

Seguimiento de los acuerdos de la Comisión de Farmacia y Terapéutica



XI CURSO DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS
Servicios de Farmacia | Hospitales Virgen del Rocío y Son Espases

SEVILLA | DEL 22 AL 25 DE MAYO | 2013

XI CURSO DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

Servicios de Farmacia | Hospitales Virgen del Rocío y Son Espases

M^a Victoria Gil

Taller

Jesús Cotrina

Esther Chamorro



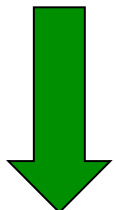
Seguimiento de los acuerdos de la Comisión de Farmacia y Terapéutica

Revisión de métodos teóricos

Taller

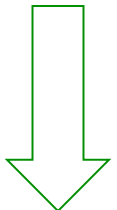


1 EVALUACION



APROBADO CFT

2 POSICIONAMIENTO



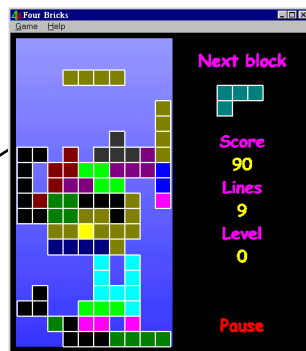
¿QUÉ PACIENTES?





¿Tomamos medidas?

Sí



No

¿Qué medidas?



Sí



No

¿Evaluamos si estas medidas están siendo efectivas?



CAUSAS DE UN POSICIONAMIENTO ERRÓNEO

- Disminución de efectividad
- Aumento de costes
- Seguridad?
- Resistencias (antimicrobianos)



FACTORES QUE FAVORECEN POSICIONAMIENTO ERRÓNEO

- Nuevo fármaco
- Presión industria
- Desconocimiento



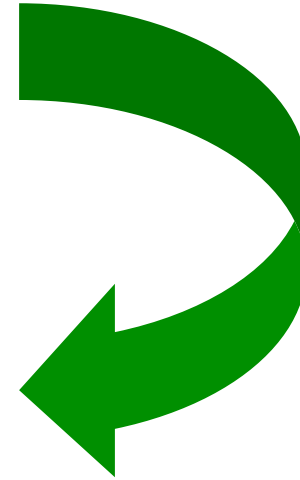
Mejor Medida



MÉTODOS

1.- MÉTODOS DE MEJORA DEL CUMPLIMIENTO

- ✓ MÉTODOS RESTRICTIVOS
- ✓ MÉTODOS EDUCATIVOS
- ✓ MÉTODOS MULTIFACTORIALES



2.- MÉTODOS DE ANÁLISIS DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO

SEGUIMIENTO DE USO O EUM



Métodos de restricción

- Facultativos
- Áreas médicas
- Antibiograma o prueba analítica
- Stop order
- Prescripción electrónica asistida
- Impresos normalizados de prescripción



H.U. Virgen del Rocío

SOLICITUD DE ANTIBIÓTICOS DE

(Pegar la etiqueta identificativa del paciente o rellenar los datos)

Paciente:
NHC: Cama: Servicio:

CEFEPIMA

- Neumonía nosocomial en no UCI, riesgo d
- Neutropenia febril o neumonía en paciente
- Neumonía grave en paciente VIH o con so
- Infecciones de shunt permanente de LCR e
- Meningitis tras traumatismo craneal
- Mediastinitis post-cirugía cardiovascular
- Infección posquirúrgica de piel y partes bli
- Tromboflebitis supurada secundaria a catéti

LEVOFLOXACINO

- Neumonía grave adquirida en la comunidad
- Neumonía comunitaria si alergia a β -lactár
- Neumonía comunitaria en paciente jóvenes
- Alergia a β -lactámicos en neumonía nosoc
- EPOC moderada/grave si alergia a β -lactár
- Profilaxis en pacientes hematológicos desd

PIPERACILINA / TAZOBACTAM

- Fascitis necrotizante con sospecha de bacil
- Fiebre en paciente neutropénico con mucos
- Infección intraabdominal nosocomial prod
- Neumonía nosocomial aspirativa o sobre c
- Neumonía nosocomial grave o en ventilaci
- Neumonía comunitaria grave con sospecha
- Tratamiento empírico del pie diabético, tra
- Sepsis urológica nosocomial
- Sospecha de infección polimicrobiana en u

IMPENEM

- Neumonía nosocomial y sepsis de foco des
- Pancreatitis aguda grave con necrosis >50%
- Sospecha de infección por *A. baumannii*
- Fracaso en infección polimicrobiana o por
- Sepsis grave o shock séptico en neutropéni

MEROPENEM

- Igual que imipenem, si riesgo de convulsio

VANOMICINA

- Sospecha de infección por *Staphylococcus* crónica terminal, endocarditis o infección

TEICOPLANINA

- Igual que vancomicina si CICr < 30 ml/mir salvo IRC terminal, endocarditis o infecció

LINEZOLID

- Infección por enterococos vancomicina-res
- Neumonía nosocomial (UCI actual o previ (antibioterapia en 15 d previos, ingreso > 5
- Infección posquirúrgica grave de piel y pa
- Indicación de glucopéptidos sin acceso ver
- Endofalmitis posttraumática o postquirúrgi

SULBACTAM

- Infección por *A. baumannii* multiresisten

COLISTINA

- Infección por *A. baumannii* multiresisten
- Neumonía grave comunitaria con sospecha
- Infección intraabdominal, colecistitis o piel

ERTAPENEM

- Sepsis grave o shock séptico
- Tratamiento con quinolonas, aminope
- Tres de los siguientes: >60 años, DM,]

Dosis: _____ Posología: _____ Vía: _____

Comisión de Infecciones y Antibioterapia Comis



SOLICITUD DE ANTIFÚNGIK

(Pegar etiqueta del enfermo o rellenar todos los

Nombre del enfermo _____

Servicio _____ Cama _____ Nº Hº _____

• **VORICONAZOL:** Dosis: 6 mg/Kg IV c/12 h el 1º día, vía oral 200 mg c/12 h en cuanto sea posible.

- Aspergilosis invasora** definida o probable en adul
- Tratamiento oral de la candidiasis esofágica por Car fluconazol e itraconazol.
- Tratamiento de infecciones fúngicas por *Scedospori*

• **CASPOFUNGINA:** Dosis de carga inicial: 70 mg IV

- Tratamiento de la **candidiasis invasora** en pacientes adult **infecciones por *Candida* con sospecha de resistencia a fluc o falta de respuesta a Anfotericina B deoxicolato**, definido
 - Pacientes con **función renal deteriorada** (Cr basal >= 2
 - Nefrotoxicidad debida a Anfotericina B desoxicolato** (Cr
 - Falta de respuesta a Anfotericina B desoxicolato** (tr do. ⁽¹⁾ En otras circunstancias, Fluconazol es el tratamiento de el.

- Tratamiento empírico de pacientes oncohematológicos, con sin respuesta al tratamiento antimicrobiano y **con contraind uso de anfotericina B deoxicolato**, definido por:
 - Pacientes con **función renal deteriorada** (Creatinemia
 - Nefrotoxicidad debida a Anfotericina B desoxicolato** (Cr
 - Pacientes que **no han respondido a tratamiento con considera fracaso con Anfotericina B desoxicolato la falt**

- Tratamiento de la **aspergilosis invasora** definida o probabl
 - Fracaso al tratamiento con Voriconazol en pacientes
 - Intolerancia a Voriconazol o insuficiencia renal r tratamiento con Voriconazol intravenoso, e imposible

• ANFOTERICINA B (PRESENTACIONES LIPÍDIC

- Tratamiento de aquellas micosis invasoras que pre respuesta al uso de Anfotericina B convencional, Caspo (Utilizar como primera opción Anfotericina B complejo disfunción de órganos o falta de repuesta a esta última,

Especificar causa:

NOTA: REMITIR AL SERVICIO DE FARMACIA. ESTA PETICIÓN ES VÁLIDA UTILIZAR PARA PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES SIN SISTEMA D



SOLICITUD DE TRATAMIENTO CON DABIGATRAN

(Pegar etiqueta del enfermo o rellenar todos los datos)

Nombre del enfermo _____

Servicio _____ Nº Hº _____ Cama _____

Fecha: _____
Facultativo: _____
FIRMA: _____

Peso _____ Kg. Talla _____ cm Fecha de la intervención / /

CRITERIOS DE INDICACIÓN:

Cirugía de reemplazo total de cadera programada

- Pacientes entre 18 y 75 años: 110 mg (1-4 h posterior a cirugía), continuar con 220 mg 1 vez al día, 28-35 días
- Pacientes mayores de 75 años: 75 mg (1-4 h posterior a cirugía), continuar con 150 mg 1 vez al día, 28-35 días

Cirugía de reemplazo total de rodilla programada

- Pacientes entre 18 y 75 años: 110 mg (1-4 h posterior a cirugía), continuar con 220 mg 1 vez al día, 10 días
- Pacientes mayores de 75 años: 75 mg (1-4 h posterior a cirugía), continuar con 150 mg 1 vez al día, 10 días

Pacientes con insuficiencia renal moderada (CICr 30-50 ml/min)

- Cirugía de reemplazo total de cadera programada: 75 mg (1-4 h posterior a cirugía), continuar con 150 mg 1 vez al día, 28-35 días
- Cirugía de reemplazo total de rodilla programada: 75 mg (1-4 h posterior a cirugía), continuar con 150 mg 1 vez al día, 10 días

Pacientes en tratamiento con amiodarona o verapamilo

- 150 mg al día

Pacientes en tratamiento con verapamilo e insuficiencia renal moderada

- 75 mg al día

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE FARMACIA:

- PROCEDE LA DISPENSACIÓN
- NO PROCEDE LA DISPENSACIÓN:

MOTIVO: _____

Fecha: _____



Métodos educativos



- Elaboración y difusión de los acuerdos de la CFT.
- Boletines, conferencias, cursos, seminarios, sesiones con equipos médicos.
- Feed-back a médicos sobre utilización - resistencias.
- Entrevista con prescriptor sobre su perfil de prescripción.
- Asesorías prospectivas



Programa Institucional para la Optimización de los Antimicrobianos (PRIOAM)

Comisión de Infecciones y Antimicrobianos
Hospital Universitario Virgen del Rocío
Mayo 2010



Referencias

1. Dellit TH, Owens RC, McGowan JE Jr, Gerding DN, Weinstein RA, et al. Infectious Diseases Society of America; Society for Healthcare Epidemiology of America. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of **America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship**. Clin Infect Dis 2007;44:159-77.
2. Pope SD, Dellit TH, Owens RC, Hooton TM; Infectious Diseases Society of America; Society for Healthcare Epidemiology of America. **Results of survey on implementation** of Infectious Diseases Society of America and Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. Infect Control Hosp Epidemiol 2009;30:97-8.



1. Institucional

Creado

- Comisión de Infecciones y Antimicrobianos (grupo multidisciplinar)

Aprobado

- Comisión Central de Calidad
- Consejo Asesor de Unidades Clínicas
- Dirección Médica

Objetivo de los Acuerdos de Gestión

- AG-2011 de las UC



2. Educativo

Documentación propia

- Guías diagnóstico y tratamiento (16 guías, principales síndromes, 4 autores por guía)

Difusión (Sesiones clínicas en todas UGC)

Asesorías clínicas
(Inicio Diciembre 2010)

Informes periódicos
(Trimestrales)



Fichas asesoría (tratamiento empírico)

1	¿Está indicado el tratamiento antimicrobiano empírico?	Si o no.
2	¿La precocidad de la administración es apropiada?	Si o no.
3	¿Estaba indicada la toma de muestras para el diagnóstico microbiológico en este paciente? Si la respuesta a la anterior pregunta es afirmativa, ¿La toma de muestras se realizó de forma correcta?	Si o no. Si o no.
4	¿El antimicrobiano/s elegido es apropiado?	Si o no.
5	¿La dosis es la apropiada?	Si o no.
6	¿La vía de administración es la apropiada?	Si o no.
7	¿Si estaban indicadas otras medidas terapéuticas de la infección, se han realizado correctamente?	Si o no.
8	¿La duración del tratamiento realizado y/o previsto es apropiada?	Si o no.



3. Evaluación de resultados

1. Optimizar el uso de antimicrobianos
 - Análisis Asesorías
2. Reducir la mortalidad infecciones graves
 - Mortalidad bacteriemias (6)
3. Reducir morbilidad infecciones graves
 - Estancia hospitalaria bacteriemias (6)
4. Reducir las resistencias bacterianas
 - Bacterias R/1000 estancias.
5. Reducción costes
 - Gasto en antimicrobianos



MÉTODOS MULTIFACTORIALES



Janssen

IMPORTANT
DRUG
WARNING

Alerta FDA ◇

depresión respiratoria:

naive, dolor agudo,

postoperatorio, riesgo asociado

Estudio previo Hospital

utilización no adecuada

(analgesia rescate,

dosis, seguimiento)

XI CURSO DE EVALUACIÓN Y
SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

Servicios de Farmacia | Hospitales Virgen del Rocío y Son Espases

Intervención multifactorial:

-Medidas **restrictivas** de
utilización de FT

-Medidas **educativas** para
difundir e implantar estas
indicaciones



PRESENTACIÓN CFT
(Febrero 2006)



SELECCIÓN GRUPO DE TRABAJO (multidisciplinar)
(Marzo 2006)



BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA
(Abril 2006)



REUNIONES Y ELABORACIÓN
(Mayo, Junio y Septiembre)



DIFUSIÓN, DISEMINACIÓN E IMPLEMENTACIÓN



Aprobación PROTOCOLO, GUÍA RÁPIDA, HOJA DE INFORMACIÓN PACIENTE por la CFT
(Octubre 2006)





Comisión de Farmacia y Terapéutica
**RECOMENDACIONES DE UTILIZACIÓN
DE FENTANILO TRANSDÉRMICO**
Octubre 2006

Autores:

Barrot Cortés, Emilia	Respiratorio
Duque Granado, Antonio	Hospitalización Domiciliaria
Gil Navarro, María Victoria	Farmacia Hospitalaria
Herrera Mateos, Julia	Urgencias
Martínez Calderón, Francisco	Clinica del Dolor
Molina López, Teresa	Farmacia, Distrito Sevilla
Núñez Vázquez, Ramiro	Hematología
Rangel Sousa, Diego	Farmacología clínica
Santos Ramos, Bernardo	Farmacia Hospitalaria
Torelló Iserte, Jaime	Farmacología Clínica
Varela Aguilar, José Manuel	Medicina Interna

Revisores externos: Comisión de Farmacia y Terapéutica

INTRODUCCION

La administración transdérmica de Fentanilo representa un gran avance para la administración de opiáceos en aquellos pacientes con dolor crónico estable y compromiso de la vía oral. Sin embargo, es un método ineficaz para el control del dolor agudo o inestable y sigue siendo un método de segunda elección frente a las formas retardadas de administración oral.^{1,2}

Por otro lado, esta forma de administración presenta algunas desventajas adicionales³:

- Está sujeta a una mayor variabilidad interindividual respecto a otras formas de administración cuyos efectos son más reproducibles entre los individuos (como la oral, y por supuesto la parenteral).
- La suspensión del fármaco en caso de acontecimientos adversos supone una lenta reversibilidad del efecto.
- Tiene un alto coste

Desde la comercialización de este medicamento se ha producido una utilización masiva y a veces poco ajustada a las evidencias disponibles que ha conducido a la aparición de acontecimientos adversos y que, a su vez, ha motivado alertas de las agencias reguladoras como la FDA (Food and Drugs Administration) de los EEUU y la europea EMEA (Agencia Europea del

Comisión de Farmacia y Terapéutica



G UÍA RÁPIDA de...

Utilización de Fentanilo Parches Transdérmicos

Hospitales Universitarios VIRGEN DEL ROCÍO



INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL

INTERVENCIÓN	MECANISMO	FECHA	ETAPA
0.- Correo a Dirección Médica	Envío a Dirección médica del protocolo.	Octubre de 2006	<i>Difusión</i>
1.- Mailing	1.- Mailing del director médico a todos los jefes de servicios del Hospital	Octubre de 2006	
	2.- Mailing a todos los clínicos del Hospital	Noviembre de 2006	
2.- Correo interno	Envío por correo del protocolo, guía rápida y hoja de información	Diciembre de 2006	
3.- Protocolo en Intranet	Acceso directo al Protocolo desde la página Web Intranet del Hospital	Diciembre de 2006 (continúa actualmente)	



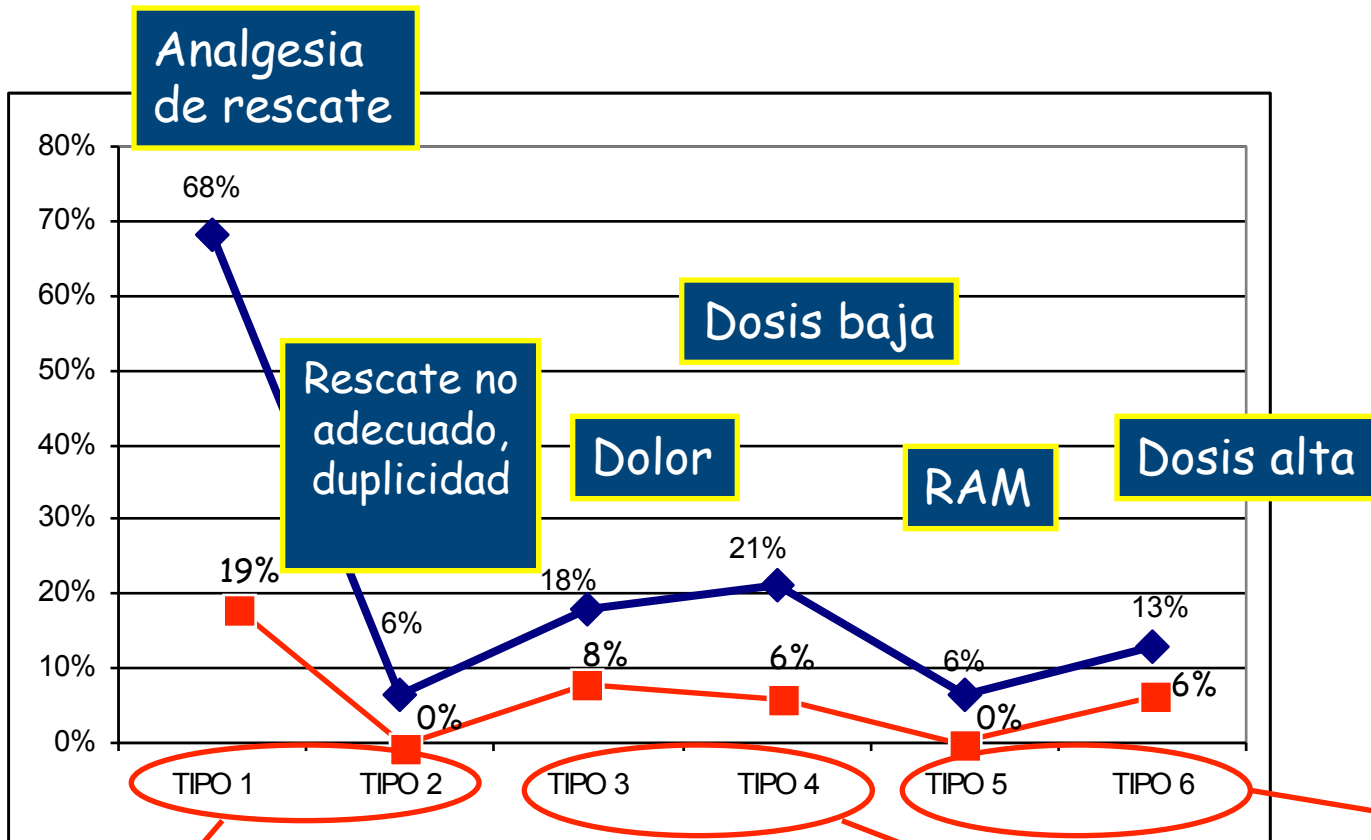
INTERVENCIÓN	MECANISMO	FECHA	ETAPA
4.- Sesiones	CFT	Octubre de 2006	<i>Diseminación</i>
	UGC Farmacia	Octubre de 2006	
	M. Interna	Noviembre de 2006	
	Digestivo	Noviembre de 2006	
	Oncología	Noviembre de 2006	
	Urología	Noviembre de 2006	
	Respiratorio y CTO	Diciembre de 2006	
	Farmacología	Diciembre de 2006	
	Colagenosis	Diciembre de 2006	
	Hematología	Enero de 2007	
	Reumatología	Enero de 2007	



5.- Información directa	Localización del clínico tras cada prescripción no adecuada	A partir de Octubre de 2006	<i>Implementación</i>
6.- Colaboración con algún miembro CFT o grupo de trabajo del protocolo	Si conflicto entre clínico y farmacéutico en prescripción-validación	A partir de Octubre de 2006	
7.- Información al paciente	Al alta	A partir de Diciembre de 2006	



ESTUDIO PRE-POST INTERVENCIÓN



NECESIDAD

SEGURIDAD

EFFECTIVIDAD





¿Cuál es el mejor método?

BMC Health Services Research

Interventions designed to improve the quality and efficiency of medication use in managed care: A critical review of the literature – 2001–2007

Christine Y Lu¹, Dennis Ross-Degnan¹, Stephen B Soumerai¹ and Sallie-Anne Pearson*²

BMC Health Services Research 2008, 8:75

	Educational	Monitoring & Feedback	Formulary*	Collaborative Care Involving Pharmacists	Disease Management†	TOTAL
All studies	20	22	66	15	41	164
Methodologically acceptable studies	7	16	15	5	8	51
RCT	5	10	2	3	7	27
Interrupted time series						10
Pre/post studies comparison						14
Interventions in methodologically acceptable studies‡	17	18	21	5	8	69

COMBINACION ESTRATEGIAS

Eficaz

Ineficaz: boletines
Eficaz: GPC, protocolos +
Sesiones clínicas para
implantarlos

50%
Eficaz: prescripción
Electrónica asistida

Eficaz cuando se implanta.
Difícil a lo largo del tiempo

Programa
Estructural
Multidisciplinar

Changing Medication Use in Managed Care: A Critical Review of the Available Evidence

*Sallie-Anne Pearson, PhD; Dennis Ross-Degnan, ScD;
Ann Payson, MA; and Stephen B. Soumerai, ScD*

Study Type	Number of Studies				
	Educational	Monitoring and Feedback	Disease Management	Formulary Change	Financial
All studies	33	20	33	13	6
Acceptable studies	10	9	25	4	1
Acceptable interventions*	11	11	18	4	1
Educational					
Educational materials only	28	8	19	3	0
Educational materials and drug samples	3	1	0	0	0
Group education	20	7	19	2	0
Participatory guideline development	16	4	8	0	0
One-to-one educational outreach	14	3	7	1	0
Monitoring and feedback					
Aggregated feedback	9	7	3	3	1
Patient-specific feedback	2	14	3	1	0
Disease management					
Disease management	6	2	33	0	0
Formulary change					
Formulary change	1	3	0	13	1
Financial incentives					
Financial incentives	0	1	0	0	6

*Changing Medication Use in
Managed Care: A Critical Review of
the Available Evidence. Am J Manag
Care 2003;9:715-731)*

➤ Distribución material educativo escrito medida aislada
INEFICAZ

➤ Participación desarrollo GPC
CONSENSO LOCAL

➤ Feedback
ACUMULATIVO , MEJORES RESULTADOS

➤ Sesiones colectivas aportan mejoras moderadas en la
calidad prescripción.
**MEJOR AUDIT
PERSONAL.**

COMBINACION ESTRATEGIAS



Estudios de utilización de medicamentos

DEFINICION

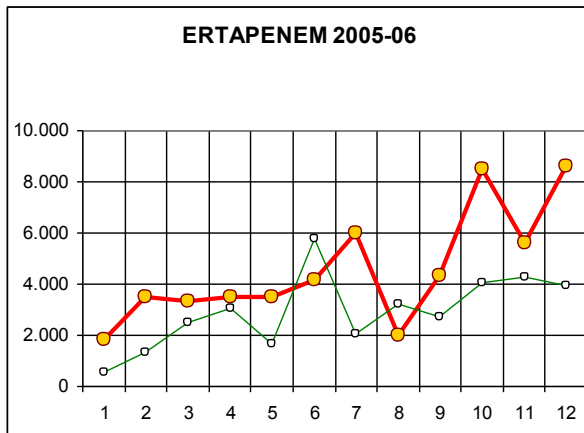
- ❖ Estudios epidemiológicos descriptivos
- ❖ Prescripción, dispensación, consumo, cumplimiento terapéutico
- ❖ Población determinada
- ❖ Uso racional del medicamento

- E. Consumos
- E. Prescripción
- E. Esquemas terapéuticos
- E. Efectividad tratamiento



Estudios de consumo

76%



Validación multidisciplinar

Farmacéutico +
MEInfecciosas

Estudio de prescripción-
indicación' -->
Intervención (auditoría
Prospectiva)



SEGUIMIENTO PROSPECTIVO ERTAPENEM

3 meses: 44 prescripciones

ERTAPENEM

- Neumonía grave comunitaria con sospecha de aspiración macroscópica
- Infección intraabdominal, colecistitis o pielonefritis comunitarias con riesgo de *Escherichia coli* BLEE
 - Sepsis grave o shock séptico
 - Tratamiento con quinolonas, aminopenicilinas, o cefalosporinas en los 2 últimos meses
 - Tres de los siguientes: >60 años, DM, ITU recurrente, sondaje urinario, ingreso en el último año

PRESCRIPCIONES	44
CUMPLEN CRITERIO	44% (n=19)
RECOMENDACIÓN ACEPTADA	54%



Efectividad: resolución infección sin cambio de AB

		EFFECTIVIDAD
INDICACION NO ADECUADA	CAMBIO DE AB	92%
	NO CAMBIO DE AB	55,5%
INDICACION ADECUADA	-	94%



Recomendaciones y situación

- SEFH
- ASHP
- Otros Países
- WHO



Estrategias para la contención de costes en Farmacia de Hospital. Normas y Procedimientos SEFH.2003

- 1.- Protocolos terapéuticos, vías clínicas** (aquellas patologías de mayor trascendencia farmacoeconómica). Algunos casos con atención primaria.
- 2. Promover mejorar la relación coste/efectividad en la utilización de los medicamentos:** indicaciones aprobadas, dosis, vía de administración (promoción terapia secuencial), duración de tratamiento, etc.
- 3. Estudios utilización de medicamentos**
- 4. Desarrollar un programa de seguimiento y análisis presupuestario**
(a nivel general, por Servicio o Unidad Clínica, paciente y GRD. Informar periódicamente del consumo de medicamentos a la Dirección del hospital, Comisión de Farmacia y Terapéutica y responsables clínicos)



ASHP Guidelines on Medication-Use Evaluation

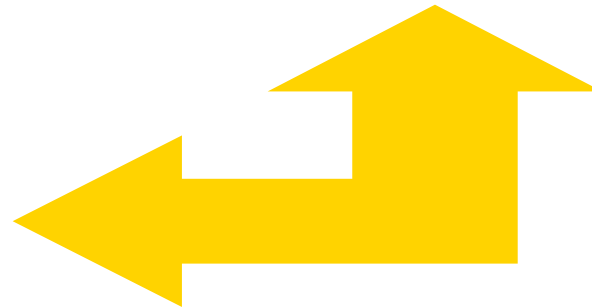
□ **Seleccionar medicamentos**

Recién
incluidos
por la CFT

- RAM, interacciones graves
- Medicamentos que se van a prescribir con alta frecuencia
- Que se prescriben en situaciones críticas
- Es más efectivo cuando se utiliza en determinadas subpoblaciones
- Mal uso: efecto negativo sobre el paciente o costes
- Medicamentos con alto impacto presupuestario
- Aparición alerta seguridad, error de medicación
- fracasos terapéuticos sin justificación, aparición de resistencias bacterianas

Posteriormente

¿Objetivos?



PASOS

- **Autorización institucional: CFT (formación de grupos de trabajo)**
- **Indicadores para evaluar el uso adecuado**



- **Prioridades**
- **Criterios, GPC, protocolos, impresos**
- **Procesos educativos para difundir GPC, protocolos**

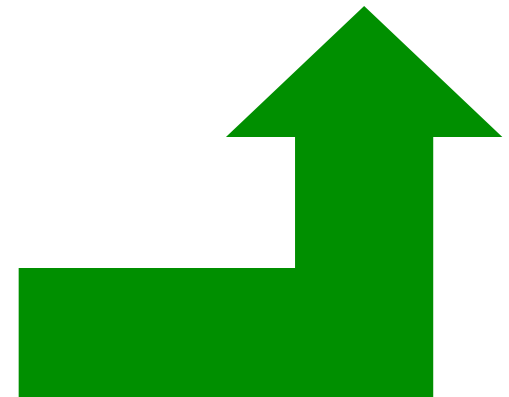


- **Recoger datos de utilización y evaluación**
- **Estrategias para mejorar en las debilidades encontradas**



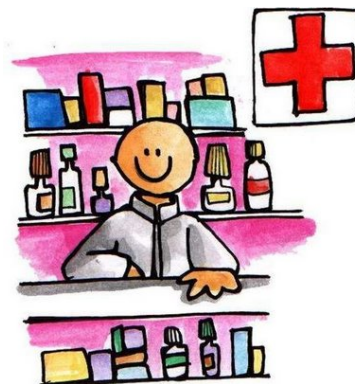
- **Incorporar estas estrategias a GPC, protocolos**
- **Realizar el mismo proceso anterior de difusión**

- **Volver a medir**



Responsabilidades

- Formación: líder y colaborador con otros profesionales
- Validación de prescripciones según criterios y detectando usos inadecuados
- Organizando programas de utilización de medicamentos
- Identificar, resolver y prevenir problemas con los medicamentos
- Detectar debilidades de los programas de seguimiento de medicamentos
- Proporcionar información y medidas educativas de una buena utilización de medicamentos



Recursos

- Acuerdo CFT (basado en bibliografía)
- GPC estudios de utilización de medicamentos
- Programas informáticos
- Proceso continuo (revisar, mejorar, evaluar cambios....)

Debilidades

- Falta de autoridad (no estar aprobado por CFT)
- No involucrar a personal médico, enfermería...
- No definir funciones de cada participante
- Mala comunicación, documentación, falta de participación
- Falta de seguimiento en el tiempo

PRACTICE STANDARDS

SHPA Standards of Practice for Drug Use Evaluation in Australian Hospitals

SHPA Committee of Specialty Practice in Drug Use Evaluation

These are standards of professional practice and not standards prepared or endorsed by the Standards Association of Australia. They are not legally binding.

INTRODUCTION

Drug use evaluation (DUE) is a systematic quality improvement activity. The purpose of DUE is to improve the quality and cost-effectiveness of drug (medicine) use, and thereby improve patient care.

DUE may be applied to a drug, therapeutic class, disease state or condition, a drug use process or specific outcomes.¹ It may be applied in various practice settings, including hospitals, other health facilities, and community practice environments.² DUE is an essential component of pharmacy service provision, clinical pharmacy practice and

EXTENT AND OPERATION

Program Authority and Responsibility

DUE should be part of a systematic and multidisciplinary approach. All those involved in the drug use process (prescribers, pharmacists, nurses, hospital managers, consumers) are important to the success of a DUE program. Attention must be given to the relationships between all interested parties.

For DUE to operate effectively in the institutional context, it must have legitimacy and must operate with institutional authority. The program should be authorised

- Estudios/seguimiento de utilización de medicamentos:
 - Institucional (autoridad)
 - Continuo, cíclico, dinámico
 - Multidisciplinar
 - Mejorar coste-efectividad y seguridad del uso de medicamentos

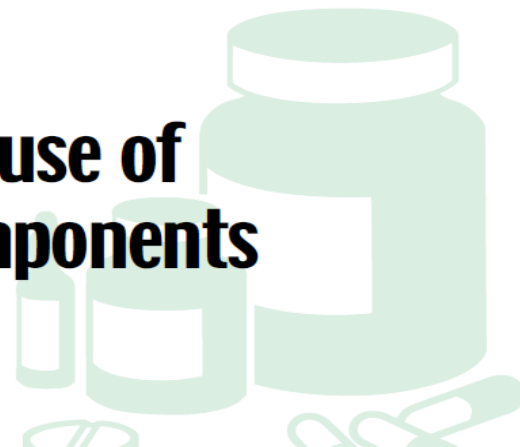




September 2002
World Health Organization
Geneva

5

Promoting rational use of medicines: core components

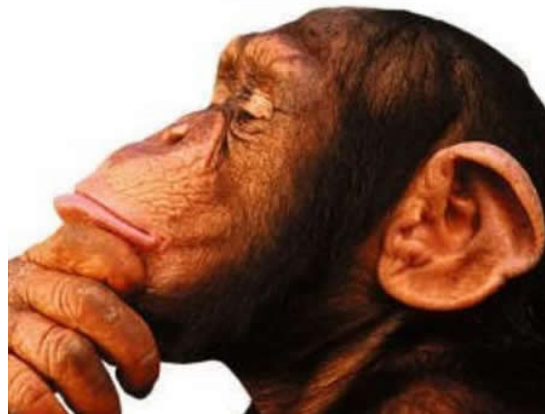


Box 4 Twelve core interventions to promote more rational use of medicines

1. A mandated multi-disciplinary national body to coordinate medicine use policies
2. Clinical guidelines
3. Essential medicines list based on treatments of choice
4. Drugs and therapeutics committees in districts and hospitals
5. Problem-based pharmacotherapy training in undergraduate curricula
6. Continuing in-service medical education as a licensure requirement
7. Supervision, audit and feedback
8. Independent information on medicines
9. Public education about medicines
10. Avoidance of perverse financial incentives
11. Appropriate and enforced regulation
12. Sufficient government expenditure to ensure availability of medicines and staff



¿En qué situación nos encontramos?



ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Prescribing and transcribing—2010

CRAIG A. PEDERSEN, PHILIP J. SCHNEIDER, AND DOUGLAS J. SCHECKELHOFF

Table 2.
Use of Formulary System Management Techniques

Technique	All Hospitals (%)			
	2001 ^a (n = 531)	2004 ^b (n = 492)	2007 ^c (n = 530)	2010 (n = 562)
Therapeutic interchange policy	83.5	90.9	88.7	91.9 ^a
Minimal duplication of multisource products	96.3	92.9	87.2	91.3
Minimal duplication of therapeutically equivalent products	90.7	83.2	80.3	82.8
Pharmacist interventions designed to help monitor prescriber compliance with established medication-use policies	89.0	81.2	73.9	82.3 ^b
Regular review of new therapeutic agents	76.8	70.3	68.3	69.4 ^c
Education of prescribers regarding medication costs	84.5	65.2	64.5	62.6
Regular review of therapeutic categories	62.2	56.2	52.9	57.9 ^d
Regular review of nonformulary drugs	48.2	54.9	52.5	56.3 ^a
Evaluation of comparative effectiveness research	... ^f	40.3 ^a
Prior approval required for nonformulary product use	26.2	28.0	28.3	32.5 ^b
Regular evaluation of physician adherence to medication-use policies	37.5	33.5	30.7	31.0 ^c

Table 3.
Use of Drug Policy Tools by Pharmacy and Therapeutics Committees—2010

Drug Policy Tool	All Hospitals (%) (n = 563)	Hospitals, by No. Staffed Beds (%)						
		<50 (n = 93)	50–99 (n = 88)	100–199 (n = 73)	200–299 (n = 84)	300–399 (n = 80)	400–599 (n = 92)	≥600 (n = 53)
Therapeutic interchange	91.0 ^a	82.8	95.5	97.3	92.9	92.5	94.6	96.2
Comparing the effectiveness of products when making formulary decisions	84.1 ^a	72.0	86.4	87.7	92.9	93.8	96.7	94.3
Clinical practice guidelines that include medications	78.2 ^c	67.7	81.8	79.5	83.3	90.0	90.2	94.3
Medication-use evaluation	66.2 ^d	41.9	63.6	75.3	85.7	88.8	89.1	98.1
Protocols that transfer authority for product selection and dosing from prescribers to pharmacy	65.3 ^a	54.8	69.3	71.2	69.0	71.2	73.9	71.7
Traditional restrictive formulary with a limited list of medications	50.2 ^f	41.9	48.9	60.3	45.2	56.2	60.9	64.2
Restricting prescribing of certain categories of medications to certain specialties or only with consultation	48.4 ^g	18.3	38.6	63.0	67.9	82.5	83.7	90.6
Formulary decisions made based on rigorous pharmacoeconomic thresholds	38.5 ^h	28.0	42.0	49.3	34.5	42.5	50.0	43.4
Making formulary decisions based on package labeling	25.4 ⁱ	17.2	20.5	34.2	31.0	27.5	30.4	39.6
Rationing of medications based on expected patient outcomes and cost of therapy	13.8	15.1	10.2	11.0	15.5	15.0	16.3	24.5

Table 8.
Percentage of Hospitals Using Various Methods for Providing Prescri

Method	Prescribers with Objective Drug Information		
	2001 ⁶ (n = 529)	2004 ³ (n = 491)	2007 (n = 530)
Staff pharmacists routinely answer questions	98.0	96.4	94.9 ^b
Newsletters or bulletins	72.9	68.5	59.4 ^c
Continuing-education programs	62.7	47.7	32.9 ^d
Disseminating results of medication-use evaluation	64.3	63.9	48.4 ^e
Electronic drug information product	48.1	60.4	67.6 ^f
Formal drug information center	5.7	4.1	8.1 ^g
Academic detailing	7.9	6.4	4.8 ^h
Pharmacist attending rounds	30.4	35.3	34.4 ⁱ



- Disminuyen formularios de prescripción → aumentan Protocolos/GPC (más información)
- Disminuyen EUM retrospectivos
- Aumentan métodos mejora de prescripción prospectivos
 - Validación de prescripciones : información farmacéutico, intervención
 - Programas de prescripción electrónica asistida



IDEAS CLAVES

- ❑ **Seguimiento prospectivo**

- ❑ **En la conclusión del informe**
 - ❑ ¿Cómo se va a realizar el seguimiento?
 - ❑ ¿Quiénes?
 - ❑ ¿Cuándo se va a revisar si se está cumpliendo el acuerdo?

- ❑ **Máximas medidas**
 - ❑ Protocolos
 - ❑ Impresos
 - ❑ Educativas, difusión
 - ❑ Prescripción electrónica

