de medicación debería adoptar un riguroso enfoque fundamentado en datos fiables, implicando a los pacientes y al público, así como a los profesionales de la salud.

Los pacientes considerados en alto riesgo de ingreso hospitalario podrían beneficiarse especialmente de las revisiones, si se realizan de forma regular. El modelo predictivo combinado, por ejemplo, establece que un 30% de los pacientes de alto riesgo de ingreso hospitalario tienen prescritos cinco o más fármacos. El modelo propone “el uso de expertos farmacéuticos para tratar temas polifarmacéuticos y cómo gestionarlos para conseguir mejores resultados y reducir los costes”.<sup>21</sup>

Asimismo, el análisis demostró que los pacientes que presentan un riesgo “moderado” también pueden beneficiarse de estas revisiones. En el modelo predictivo combinado, “frente a la media de la población, los pacientes en el segmento de riesgo moderado tienen más del doble de probabilidades de presentar un uso polifarmacéutico de entre cinco a nueve fármacos distintos en un solo mes. Además, predominan en este segmento, y en un porcentaje relativamente alto, las enfermedades crónicas con repercusiones que, de no gestionarse, podrían llevar a los pacientes a subir de escalafón en la pirámide, es decir, a necesitar cuidados más intensivos y caros. Por ejemplo, los casos de hipertensión en este grupo constituyen el 18%, en comparación con el 9% observado en la población general”.

Las consultas de los médicos de familia y los grupos de implantación a través de las consultas han desarrollado métodos para identificar a los pacientes de riesgo moderado y alto. De esta manera, existirán datos de las consultas con los que

podrá informarse a los servicios de revisión y hacer una escala de prioridades.

## ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS EXISTENTES FRENTE A LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS

Todas las ABS cuentan con alguna clase de programa de revisión de la medicación a través de los servicios médicos generales y los acuerdos de farmacia de la comunidad, y en muchas de ellas también se han introducido servicios de revisión adicionales. En esta sección resumiremos los componentes de los servicios de revisión de los acuerdos de la atención primaria nacional, y sugeriremos algunas preguntas que los responsables de implantación tal vez deseen plantearse acerca de los servicios existentes.

Los acuerdos de las consultas generales y las farmacias de la comunidad incluyen un componente relacionado con la revisión de la medicación.

### *Extracto de The GMS quality and outcomes framework 2006,<sup>22</sup> o Marco de trabajo sobre calidad y resultados de los Servicios Médicos Generales*

#### *Fármacos indicador 11*

Se dejará constancia de la revisión de la medicación en las anotaciones durante los 15 meses previos, en relación con todos los pacientes a los que se prescriben cuatro o más fármacos de forma continuada. Media del 80%.

#### *Fármacos 11.1 Orientaciones para las consultas*

Los fármacos son la forma más común de intervención médica muy por encima de la media. Cuatro de cada cinco personas mayores de 75 años toman algún fármaco que se les ha prescrito y un 36% han de tomar cuatro o más fármacos (*Medicines and Older People – Supplement to the National Service Framework for Older People, 2001*). Sin embargo, también sabemos que hasta un 50% de los fármacos no se toman de la manera prescrita, que muchos de ellos que son de uso común pueden ocasionar problemas, y que las reacciones adversas forman parte en un 5%-17% de las razones de ingreso hospitalario.

Resulta crucial implicar a los pacientes en la toma de decisiones sobre prescripción y apoyarlos para que tomen sus medicinas. Con ello se pretende mejorar su seguridad, los resultados sanitarios y la satisfacción con la atención prestada. Las revisiones están cada vez más reconocidas como uno de los pilares de la gestión de la medicación. Lo más adecuado es que se realice, al menos, una revisión del tipo 2, tal como se describe en el documento *Room for Review*.

Los principios subyacentes para cualquier revisión de la medicación, ya sea utilizando las notas completas del paciente o cara a cara, son los siguientes:

- Se debe dar a todos los pacientes la oportunidad de realizar sus preguntas y de que digan qué problemas les plantean los fármacos que toman.
- Las revisiones de medicación tratan de mejorar u optimizar el impacto del tratamiento dado a los pacientes individuales.
- Las revisiones se realizan de manera sistemática por personas competentes.
- Cualquier cambio que sea consecuencia de la revisión ha de contar con el consentimiento del paciente.
- La revisión se documenta en las notas del paciente.
- Se supervisa el impacto de los cambios.

#### *Fármacos 12 – 8 puntos*

Se dejará constancia de la revisión de la medicación en las anotaciones durante los 15 meses previos, en relación con todos los pacientes a los que se prescriben fármacos de forma continuada. Media del 80%.

Los responsables de implantación deberían plantearse las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se identifican en la consulta a los pacientes que se beneficiarían de una revisión?
- ¿Cómo encajan las necesidades identificadas localmente en la Evaluación Conjunta de Necesidades Estratégicas y otras fuentes?
- ¿Cómo se realizan las revisiones? ¿Quién las realiza?
- ¿A qué pacientes no se les ha hecho una revisión?
- ¿Existe algún vínculo entre las revisiones realizadas en las consultas y las revisiones sobre el uso de los fármacos realizadas en las farmacias locales?

El programa de revisión sobre el uso de los fármacos en el acuerdo de farmacia comunitaria se negocia centralmente y los grupos diana se acuerdan entre el ABS y el Comité Farmacéutico Local. En algunas áreas, las ABS piden a los farmacéuticos que definan los grupos diana, junto con las consultas locales, y que establezcan rutas de derivación locales hacia el servicio. En el recuadro que sigue a continuación se explica esta idea de manera resumida.

### *Extracto del documento titulado NHS Community Pharmacy Contractual Framework Advanced Service – Medicines Use Review & Prescription Intervention Service*

#### *Descripción del servicio*

El servicio incluye las Revisiones sobre el Uso de los Fármacos (MUR) realizadas periódicamente, así como aquellas surgidas en respuesta a la necesidad de una intervención significativa

sobre la prescripción durante el proceso de dispensación. La Revisión sobre el Uso de los Fármacos intenta que los pacientes aprendan a utilizar sus medicinas de forma más efectiva. Las recomendaciones referidas a los prescriptores también pueden estar relacionadas con la eficacia clínica o el coste-eficacia del tratamiento.

### *Finalidad del servicio*

Mejorar el conocimiento de los pacientes, así como la concordancia y el uso de los fármacos:

- Definiendo el uso actual, la comprensión y la experiencia del paciente en relación con la toma de la medicación.
- Identificando, tratando y resolviendo casos de uso escaso o ineficaz de la medicación.
- Identificando los efectos secundarios y las interacciones de los fármacos que podrían afectar al cumplimiento del paciente.
- Mejorando la eficacia clínica y la rentabilidad de los fármacos prescritos y reduciendo el malgasto.

Si los responsables de implantación desean sacar el máximo provecho al servicio MUR, podrían plantearse las siguientes preguntas:

- ¿Qué grupos diana se han definido localmente?
- ¿Cómo encajan las necesidades identificadas localmente en la Evaluación Conjunta de Necesidades Estratégicas y otras fuentes?
- ¿Se ha pedido a los farmacéuticos y a los médicos de familia que determinen qué pacientes serán sometidos a las MUR?
- Las consultas de los médicos de familia, ¿promueven de forma efectiva las MUR?
- El servicio MUR, ¿se utiliza como ruta de derivación para las revisiones clínicas sobre la medicación, en caso necesario?

Las consultas con servicio de farmacia proporcionan una Revisión Dispensada sobre el Uso de los Fármacos (DRUM) como parte del Programa de Calidad de Servicios de Dispensación. La especificación de esta clase de revisión se recoge a continuación.

### Revisión de la medicación en los Centros de Atención Primaria

- El objeto de estas revisiones es determinar el cumplimiento de los pacientes y el acuerdo (concordancia) con los fármacos que se les han prescrito, así como identificar los problemas que pudieran surgir.<sup>23</sup>

- El propósito primordial de estas revisiones es ayudar a los pacientes a que entiendan los detalles de la terapia que siguen e identificar los problemas que pudieran estar experimentando; donde fuera conveniente, sugerir las posibles soluciones.
- La revisión debería tratar de optimizar el impacto del tratamiento en pacientes individuales y los cambios resultantes de la revisión deberían acordarse con el paciente.
- Normalmente, la revisión la llevaría a cabo el personal formado en dispensación o un profesional sanitario acreditado con las debidas competencias para la revisión de la medicación.
- Debería realizarse una revisión cara a cara con los pacientes (y de proceder, con sus cuidadores) en relación con el cumplimiento y la concordancia, y anotarse en el registro del paciente (*Recommended Read Code 8B3x* hasta la expedición de la pauta nacional).
- Las consultas deberían ponerse de acuerdo con el ABS sobre qué tipo de pacientes deberían acudir a las revisiones.
- Deberían realizarse revisiones como mínimo una vez cada 12 meses, en relación con, al menos, un 10% de los pacientes de dispensación del contratista.

A los responsables de implantación les podría interesar saber:

- ¿Cómo abordan la consulta los DRUM?
- ¿Qué grupos de pacientes se han acordado entre el ABS y la consulta?
- ¿Cómo encajan las necesidades identificadas localmente en la Evaluación Conjunta de Necesidades Estratégicas y otras fuentes?
- ¿Se utilizan los DRUM como ruta de derivación para las revisiones clínicas de la medicación, si procediera?

Asimismo, cabe la posibilidad de que existan servicios adicionales ya implantados y prestados a través de las farmacias locales o las consultas, como las revisiones de medicación realizadas por los farmacéuticos o el personal de enfermería. Las revisiones también podrían prestarse como parte de un servicio de contacto desde los hospitales locales.

Los responsables de implantación deberían plantearse las siguientes preguntas acerca de estos servicios:

- ¿Qué criterios se utilizan para seleccionar a los pacientes a los que se le realizará la revisión?
- ¿Cómo se determina el alcance de la revisión en el caso de cada paciente?
- ¿Cómo encaja con las necesidades identificadas localmente en la Evaluación Conjunta de Necesidades Estratégicas y otras fuentes?
- ¿A qué pacientes se les ha practicado una revisión?

## LOS VACÍOS EXISTENTES

La tabla que sigue a continuación<sup>24</sup> resume los elementos que podrían tenerse en cuenta para considerar los vacíos identificados a raíz del proceso de valoración de las necesidades en relación con las revisiones de medicación.

Un punto de arranque podría ser definir los servicios prestados en la actualidad por las consultas generales, las farmacias de la comunidad y otros proveedores frente a las necesidades que se han identificado.

## ¿CÓMO PUEDEN ABORDARSE LAS DEFICIENCIAS?

### FOCALIZAR LAS REVISIONES DE MEDICACIÓN: UN TIPO DE REVISIÓN PARA CADA PACIENTE

Las revisiones de medicación son habituales dentro del Servicio Nacional de Salud británico para determinados grupos de pacientes. En el Marco Nacional de Servicios para la Tercera

#### Cómo identificar vacíos en la prestación de los servicios

Fuente	Indicador	Intervención	Geografía	Recursos
¿De qué fuente han salido las evidencias sobre una necesidad no satisfecha?	Describase la necesidad no satisfecha	¿A qué servicio o intervención se podría recurrir para satisfacer la necesidad identificada?	¿Cuál es el alcance de la necesidad? ¿Está limitada o restringida por datos demográficos o geográficos? ¿Existen prioridades en relación con la implantación a través de las consultas, que fueran específicas a las localidades?	¿Qué recursos sobre el plan de prestación local hay disponibles para tratar esta necesidad? (¿Encaja en algún programa o prioridad existente?) ¿Debería “clasificarse” esta necesidad dentro del LPD 2008-2009? ¿Existe algún “riesgo” para el ABS en el periodo 2008-2009?

#### La prestación actual en relación con las necesidades

Necesidad identificadas	Servicio actual prestado por las consultas generales	Servicio actual prestado por las farmacias de la comunidad	Servicios prestados por otras personas, enfocados en la necesidad	Vacío entre la necesidad y la prestación actual

#### Marco de prioridades

Incidencia/prevalencia	¿En qué medida es común el problema/la necesidad?
Capacidad de beneficio	El servicio propuesto, ¿beneficiará a pocos o a muchos pacientes?
Desigualdades	¿Cómo aborda el servicio propuesto las desigualdades sanitarias?
Prioridades del Servicio Nacional de Salud	¿Qué prioridades del Servicio Nacional de Salud aborda el servicio, y cómo?
Plazo de los beneficios	El servicio propuesto, ¿prestará un “beneficio rápido” o lleva asociado un periodo de espera?
Adaptación al programa de trabajo más amplio del ABS	El servicio propuesto, ¿cómo encaja con las prioridades generales dentro del ABS?
Eficacia, rentabilidad y VFM	¿Qué evidencias respaldan la prestación del servicio por parte de distintos proveedores?
Valoración del riesgo	¿Qué riesgo existe para el ABS?



Cómo focalizar las revisiones de medicación	
Grupo diana	Problemas específicos
<b>Indicadores asociados a los pacientes</b>	
Tercera edad (> de 75 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa complejo de medicación</li> <li>• Varios fármacos (polifarmacia)</li> <li>• Varios enfermedades (comorbilidad)</li> <li>• Dificultades de cumplimiento</li> <li>• Problemas físicos (deglución, artritis)</li> <li>• Viven en residencias</li> <li>• Estado mental (confusión, ansiedad, depresión, pérdida de memoria)</li> <li>• Viven solos o con escaso apoyo de cuidadores</li> <li>• Ingresos frecuentes en el hospital</li> </ul>
<b>Indicadores asociados a la enfermedad</b>	
Enfermedades largas o complejas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se diagnostica una nueva enfermedad crónica</li> <li>• Polifarmacia</li> <li>• Comorbilidad</li> <li>• Fármacos que necesitan una supervisión especial</li> <li>• Efectos adversos o interacciones con otros fármacos</li> <li>• El plan terapéutico no está actualizado</li> </ul>
Enfermedades complejas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coexisten problemas físicos y de salud mental</li> <li>• El plan terapéutico no está actualizado</li> </ul>
<b>Indicadores asociados a los fármacos</b>	
Regímenes de medicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuatro o más fármacos</li> <li>• Más de 12 dosis al día</li> <li>• Más de 4 cambios en la medicación en los últimos 12 meses</li> <li>• Cambios recientes en el régimen de medicación</li> <li>• Los fármacos proceden de distintos prescriptores</li> </ul>
Fármacos de los "especialistas"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice terapéutico estrecho, por ejemplo, warfarina, amiodarona, litio</li> <li>• Fármacos no utilizados comúnmente en atención primaria</li> <li>• Fármacos que necesitan una supervisión especial</li> </ul>
Eventos asociados a los fármacos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caídas recientes</li> <li>• Reacciones adversas a los fármacos</li> <li>• Reacciones inesperadas o exageradas a uno o varios fármacos</li> <li>• Alta incidencia de automedicación con fármacos sin prescripción o remedios alternativos</li> </ul>
<b>Indicadores del entorno</b>	
Cambio del profesional sanitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes nuevos</li> <li>• Alta reciente del hospital</li> <li>• Transferencia a una residencia</li> </ul>
Residencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polifarmacia</li> <li>• Alimentación artificial</li> <li>• Uso inadecuado de remedios caseros</li> <li>• Prescripción de larga duración de fármacos psicotrópicos, por ejemplo, antipsicóticos o hipnóticos</li> </ul>

Edad se recogen los requisitos que deben cumplir las revisiones realizadas a los pacientes que tienen 65 años de edad o más. Pero hay otros grupos que también podrían beneficiarse de estas revisiones, con lo que el servicio podría centrarse en conseguir el mayor impacto posible con vistas a mejorar la salud de los participantes o a prevenir intervenciones más complicadas (por ejemplo, el ingreso hospitalario).

En la tabla de la página 23 se identifican las personas y situaciones en las cuales la revisión de la medicación puede tener mayores ventajas. Se incluyen indicadores para su correcta realización y planificación, así como para garantizar que están disponibles para los pacientes que saldrían más beneficiados con ellas.

### CÓMO REDISEÑAR LOS SERVICIOS

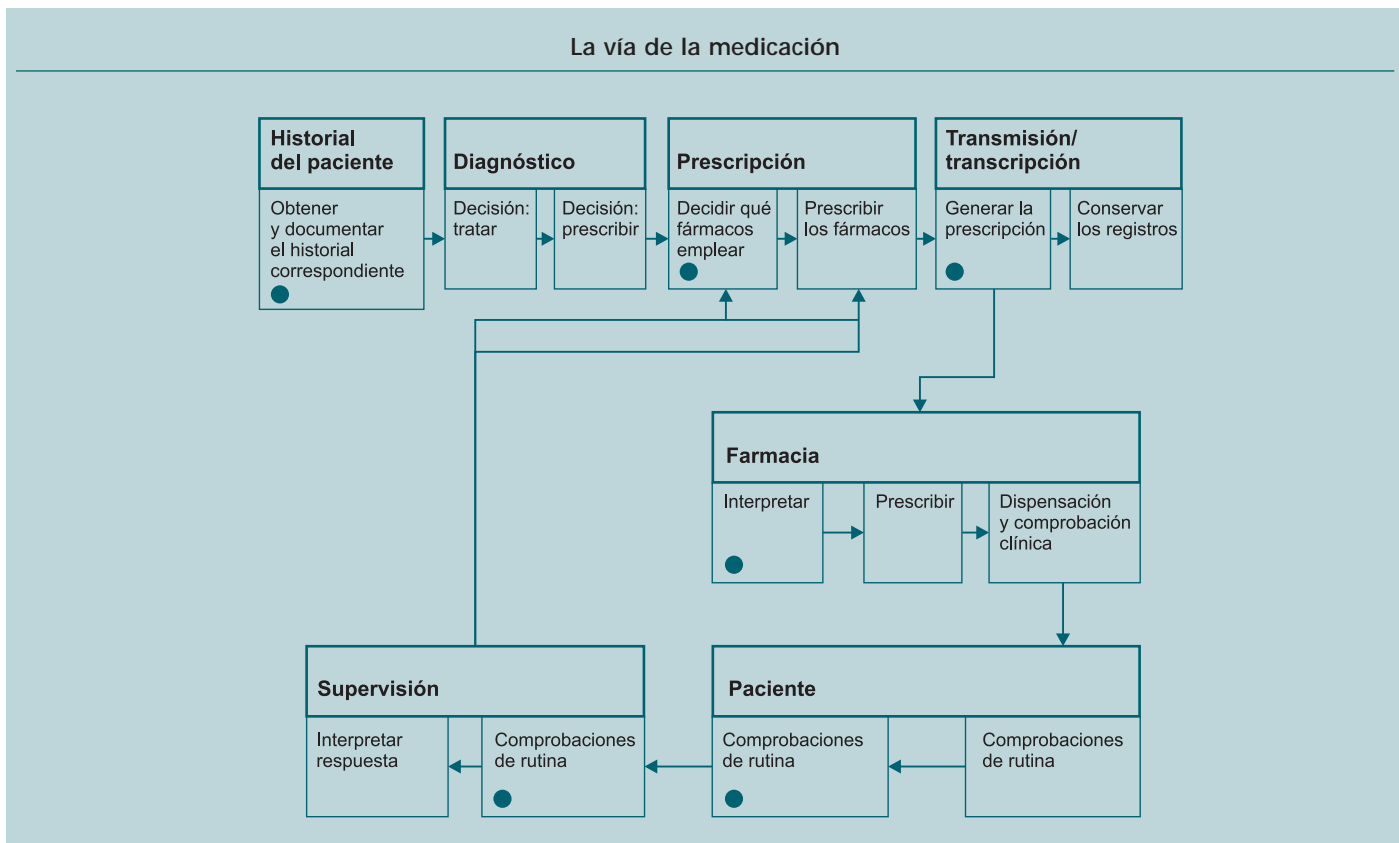
Los fármacos se utilizan en diversas situaciones, de formas distintas, en varias vías y en muchos ámbitos sanitarios. La figura muestra cómo una vía de medicación podría servir como base para rediseñar los servicios de revisión de la medicación. En ella, se identifican los procesos clave que deben estar presentes en cualquier sistema de gestión de fármacos genérico y los factores que llevan a los profesionales a plantearse una

revisión de la medicación. Las distintas vías podrían integrarse, a medida que fueran apareciendo, para garantizar que los problemas relativos a los fármacos se abordan de la manera adecuada. Los círculos indican los pasos en los que la revisión tendría un valor inestimable.

### PROCESO DE SUPERVISIÓN Y RESULTADOS

Los responsables de implantación son los encargados de definir las medidas de calidad como parte de la especificación del servicio y los procesos de supervisión del acuerdo. También deberían considerar los siguientes aspectos en relación con los marcos de supervisión local:

- ¿Cuáles son los objetivos específicos del servicio de revisión de la medicación?
- ¿Cómo se miden los resultados para determinar si se cumplen o no los objetivos?
- ¿Cómo se garantiza la calidad en una revisión?
- ¿Cómo se incrementa la seguridad del paciente a través de los procesos de revisión de medicinas?



## **Ejemplos**

### ***Caso n.º 8: Desarrollo de las políticas de revisión de medicación del ABS***

La política de apoyo a los fármacos del consejo del condado de Devon fue desarrollada en cooperación con las seis ABS locales y el comité farmacéutico local, e incluye la revisión de la medicación. El proceso único de evaluación y las revisiones funcionan como indicadores de la evaluación de concordancia de los fármacos. La política garantiza la aplicación de procesos coherentes a la hora de implantar las ayudas para la gestión de los fármacos como parte de un paquete completo de medidas terapéuticas. [http://www.devon.gov.uk/contrast/index/socialcare/older\\_people/support\\_at\\_home/medicines-support/medication\\_support\\_service\\_policy.htm](http://www.devon.gov.uk/contrast/index/socialcare/older_people/support_at_home/medicines-support/medication_support_service_policy.htm)

### ***Caso n.º 9: Proyecto de derivación para la revisión de la medicación del personal de enfermería del distrito: presentación, valoración de necesidades y evaluación del servicio***

Los farmacéuticos locales de apoyo a la prescripción, el personal de enfermería del distrito y los médicos de personas mayo-

res de un centro de salud desarrollaron un método para que el personal de enfermería pudiera identificar a aquellos pacientes que presentan el mayor riesgo de problemas asociados a la medicación y derivarlos a los farmacéuticos para seguir un proceso de revisión.

Las derivaciones de pacientes impedidos en sus domicilios se limitaron a los casos que no eran urgentes, como por ejemplo la evaluación de las indicaciones, la necesidad de continuar con un fármaco o la dosis adecuada y otros problemas de cumplimiento.

Tras un periodo de prueba, se evaluó la eficacia del servicio y decidió ampliarse para que incluyera a todos los equipos de enfermería del distrito dentro del municipio.

Información de contacto:

Stella Oluwole-Ojo

Farmacéutica de apoyo a la prescripción

Área básica de salud de Wandsworth

[stella.oluwole-ojo@wpct.nhs.uk](mailto:stella.oluwole-ojo@wpct.nhs.uk)



# Agradecimientos

---

## GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA PARA LA REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN

<b>Alison Blenkinsopp</b>	Catedrática de Farmacia, Facultad de Farmacia, Universidad de Keele
<b>Wendy Clyne</b>	Directora auxiliar del Medicines Partnership Programme, NPC Plus
<b>Mike Daly</b>	Jefe del Servicio de Farmacia, Robert Jones and Agnes Hunt Hospital Orthopaedic and District Hospital
<b>Sheelagh Donovan</b>	Especialista en información, sanidad y salud comunitaria, Age Concern England
<b>Denise Farmer</b>	Directora Adjunta de Farmacia Clínica, Northwick Park Hospital, Watford
<b>Angela Haire</b>	Médico de familia
<b>Rachel Hind</b>	Farmacéutica de gestión de casos, Solihull NHS Care Trust
<b>Jasbir Nahal</b>	Enfermero - Gastroenterología, Walsall Hospitals NHS Trust
<b>Richard Seal</b>	Director de Gestión de Fármacos, Centro Nacional de Prescripción

## REVISIÓN DEL DOCUMENTO

<b>Martin Anderson</b>	Director de Política y Asociaciones del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, Asociación de la Industria Farmacéutica Británica
<b>Nina Barnett</b>	Farmacéutica asesora de prescripción geriátrica, Northwick Park Hospital, Londres
<b>Alison Blenkinsopp</b>	Catedrática en Farmacia, Facultad de Farmacia, Universidad de Keele
<b>Alastair Buxton</b>	Jefe de Servicios del Servicio Nacional de Salud, Comité de Negociación de Servicios Farmacéuticos
<b>Jane Cooper</b>	Becaria honoraria de investigación, Universidad de Coventry
<b>Sheelagh Donovan</b>	Especialista en información, sanidad y salud comunitaria, Age Concern England
<b>Margaret Goose</b>	Miembro del Consejo y Presidenta del Grupo directivo para la participación de pacientes y cuidadores, Real Colegio de Médicos del Reino Unido
<b>Clive Jackson</b>	Consejero Delegado del Centro Nacional de Prescripción
<b>Christine Johnson</b>	Asesora clínica especial, Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente del Reino Unido
<b>Lelly Oboh</b>	Asesor encargado de prescripción, Asesor de farmacia del Marco Nacional de Servicios para la Tercera Edad, Servicios de farmacia especializada (Londres, Eastern & South East NHS), Administración de atención primaria de Lambeth
<b>Stella Oluwole-Ojo</b>	Farmacéutica de apoyo a la prescripción, Administración de atención primaria de Wandsworth
<b>Duncan Petty</b>	Profesor, Facultad de Salud, Universidad de Leeds
<b>Theo Raynor</b>	Catedrático de Prácticas de Farmacia, Facultad de Salud, Universidad de Leeds
<b>Hazel Sommerville</b>	Jefe del Servicio de Farmacia, Comisión para la Inspección de los Servicios Sociales
<b>Sara Spiers</b>	Gestión Sanitaria, Diabetes UK
<b>Barbara Stuttle CBE</b>	Enfermera ejecutiva, Administración de atención primaria de South West Essex
<b>Kate Tillet</b>	Director de asuntos externos, Merck Sharp and Dohme Limited
<b>Nayna Zuzarte</b>	Farmacéutica de atención primaria, Administración de atención primaria del condado de Nottinghamshire
<b>Heidi Wright</b>	Jefe de Consulta, Sociedad Real Farmacéutica de Gran Bretaña

**Alisa Donnelly**      Presidente, Grupo de Asociación de Pacientes, Real Colegio de Médicos de Familia  
**David Green**      Director Adjunto, Servicios de Salud Comunitarios, Servicios de Farmacia Especializada del Este y Sureste de Inglaterra  
**Maureen Baker**    Secretaria Honoraria del Consejo, Real Colegio de Médicos de Familia

# Bibliografía y referencias

1. El informe *Room for Review* ("Tiempo de cambio") fue elaborado en 2002 por el *Task Force on Medicines Partnership* (Grupo de trabajo sobre la participación en la prescripción farmacológica) y el *National Collaborative Medicines Management Services Programme* (Programa nacional de colaboración en gestión farmacológica) del *National Prescribing Centre* (Centro Nacional de Prescripción del Reino Unido). Está disponible en: <http://www.keele.ac.uk/schools/pharm/npcplus/medicinespartner/roomforreview.htm>. Este documento titulado *Guía para la revisión de la medicación (A Guide to Medication Review)* actualiza y sustituye al informe *Room for Review*.
2. Richard, N., Coulter, A. *Is the NHS becoming more patients-centred? Trends from the national surveys of NHS patients in England 2002-07*. Picker Institute 2007. [http://www.pickeurope.org/filestore/publications/trends\\_2007\\_final.pdf](http://www.pickeurope.org/filestore/publications/trends_2007_final.pdf)
3. Healthcare Commission. *The best medicine: The management of medicines in acute and specialist trusts* 2007.
4. A menudo se lleva a cabo una revisión de la medicación en la práctica general como parte de la atención y el tratamiento de rutina de los pacientes. Los casos de estudio que se presentan en esta Guía ofrecen ejemplos de servicios específicos de revisión de la medicación con el fin de describir las características y los beneficios para los pacientes de dicha revisión. Las directrices sobre la revisión de la medicación que se dan en esta Guía son relevantes para la revisión de la medicación en la práctica general, así como en otros contextos.
5. *Task Force on Medicines Partnership* y *National Collaborative Medicines Management Services Programme*. *Room for Review. A guide to medication review: The agenda for patients, practitioners and managers* 2002. <http://www.keele.ac.uk/schools/pharm/npcplus/medicinespartner/roomforreview.htm>
6. [http://www.bma.org.uk/ap.nsf/attachmentsbytitle/pdfqof2006/\\$file/quality+and+outcomes+framework+guidance+-+Feb+2006.pdf](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/attachmentsbytitle/pdfqof2006/$file/quality+and+outcomes+framework+guidance+-+Feb+2006.pdf)
7. <http://www.psn.org.uk/index.php?type=page&pid=107&k=2>
8. Healthcare Commission. *The best medicine: The management of medicines in acute and specialist trusts* 2007.
9. Oyne, W., Granby, T., Picton, C. *A competency framework for shared decision-making with patients: Achieving concordance for taking medicines* 2007. [http://www.keele.ac.uk/schools/pharm/npcplus/medicinespartner/compframework\\_decisionmaking.htm](http://www.keele.ac.uk/schools/pharm/npcplus/medicinespartner/compframework_decisionmaking.htm)
10. Healthcare Commission. *The best medicine: The management of medicines in acute and specialist trusts* 2007.
11. Healthcare Commission. *Talking about medicines: The management of medicines in trusts providing mental health services*. 2007.
12. Véase también NICE y NPSA (2007). *Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital*. 2007. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/psg001guidanceword.doc> y RPSGB, GHP, PSNC y PCPA. (2005) *Moving patients medicines safety: Guidance on discharge and transfer planning*. <http://www.psn.org.uk/resources>
13. Horne, R., Weinman, J., Barber, N. y cols. *Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)* 2005.
14. Véase Lowe, C., Petty, D., Raynor, D.K., Zermansky, A. *Development of a method for clinical medication review by a pharmacist in general practice*. *Pharmacy World and Science* 2000; 22: 1216, para consultar la descripción completa de la revisión clínica de la medicación.
15. Healthcare Commission. *Talking about medicines: The management of medicines in trusts providing mental health services*. 2007.
16. Reed, J. *Coping with coming off. MIND publications* 2005.
17. Levenson, R., Celino, G., Dhalla, M. *Evaluation of Room for Review. Part 2. The patient view*. [http://www.keele.ac.uk/schools/pharm/npcplus/medicinespartner/documents/rfr\\_eval\\_2.pdf](http://www.keele.ac.uk/schools/pharm/npcplus/medicinespartner/documents/rfr_eval_2.pdf)
18. Véase también Lewis, T. *Using the NO TEARS tool for medication review*. *Br Med J* 2004; 329: 434.
19. Para saber más sobre las iniciativas de información de prescripción véase: <http://www.informationprescription.info/index.html>
20. Department of Health. *World Class Commissioning*. 2007. [http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh\\_080956](http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_080956)
21. Health Dialog & King's Fund. *Combined Predictive Model: Final Report* 2006. [http://www.networks.nhs.uk/uploads/06/12/combined\\_predictive\\_mode\\_final\\_report.pdf](http://www.networks.nhs.uk/uploads/06/12/combined_predictive_mode_final_report.pdf)
22. Téngase en cuenta que los indicadores farmacológicos en el contrato de los GMS pueden someterse a revisión de cara a los años 2008/2009.
23. Véase <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/content/dispensescheme010806#reviewlthpatientsofcompl>
24. From Celino, G., Blenkinsopp, A., Dhalla, M. *Pharmaceutical needs assessment toolkit. Primary Care Contracting* 2007. [http://www.primarycarecontracting.nhs.uk/uploads/pharmacy/pcc%20\(forMerly%20natpact\)%20pna%20toolkit%20complete.pdf](http://www.primarycarecontracting.nhs.uk/uploads/pharmacy/pcc%20(forMerly%20natpact)%20pna%20toolkit%20complete.pdf)

**ESTEVE**  
*más cerca*