



# **INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA CONTRATO GESTIÓN 2010**

Servicio de Gestión Farmacéutica.  
Dirección General de Asistencia Sanitaria.  
Servicio Murciano de Salud

## Mejorar la eficiencia de la prescripción farmacéutica impulsando la prescripción por principio activo.

### Prescripción por Principio Activo:

*El manejo de los fármacos por su nombre es de gran importancia para el uso apropiado de los medicamentos, mejora el conocimiento de los mismos, aumenta la seguridad en su uso, ya que todos los nombres de la misma forma, y a la vez aseguramos la máxima eficiencia en la prestación farmacéutica.*

*Afecta en mayor o menor medida a todos los agentes que intervienen en la llamada cadena del medicamento (profesionales sanitarios, pacientes, oficinas de farmacia, industria farmacéutica, administración sanitaria...), con intereses que no siempre son coincidentes, no obstante, la mejora en la calidad de los tratamientos que reciben los pacientes ha de ser un principio básico de todo sistema sanitario.*

*La Denominación Común Internacional (DCI) es el nombre real del fármaco: principio activo que cura, atenúa o previene un trastorno de salud. La nomenclatura DCI fue creada por la OMS en 1.953 con el objetivo de dotar de un nombre específico a cada sustancia farmacológica, de forma que pudiera ser reconocida y pronunciada en todo el mundo. La idea primordial era la creación de un lenguaje global común que superase la confusión que se genera por la utilización de los múltiples nombres comerciales. La Denominación Oficial Española (DOE) la establece la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y consiste en una adaptación lingüística de la DCI.*

*La Ley de Garantías recoge que cuando un medicamento se prescribe por principio activo, el farmacéutico ha de dispensar uno de los medicamentos de menor precio y si entre ellos hay un Equivalente Farmacéutico Genérico (EFG) está obligado a dispensar éste.*

- LEY 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- <http://www.boe.es/boe/dias/2006/07/27/pdfs/A28122-28165.pdf>
- Guidelines on the Use of INNs for Pharmaceutical Substances (1997). <http://apps.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/pdf/h1806e/h1806e.pdf> [consultado junio 2009]
- ORDEN SCO/3997/2006, de 28 de diciembre, por la que se determinan los conjuntos de medicamentos y sus precios de referencia y por la que se regulan determinados aspectos para la aplicación de lo dispuesto por la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/30/pdfs/A46744-46886.pdf>

**Indicador:** % Envases medicamentos prescritos por principio activo/total de envases de medicamentos.

	Objetivo	Criterios de evaluación	PTOS
%Envases medicamentos prescritos por principio activo/total de envases de medicamentos	≥25%	≥25%	4
		21,6-24,99	3
		18,3-21,59	2
		15-18,29	1
		<15	0

### Prescripción por Medicamento Genérico:

Los medicamentos genéricos (EFG) son productos de eficacia clínica demostrada y más económicos al haber expirado el periodo de exclusividad de datos del medicamento original, asegura idénticas condiciones de calidad, seguridad y eficacia a menor precio. (Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios).

**Indicador: %Envases EFG/total de envases de medicamentos**  
**Indicador: %Envases EFG/total de envases de medicamentos incluidos en los grupos de intercambio.**

El primer indicador, nos muestra, los medicamentos que se han prescrito como EFG sobre el total de medicamentos prescritos y el segundo solo compara con aquellos que se encuentran en un grupo de intercambio y, por tanto, existe al menos una EFG en el mercado para ese principio activo.

	% EFG	% EFG/Grupo intercambio
Prescriptor 1	9,68%	51,69%
Prescriptor 2	9,38%	24,77%

Como se ve en el ejemplo, 2 prescriptores con un porcentaje similar de genéricos, tienen el indicador de genéricos por grupo de intercambio muy diferente debido a la existencia o no de EFG en los medicamentos prescritos por cada uno de los facultativos.

	Objetivo	Criterios de evaluación	PTOS
%Envases EFG/total de envases de medicamentos AP	≥ 17%	≥17%	4
		14,67-16,99	3
		12,34-14,66	2
		10-12,33	1
		<10	0
%Envases EFG/total de envases de medicamentos incluidos en los grupos de intercambio	≥ 45%	≥45%	4
		41,7-44,99	3
		38-41,69	2
		34-37,99	1
		<34	0

**Minimizar la prescripción de nuevos medicamentos comercializados en los últimos 5 años, sin aportación relevante a la terapéutica (NMSAR).**

### Prescripción de Novedades Terapéuticas.

La autorización de un nuevo medicamento por los organismos competentes garantiza un mínimo de calidad, eficacia y seguridad, demostradas en los ensayos clínicos. Pero son las condiciones reales de uso las que confirman estos datos. Por ello, el uso de Nuevos Medicamentos sin aportación Relevante (NMSAR) debería minimizarse, con el fin de disminuir el riesgo potencial de efectos secundarios no descritos en el momento de la comercialización y que podrían ir apareciendo con el uso.

*En el indicador se incluyen los medicamentos comercializados en los últimos 5 años que no tienen una aportación relevante a la terapéutica. Las fuentes que se utilizan para la valoración de las novedades son múltiples. Entre ellas se encuentran las evaluaciones realizadas por los centros autonómicos de medicamentos, por el grupo Génesis de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, así como otra información sobre medicamentos, entre ellas las de las agencias reguladoras.*

**Indicador:** %DDD de NMSAR/DDD total de medicamentos

	Objetivo	Criterios de evaluación	PTOS
%DDD de NMSAR/DDD total de medicamentos	≤2%	≤2%	4
		2,01-233	3
		2,34-2,66	2
		2,67-3	1
		>3	0

**Adequar las prescripciones a la Guía Farmacoterapéutica del Servicio Murciano de Salud (GFT) para garantizar la coordinación terapéutica con Atención Especializada**

**Prescripción de medicamentos incluidos en GFT**

*Una GFT se elabora gracias a un proceso multidisciplinario de selección de medicamentos y de política de utilización de los mismos. El número de medicamentos que hay en el mercado es amplio y a veces las diferencias entre ellos son mínimas. El uso de una GFT, donde la selección de medicamentos se basa en estudios comparativos, favorece un uso más adecuado de los mismos al reducir el número de fármacos que se utilizan ayudando a un mayor conocimiento y a una mayor eficiencia de los mismos gracias al proceso de selección.*

**Indicador:** %DDD de medicamentos incluidos en la GFT/total de DDD de medicamentos prescritos

	Objetivo	Criterios de evaluación	PTOS
%DDD de medicamentos incluidos en la GFT/total de DDD de medicamentos	≥70%	≥70%	4
		66,7-69,99	3
		63,3-66,69	2
		60,63,29	1
		<60	0

## Adequar la prescripción a criterios de calidad en grupos de fármacos específicos.

### Selección de los inhibidores de la angiotensina-convertasa (IECA) como antihipertensivos:

*Los IECA son una excelente opción antihipertensiva de primera línea. En las situaciones clínicas en las que IECA y los Antagonistas de la Angiotensina II (ARA II) están indicados, los IECA son los fármacos de elección en función de criterios de eficacia, seguridad, adecuación y coste. Se recurriría, por tanto, a los ARA II ante una intolerancia a los IECA.*

- González-Juanatey JR, et al. Actualización (2003) de las Guías de Práctica Clínica en hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol 2003; 56: 487 - 497
- Institut Català de la Salut. Estàndard de qualitat de prescripció farmacèutica dels equips d'atenció primària 2007 [www.gencat.net/ics/professionals/pdf/eqpf\\_2007.pdf](http://www.gencat.net/ics/professionals/pdf/eqpf_2007.pdf)[13/06/2008]

**Indicador:** %DDD de IECA solos o asociados con tiazidas/DDD de IECA + ARA-II solos o asociados con tiazidas.

	Objetivo	Criterios de evaluación	PTOS
%DDD de IECA solos o asociados con tiazidas/DDD de IECA + ARA-II solos o asociados con tiazidas	≥60%	≥60%	4
		50-59,99	3
		40-49,99	2
		35-39,99	1
		<35	0

### Selección de Tiazidas:

*Los diuréticos son, junto con los betabloqueantes, los fármacos antihipertensivos con los que más experiencia se ha acumulado. Los ensayos clínicos que comparan los diuréticos con otros medicamentos antihipertensivos muestran beneficios de aquellos en la prevención de las complicaciones cardiovasculares. Muestran, además, que son bien tolerados en general y, por último, son más económicos que otros grupos de antihipertensivos. Por tanto, se recomiendan como los fármacos de elección en el inicio del tratamiento de la hipertensión.*

- Federico Lombera Romero et al.- Guías de práctica clínica de la SEC en hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol 2000; 53: 66-90.
- Estudio ALLHAT JAMA 2002; 288: 2981-97

**Indicador:** %DDD de de tiazidas solas o asociadas con otros antihipertensivos/DDD de antihipertensivos

Se entiende por tiazidas en asociación, y se computan en el numerador, las asociaciones de tiazidas con diuréticos ahorradores de potasio, betabloqueantes adrenérgicos e IECA.

	Atención primaria		
	Objetivo	Criterios de evaluación	PTOS
Selección de Tiazidas: %DDD de de tiazidas solas o asociadas con otros antihipertensivos/DDD de antihipertensivos.	<b>≥25%</b>	≥25%	4
		23,3-24,99	3
		21,7-23,29	2
		20-21,69	1
		<20	0

### Selección de estatinas:

*Las estatinas han demostrado ser beneficiosas en la prevención, tanto primaria como secundaria, del riesgo cardiovascular. Por razones de eficacia, seguridad y coste, simvastatina debería ser la estatina de elección para los pacientes que necesiten reducción de c-LDL.*

- European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2007, 14 (Supp 2): E1-E40.
- Heart Protection Study Collaborative Group Lifetime cost effectiveness of simvastatin in a range of risk groups and age groups derived from a randomised trial of 20 536 people BMJ. 2006 Dec 2; 333(7579):1145.

**Indicador:** %DDD simvastatina/DDD estatinas.

	Objetivo	Criterios de evaluación	PTOS
%DDD de simvastatina/DDD estatinas.	<b>≥50%</b>	≥50%	4
		40-49,99	3
		30-39,99	2
		25-29,99	1
		<25	0

### Selección de Antiasmáticos.

*En el asma, las asociaciones de glucocorticoide inhalado y agonista B2 de acción prolongada, sólo estarían indicadas cuando un corticoide inhalado a dosis medias no controla la enfermedad (aprox. 14%). En ese caso el uso de agonistas B2 y glucocorticoides inhalados (GCI) podrían mejorar los síntomas y disminuir las exacerbaciones. Sin embargo, debe recordarse que estas asociaciones a dosis fijas no presentan ventajas en cuanto a eficacia clínica respecto a la administración de cada fármaco de forma independiente y dificulta la modificación de la dosis de uno de ellos.*

*Estas recomendaciones se apoyan además en datos de seguridad, especialmente en los obtenidos en el estudio SMART (Salmeterol Multicenter Asthma Research Trial), donde se encontró un incremento en las muertes relacionadas con el asma en el grupo de pacientes tratados con salmeterol, aunque el uso conjunto de corticoides inhalados parecía disminuir el riesgo.*

*En el caso del EPOC, solo estarían indicados en aquellos casos en que fuera necesario un corticoide inhalado (aprox. < 10%). Así, la utilización de agonistas B2 de acción prolongada y corticoide inhalados podría mejorar los resultados obtenidos por los agonistas B2 en exacerbaciones y por los corticoides inhalados en síntomas y calidad de vida, apoyando su uso en*

*pacientes con enfermedad moderada o grave que además presentan un número de exacerbaciones anuales igual o superior a 2. No obstante hay pocos estudios comparativos que avalen los resultados obtenidos frente a placebo.*

*Los resultados del ensayo TORCH, que comparaba la asociación de fluticasona y salmeterol en pacientes con EPOC, parece confirmar que los agonistas B2 de acción prolongada no afectan a la mortalidad en pacientes con EPOC. En cualquier caso, debido a los problemas de seguridad observados en pacientes con asma, las agencias reguladoras continúan monitorizando la seguridad de estos fármacos tanto en asma como en EPOC.*

- Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2006  
<http://www.seicap.es/documentos/archivos/GINA2006general.pdf>
- Diez, F et al. Guía clínica para el manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica FAP 2006;4, 2: 51-56.  
<http://www.sefap.org/revista/pdf/4.2.5.pdf>
- de Lucas et al. Agonistas adrenérgicos B2 y corticoides. Arch Bronconeumol 2008; 43: 11-17
- Nelson HS, Weiss ST, et al. The Salmeterol Multicenter Asthma Research Trial: A comparison of usual pharmacotherapy for asthma or usual pharmacotherapy plus Salmeterol. 2006; 129: 15- 26. Chest 2006;129:15-26.
- Infac. Información Farmacoterapéutica de la Comarca. Seguridad de los Tratamientos Inhalados en Asma y EPOC. Vol. 17 N° 9 2009.
- Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Volumen 30, N° 4/2006.
- Calverley PMA, Anderson JA, Celli B, et al. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2007;356:775-89.

**Indicador:** %DDD de B2-adrenérgicos de larga duración asociados a corticoides/DDD de antiasmáticos.

	Atención Primaria		
	Objetivo	Criterios de evaluación	PTOS
% B2 adrenérgicos LD + corticoides/total antiasmáticos	≤20%	≤20%	4
		20,01-22,99	3
		23-26,99	2
		27-30	1
		>30	0

### Selección de antiulcerosos:

*En estudios que comparan inhibidores de la bomba de protones (IBP) se ha visto que todos son igual de eficaces clínicamente en las indicaciones autorizadas, siempre que se utilicen a dosis equipotentes. Así, por criterios de eficacia, seguridad, adecuación, experiencia clínica y coste, omeprazol, por vía oral se considera el IBP de elección.*

	CTD ref (€)(febrero 2010)
Omeprazol	0,13
Lansoprazol	0,85
Pantoprazol	1,02
Esomeprazol*	1,37-2,04
Rabeprazol*	1,45-1,67

\* No disponen de grupo de referencia. Se indica el rango según las especialidades incluidas en el nomenclador de febrero de 2010

- M Michael Wolfe, MD Uptodate: Overview and comparison of the proton pump inhibitors for the treatment of acid-related disorders. Enero 2008  
[http://www.utdol.com/online/content/topic.do?topicKey=acidpep/10094&selectedTitle=1-150&source=search\\_result#](http://www.utdol.com/online/content/topic.do?topicKey=acidpep/10094&selectedTitle=1-150&source=search_result#)

**Indicador:** %DDD omeprazol /DDD inhibidores de la bomba de protones

	Objetivo	Criterios de evaluación	PTOS
%DDD omeprazol /DDD inhibidores de la bomba de protones	≥75%	≥75%	4
		71,7-74,99	3
		68,3-71,69	2
		65-68,29	1
		<65	0

### Selección de AINE:

*Por razones de seguridad, ibuprofeno se considera AINE de elección y naproxeno y diclofenaco se consideran AINE alternativos teniendo en cuenta que naproxeno tiene un perfil de seguridad cardiovascular más favorable y diclofenaco un mejor perfil de seguridad gastrointestinal. Se selecciona más de un AINE, ya que todos no han sido estudiados en todas las indicaciones, así como por la respuesta interindividual entre un paciente y otro.*

- Institut Català de la Salut. Estàndard de qualitat de prescripció farmacèutica dels equips d'atenció primària 2007 [www.gencat.net/ics/professionals/pdf/eqpf\\_2007.pdf](http://www.gencat.net/ics/professionals/pdf/eqpf_2007.pdf) [13/06/2008]
- Insalud. Programa de mejora de la prescripción farmacológica en Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1998.

**Indicador:** %DDD Ibuprofeno + Diclofenaco +Naproxeno/DDD AINE.

	Objetivo	Criterios de evaluación	PTOS
%DDD Ibuprofeno + Diclofenaco +Naproxeno/DDD AINE	≥70%	≥70%	4
		66,7-69,99	3
		63,3-66,69	2
		60-63,29	1
		<60	0

## Fomentar el uso adecuado de los antibióticos en la comunidad

### Antibióticos de primer nivel

*Intentando mejorar el uso de antibióticos en las patologías más frecuentes en el paciente adulto en atención primaria, se pretende disminuir el uso de antibióticos de amplio espectro o con indicaciones que no constituyen primera elección, reservándolos para patologías más graves o para cuando haya resistencias.*

**Indicador:** %DDD de antibióticos de primer nivel en Atención Primaria/DDD de antibióticos sistémicos.

	Atención Primaria		
	Objetivo	Criterios de evaluación	PTOS
Selección de antibióticos %DDD de antibióticos de primer nivel en Atención Primaria/DDD de antibióticos sistémicos.	≥75%	≥75%	4
		73,7-74,99	3
		71,7-73,29	2
		70-71,69	1
		<70	0

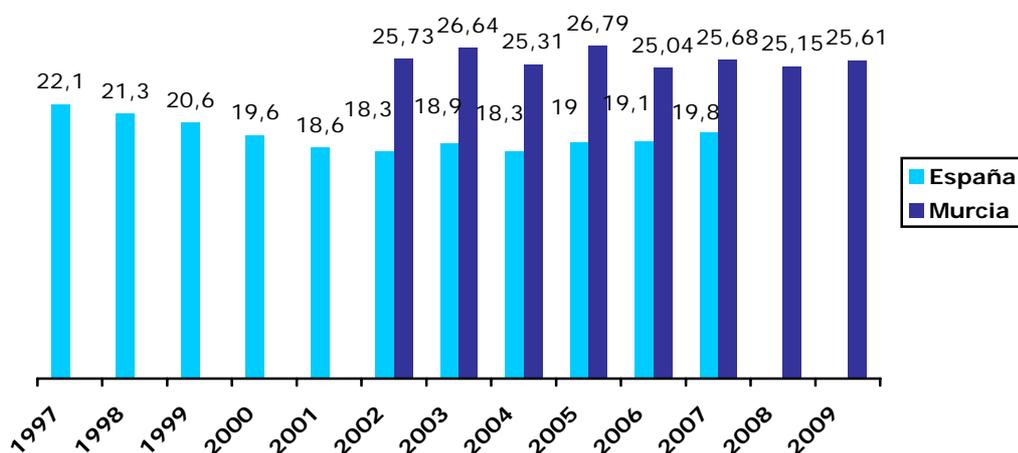
## Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes por día (DHD) de antibióticos AP

Se pretende mejorar el uso de antibacterianos en las patologías infecciosas más frecuentes en el ámbito de la atención primaria, en los pacientes adultos, disminuyendo el uso innecesario, como, por ejemplo, en las patologías víricas, buscando, entre otros, una disminución de resistencias.

España, como otros países del sur de Europa, se ha caracterizado por un elevado uso de antibióticos y, paralelamente, por una elevada tasa de resistencias. Todo hace pensar que ambas variables están relacionadas. Se encuentra entre los países más consumidores de antibióticos de Europa en cantidad total y además, consume, sobre todo, antibióticos de amplio espectro que tienen mayor impacto en el desarrollo de resistencias.

La Región de Murcia muestra consumos de antibióticos mayores que la media nacional como se puede observar en la gráfica (datos propios).

- Uso de Antibióticos en España <http://www.agemed.es/profHumana/observatorio/docs/uso-antibioticos-oct07.pdf> [12/6/09]
- European Surveillance of Antimicrobial Consumption <http://www.esac.ua.ac.be/> [12/6/2009].



Evolución del uso de antibióticos con cargo al SNS expresado en Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día.

**Indicador:** Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de antibióticos AP

	Atención Primaria		
	Objetivo	Criterios de evaluación	PTOS
Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de antibióticos AP	≤20	≤20	4
		20,01-21,3	3
		21,31-22,7	2
		22,71-24	1
		>24	0

**PEDIATRÍA:** Adecuar la utilización de antibióticos y antiasmáticos a criterios de calidad de prescripción en AP

Antibióticos.

*La amplia diseminación de la resistencia a antibióticos en pediatría aconsejan incorporar en la toma de decisiones terapéuticas el riesgo de generar y diseminar resistencia a los antibióticos.*

*En relación con Europa y otros países occidentales, España presenta registros muy desfavorables de resistencia, especialmente en patógenos comunitarios de especial incidencia en infecciones pediátricas como son Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae y Streptococcus pyogenes.*

*En España, la resistencia a penicilina, por un lado, y a penicilina combinada con resistencia simultánea a macrólidos en cepas de neumococo invasivas, por otro, se encuentra entre las más elevadas de Europa según el programa EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System)*

*Streptococcus pneumoniae es el causante de la mayoría de las infecciones bacterianas del tracto respiratorio: otitis, sinusitis, neumonía exacerbación de bronquitis crónica y otras infecciones como meningitis y bacteremias.*

*Aunque las resistencias a penicilina son de las más altas de Europa, en los últimos años han disminuido, especialmente en niños, gracias al uso de la vacuna pneumocócica y a la reducción del uso de antibióticos.*

*Por otro lado, el incremento en el uso de macrólidos debido especialmente a su comodidad en el uso, podría favorecer el incremento en la aparición de resistencias.*

- Campos Marqués J. La resistencia a antibióticos: un problema pediátrico. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 61-7.
- Otero, J. et al. Trends in Antimicrobial Resistance in 1,968 Invasive Streptococcus pneumoniae Strains Isolated in Spanish Hospitals (2001 to 2003): Decreasing Penicillin Resistance in Children's Isolates Journal of Clinical Microbiology, Dec. 2004, p. 5571-5577.

**Indicador:** %DDD de penicilinas/DDD antibióticos sistémicos (oral, inyectable).

**Indicador:** %DDD de amoxicilina-clavulánico/DDD penicilinas.

**Indicador:** %DDD de macrólidos/DDD antibióticos sistémicos.

Atención Primaria			
	Objetivo	Criterios de evaluación	PTOS
%DDD de penicilinas/DDD antibióticos sistémicos (oral, inyectable)	≥75%	≥75%	4
		70-74,99	3
		65-69,99	2
		60-64,99	1
		<60	0
%DDD de amoxicilina-clavulánico/DDD penicilinas.	≤50%	≤50%	4
		50,01-60	3
		60,01-65	2
		65,01-70	1
		>70	0
%DDD de macrólidos/DDD antibióticos sistémicos	≤7%	≤7%	4
		7,01-8,5	3
		8,51-10	2
		10,01-12	1
		>12	0

### Antasmáticos:

*Con el tratamiento del asma se pretende controlar la enfermedad, prevenir exacerbaciones y la obstrucción crónica al flujo aéreo y reducir la mortalidad.*

*Según las guías de tratamiento de las distintas sociedades científicas el tratamiento recomendado en el asma infantil, es utilizar, para la crisis asmática, los agonistas B2 adrenérgicos inhalados de acción corta como primera línea de tratamiento. La vía inhalatoria es de elección por presentar una mayor efectividad con menos efectos secundarios.*

*El tratamiento del asma episódica frecuente incluye glucocorticoides inhalados a dosis bajas, en un siguiente escalón. En el asma persistente moderada, se puede iniciar el tratamiento con una combinación de glucocorticoides inhalados a dosis bajas más un antileucotrieno en menores de 4 años, o un agonista B2 adrenérgico de acción larga en mayores de 4 años.*

*Los datos de seguridad de mortalidad y efectos adversos obtenidos tras el ensayo SMART han dado lugar a recomendaciones específicas para el uso de los agonistas B2 adrenérgicos de larga duración, que se reservan para casos de moderados a graves y preferiblemente con tratamiento combinado con glucocorticoides inhalados.*

- Gema 2009. Guía española para el manejo del asma.
- Consenso sobre tratamiento del asma en pediatría. An Pediatr (Barc) 2006;64(4):365-78
- Indicadores de calidad de la prescripción. Contrato de Gestión 2009. Dirección Asistencial del Servicio de Salud de las Islas Baleares.
- Nelson HS, Weiss ST, et al. The Salmeterol Multicenter Asthma Research Trial: A comparison of usual pharmacotherapy for asthma or usual pharmacotherapy plus Salmeterol. 2006; 129; 15- 26. Chest 2006;129:15-26.

**Indicador:** %DDD salbutamol inhalado / DDD broncodilatadores acción corta vía inhalatoria/oral.

**Indicador:** %DDD budesonida o fluticasona inh/DDD antiasmáticos mantenimiento inhalados.

	Atención Primaria		
	Objetivo	Criterios de evaluación	PTOS
%DDD salbutamol inhalado / DDD broncodilatadores acción corta vía inhalatoria/oral	≥95%	≥95%	4
		93-94,99	3
		88-92,99	2
		85-87,99	1
		<85	0
%DDD budesonida o fluticasona inh/DDD antiasmáticos mantenimiento inhalados.	≥85%	≤85%	4
		78-84,99	3
		72-77,99	2
		65-71,99	1
		>65	0

### Incrementar la emisión de recetas por consulta en Atención Especializada.

*La prescripción en recetas oficiales del SMS en la consulta de atención especializada de los tratamientos de inicio facilita al enfermo el acceso a la medicación necesaria, sin necesidad de acudir a la consulta de atención primaria para comenzar su tratamiento. Así queda también recogido en la Circular 8/96 del INSALUD, “el médico especialista realizará la primera prescripción en recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud”.*

**Indicador:** Recetas por consulta de Atención Especializada.

	Atención especializada		
	Objetivo	Criterios de evaluación	PTOS
Recetas por consulta de AE.	<b>0,5</b>	≥0,5	4
		0,47-0,49	3
		0,43-0,46	2
		0,4-0,42	1
		<0,4	0

### Aumentar la utilización de sistemas de apoyo a la prescripción en Atención Primaria.

*El uso de los sistemas de apoyo a la prescripción contribuye al uso más seguro de los medicamentos y facilita la gestión de la prestación farmacéutica. En la actualidad, en el SMS, estos sistemas solo están implantados en Atención Primaria, aunque ya hay experiencias piloto también en Atención Especializada.*

**Indicador:** %Recetas prescritas en OMI/Total de recetas.

	Atención primaria		
	Objetivo	Criterios de evaluación	PTOS
% Recetas prescritas en OMI/Total de recetas	<b>≥85%</b>	≥85%	4
		81-85	3
		78-80,99	2
		75-77,99	1
		<75	0

### SALUD MENTAL: Se optimizará la prescripción con recetas de antipsicóticos depot.

*Risperidona Depot está indicada para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes previamente estabilizados con un antipsicótico por vía oral.*

*Los estudios indican que la risperidona oral y la depot son similares en términos de eficacia, aunque la depot podría ser recomendable en pacientes con problemas de adherencia y algunos casos de efectos secundarios.*

*Risperidona depot debería reservarse, por tanto, para aquellos pacientes que a pesar de una serie de intervenciones psicosociales integrales destinadas a promover la adaptación y la adherencia, repetidamente fracasan en adherirse a la medicación necesaria y presentan recaídas frecuentes.*

*Actualmente no hay estudios concluyentes que muestren ventajas claras de un tipo de forma farmacéutica frente a otra, salvo quizás, las de adherencia, sin embargo las formas depot podría asociarse con discinesias, especialmente a las dosis más altas.*

- *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2005;39(1-2):1-30.)*
- *Hosalli P, Davis JM. Risperidona de depósito para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).*

	Salud Mental		
	Objetivo	Criterios de evaluación	PTOS
%DDD de Risperidona oral o bucal/DDD Risperidona	<b>≥60%</b>	≥60% 53-59,99 47-52,99 40-46,99 <40	4 3 2 1 0

## DEFINICIÓN DE DOSIS DIARIA DEFINIDA (DDD) Y DOSIS DIARIA DEFINIDA POR MIL HABITANTES DÍA (DHD).

*La DDD se define como la dosis media diaria de mantenimiento cuando se usa en su principal indicación en adultos y la establece el Who Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology.*

*La DHD se define como la DDD por mil habitantes y día.*

- The DDD definition and principles. Who Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology <http://www.whocc.no/atcddd/> [13/3/2009]