

Implantación de una estrategia para mejorar la calidad de prescripción en absorbentes de incontinencia urinaria

Rev. O.F.I.L. 2014, 24;3:165-171

Fecha de recepción: 29/04/2014 - Fecha de aceptación: 06/06/2014

GONZÁLEZ BUENO J¹, ROMERO HERNÁNDEZ I², LÓPEZ MORENO JL³, MÁRQUEZ FERRANDO M⁴, RAMOS GUERRERO RM⁴,
LÓPEZ PALOMINO J⁴

1 Farmacéutico Interno Residente Farmacia Hospitalaria. Unidad de Gestión Clínica de Farmacia. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

2 Farmacéutico Interno Residente Farmacia Hospitalaria. Unidad de Gestión Clínica de Farmacia. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España

3 Técnico Especialista de Informática. Departamento de Informática. Distrito Sanitario de Atención Primaria Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz. España

4 Farmacéutico de Atención Primaria. Servicio de Farmacia. Distrito Sanitario de Atención Primaria Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz. España

Resumen

Introducción: La prescripción de absorbentes de incontinencia urinaria (AIU) se caracteriza por una marcada heterogeneidad, consecuencia de aplicar criterios individuales procedentes de la experiencia del prescriptor y por las preferencias de los usuarios.

Objetivos: Diseñar y evaluar el impacto de una estrategia para mejorar la calidad de prescripción en AIU mediante el establecimiento de un protocolo consensuado basado en criterios de evidencia clínica que permita la valoración individualizada de cada paciente.

Material y métodos: Estudio prospectivo realizado entre abril-diciembre de 2013 en un distrito de atención primaria que proporciona cobertura sanitaria a una población aproximada de medio millón de habitantes. Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar y se diseñó una herramienta informática de ayuda a la prescripción de AIU basada en guías habitualmente empleadas en nuestro entorno para el manejo de la incontinencia.

Resultados: Se implantó un algoritmo para la prescripción de AIU en el que se establecía la pauta máxima a prescribir según la severidad de la incontinencia urinaria y el nivel funcional del paciente. Esta herramienta integra automáticamente los datos administrativos así como una calculadora para estimar la capacidad total de absorción de la pauta prescrita.

Derivada de la estrategia, se apreció una moderación en el consumo de AIU, traducida en un ahorro total de 291.411 €, correspondientes a una reducción del 10,1% sobre el gasto total en AIU del distrito.

Conclusiones: La implantación de un protocolo destinado a promover la eficiencia en el empleo de AIU constituye una herramienta útil para la gestión adecuada de estos recursos.

Palabras clave: Absorbentes, incontinencia urinaria, uso adecuado del medicamento.

Correspondencia:

Jesús López Palomino

Distrito Sanitario de Atención Primaria Bahía de Cádiz-La Janda

Servicio de Farmacia

Avda. Ramón de Carranza, 19 - 11006, Cádiz

Correo electrónico: jesus.lopez.palomino.sspa@juntadeandalucia.es

Development of a prescription quality improvement plan in respect of urinary incontinence pads

Summary

Introduction: The way in which urinary incontinence pads (UIP) are prescribed is characterised by a marked heterogeneity, a consequence of the application of individual criteria deriving from the experience of the prescriber, and the preferences of the users.

Objective: To develop and assess the impact of a plan to improve UIP prescription quality through the implementation of a treatment protocol which permits the individual assessment of each patient based on previously agreed objective criteria.

Material and methods: A pilot study was undertaken, between April and December 2013, in a Primary Healthcare District offering healthcare services to a population of approximately half a million inhabitants. By creating a multidisciplinary work group and using the best scientific evidence available, we developed a useful tool in assessing the quality of UIP prescribing practices.

Results: An algorithm was developed in which the maximum UIP treatment was established in accordance with the severity of the urinary incontinence and the functional level of the patient. This tool automatically incorporates the administrative data and includes a calculator to estimate the total absorption capacity of the treatment prescribed.

As a result of the quality improvement plan, there was an appreciable decline in UIP consumption, resulting in total savings of 291,411 €, equivalent to a 10.1% reduction in the overall expenditure on urinary incontinence pads by the healthcare district.

Conclusions: The introduction of a plan to promote efficiency in the use of UIP is a useful tool in the efficient management of these resources.

Key Words: Incontinence pads, urinary incontinence, proper use of drugs.

Introducción

La situación económica actual se ha relacionado con una disminución de los presupuestos destinados a los sistemas nacionales de salud¹.

En el ámbito del medicamento, se han puesto en marcha múltiples medidas a nivel tanto nacional² como autonómico³ con objeto de disminuir, racionalizar y optimizar su gasto y así garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Sin embargo, los productos sanitarios, aún suponiendo aproximadamente el 7,5% del gasto sanitario en Europa de acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud⁴, no suelen ser objeto de medidas orientadas a la racionalización de su empleo aunque si de otras centradas en garantizar la calidad y seguridad de los mismos⁵.

Los absorbentes de incontinencia urinaria (AIU), las tiras reactivas para el control de la glucemia y los apósitos medicamentosos son tres de los grupos que más contribuyen al gasto en recetas de productos sanitarios en la Comunidad Autónoma de Andalucía. El incremento de la esperanza de vida, así como la elevada prevalencia de la incontinencia urinaria en la población mayor, se relacionan con una prescripción cada vez más extensa de los AIU⁶. En el último año, los AIU se vincularon con una inversión presupuestaria en la comunidad andaluza superior a los 40 millones de euros⁷.

En la práctica clínica, la prescripción de los AIU reviste una importante complejidad dada la existencia de múltiples alternativas de prescripción. Éstas varían según la capacidad de absorción, forma y tipo de sujeción del pro-

Tabla 1
Pautas aprobadas para su prescripción en función del nivel funcional y grado de incontinencia del paciente

Nivel funcional	Grado de incontinencia	Pauta
Paciente autónomo	Leve y moderada	Compresas no financiadas
Paciente autónomo	Severa	6 ptos. de grado de incontinencia: 1 abs. para el día + 1 abs. para la noche
Paciente autónomo	Severa	8 ptos. de grado de incontinencia: 2 abs. para el día + 1 abs. para la noche
Paciente que requiere un cuidador y/o un dispositivo para moverse	Leve	1 abs. para el día + 1 abs. para la noche
Paciente que requiere un cuidador y/o un dispositivo para moverse	Moderada	2 abs. para el día + 1 abs. para la noche
Paciente que requiere un cuidador y/o un dispositivo para moverse	Severa	3 abs. para el día + 1 abs. para la noche
Paciente encamado, totalmente dependiente	Leve y moderada	2 abs. para el día + 1 abs. para la noche
Paciente encamado, totalmente dependiente	Severa	3 abs. para el día + 1 abs. para la noche
Dependiente, encamado con SONDA VESICAL	Leve, moderada y severa	No precisa absorbentes

ducto, así como de la talla del paciente. A su vez, la elección del AIU ha de individualizarse en función del tipo de incontinencia, volumen de diuresis y grado de movilidad del paciente. Además, han de ser considerados aspectos tales como la incidencia de úlceras por presión, la incontinencia fecal asociada, los estados de poliuria, el estado cognitivo del paciente y la disponibilidad de apoyo familiar.

Estos productos sanitarios se encuentran regulados, entre otras medidas, por la Directiva 93/42/CEE de 14 de junio de 1993, relativa a los productos sanitarios⁸, y su transposición española en el Real Decreto 414/96, de 1 de marzo⁹, en el que se clasifica a los AIU como productos sanitarios clase I (bajo riesgo).

De acuerdo con la normativa autonómica vigente¹⁰, la prescripción de AIU por médicos o enfermeros está sometida en última instancia a visado de inspección, función que habitualmente se realiza en los Servicios de Farmacia. Esta situación ha permitido la detección de una marcada heterogeneidad en su prescripción, basada en criterios individuales derivados de la experiencia del prescriptor, así como en las preferencias de los usuarios. Actualmente, no se dispone en nuestro entorno de una herra-

mienta y protocolo estandarizados que relacionen la pauta prescrita con una valoración clínica basada en unos criterios extraídos de la mejor evidencia científica disponible¹¹⁻¹⁴.

Objetivo

Diseñar y evaluar el impacto de una estrategia para contribuir a la mejora de la prescripción en AIU mediante el establecimiento de un protocolo consensuado basado en criterios de evidencia clínica que permita la valoración individualizada de cada paciente.

Material y método

Estudio prospectivo basado en el diseño de una estrategia para la promoción del uso eficiente de los AIU.

El periodo de diseño e implementación del mismo fue abril-diciembre de 2013. La intervención se realizó en un distrito de atención primaria compuesto por 23 centros de salud a través de los cuales se proporciona cobertura sanitaria a una población aproximada de medio millón de habitantes, de los cuales, aproximadamente el 20% son mayores de 65 años.

indicador es el empleado actualmente en el seguimiento de la calidad de prescripción de estos productos sanitarios en el contrato programa de los distritos de atención primaria del SAS.

Resultados

En primer lugar, se diseñó un protocolo que incluía un algoritmo para el establecimiento de la pauta de los AIU. La principal limitación de este impreso residía en que requería la cumplimentación manual de todos los datos administrativos relativos al paciente, prescriptor, centro de salud y fecha. Según el mismo, inicialmente se procedía a la cuantificación de las pérdidas de orina, para lo cual había que responder a dos preguntas:

- ¿Cuántas veces experimenta escapes de orina el paciente?: nunca (0 puntos), menos de una vez/mes (1 punto), una o varias veces/mes (2 puntos), una o varias veces/semana (3 puntos), diario y/o noche (4 puntos).

- Indicar la cuantía de orina que pierde cada vez: gotas o poco más (1 punto), más (2 puntos).

La severidad de las pérdidas se obtiene del producto de las dos preguntas anteriores, estableciéndose cuatro grados: no incontinente (0 puntos), incontinencia leve (1-2 puntos), incontinencia moderada (3-4 puntos), incontinencia severa (6-8 puntos).

Una vez obtenido el grado de incontinencia, se contrasta con el nivel funcional del paciente (autónomo; con necesidad de cuidador y/o dispositivo para moverse; encamado totalmente dependiente), seleccionándose la pauta a prescribir. La tabla 1 recoge las diferentes pautas aprobadas para su prescripción en función del nivel funcional y grado de incontinencia. En cualquiera de las situaciones,

Figura 2
Algoritmo de prescripción (incluye calculadora de la capacidad de absorción en función de la pauta y tipo de AIU prescritos)

**SERVICIO ASISTENCIAL DE SALUD
CONSEJERÍA DE IGUALDAD,
SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES
Unidad Sanitaria Sur de Cádiz-La Janda**

VISADO DE ABSORBENTES DE ORINA

Usuario: JESÚS ESPAÑOL ESPAÑOL MUHA: AN11
 Prescriptor: JUAN ANDALUZ ANDALUZ CINP: 000013
 Centro: Loreto-Puntales Fecha: 24-02-2014

1.- Valoración

Valore cuántas veces experimenta escapes de orina: una o varias veces/semana
 Valore cuánta orina pierde cada vez: gotas o poco más
 Grado de Incontinencia: Grado 3 (incontinencia moderada)
 Indique Nivel Funcional: Paciente que requiere un cuidador y/o un dispositivo para moverse

2.- Elección de la Pauta (*)

Pauta MÁXIMA recomendada tras valoración:
(2 abs. para el día + 1 abs. para la noche)

PAUTA ESTABLECIDA
 1 + 1
 1 abs. para el día + 1 abs. para la noche

Revaloración en:
 2 meses
 [▲]

Ayuda al cálculo de la capacidad de absorción de orina según la pauta diaria de cada tipo de absorbentes elegido en la prescripción:

Tipo Día: 1 Tipo Noche: 1 Tipo SuperNoche: 0

Capacidad de absorción entre: 1.5 y 2.1 litros al día

Firma:

la pauta máxima diaria de absorbentes tipo supernoche es de 1.

Una vez implantada la herramienta, se identificaron áreas de mejora a través de las sugerencias aportadas por los prescriptores. De esta forma, se diseñó un nuevo impreso con igual formato que el anteriormente descrito pero que integraba automáticamente los datos administrativos del prescriptor y del centro (Figura 1). Los datos del paciente y fecha continuaban introduciéndose manualmente. Este documento incluía al igual que el anterior toda la información necesaria para la adecuada valoración del paciente y realizaba automáticamente el cálculo del grado de incontinencia del paciente, no permitiendo prescribir pautas diferentes a las consensuadas en el protocolo.

En última instancia y en un proceso de mejora continua, en colaboración con el departa-

Figura 3
Evolución de la tasa acumulada de consumo de absorbentes

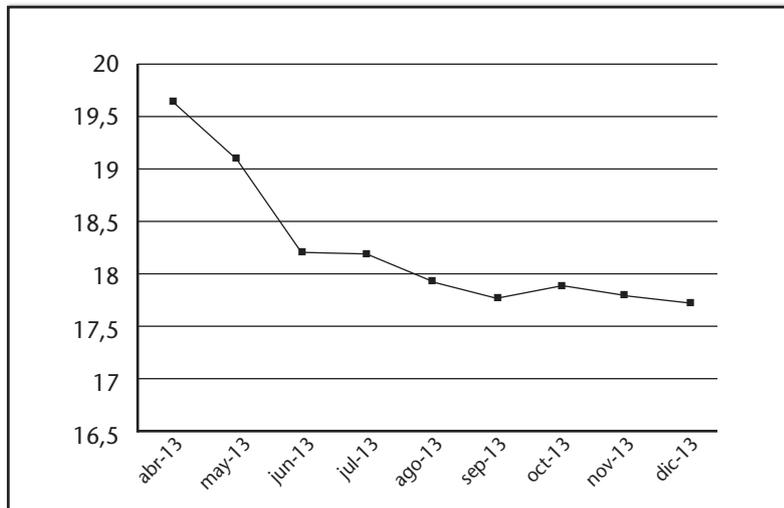
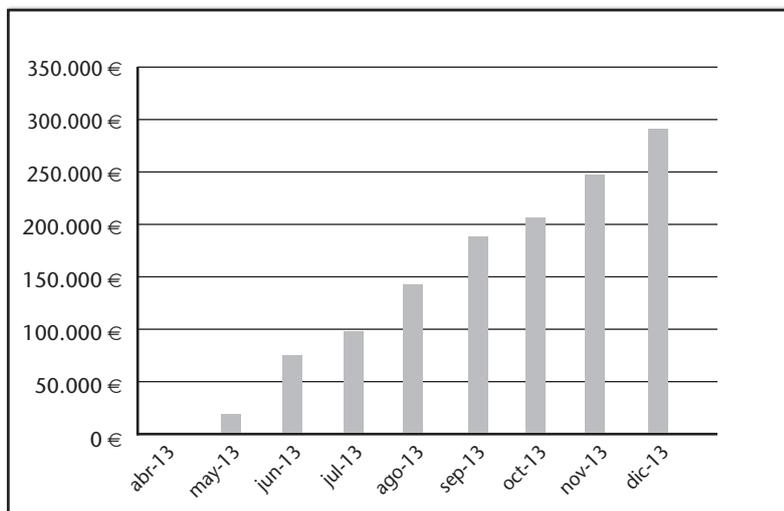


Figura 4
Evolución del ahorro acumulado derivado de la intervención



mento de informática del distrito, se integró esta herramienta de ayuda a la prescripción de AIU en la historia de salud digital, empleando para ello el botón "ENLACE-HIS". De esta forma, se incluían automáticamente la totalidad de los datos administrativos, limitándose el procedimiento a la exclusiva valoración de la incontinencia urinaria por el profesional sanitario. Adicionalmente, se introdujo una calculadora para estimar la capacidad total de absorción

según la pauta y tipo de AIU prescritos (Figura 2).

Tras la implantación de la herramienta de ayuda a la prescripción de AIU, se evidenció una moderación en su consumo. Estos resultados se muestran en la figura 3, en la que se aprecia una disminución de la tasa acumulada de consumo a lo largo del periodo de estudio, según la cual, el valor inicial del indicador de 19,66 disminuye hasta un valor mínimo de 17,72.

La figura 4 describe la mejora en la eficiencia derivada de la implantación de la estrategia. En esta figura se muestra el ahorro mensual acumulado resultante de la disminución en la tasa de consumo de AIU respecto a la observada al inicio del estudio (abril 2013). Este análisis indica un ahorro total de 291.411 € por la estrategia seguida.

Durante el periodo en estudio, el importe total del gasto en AIU en el distrito fue de 2.716.507 €. Por lo tanto, el porcentaje de ahorro obtenido tras la intervención se correspondió con un 10,1%.

Conclusiones

Los productos sanitarios y, en concreto los AIU, se relacionan con un alto impacto económico. Esto determina la necesidad de diseñar e implementar estrategias destinadas a promover un uso eficiente.

La elaboración de un protocolo para la prescripción de AIU basado en la mejor evidencia científica disponible y la colaboración multidisciplinar entre médicos, enfermeras y farmacéuticos permite una valoración homogénea y estandarizada de la incontinencia urinaria, adecuando la prescripción a las características de cada paciente. A su vez, la integración automatizada de datos facilita su aceptación por parte de los prescriptores.

La implantación de estrategias destinadas a promover la adecuación en la prescripción de productos sanitarios proporciona una herramienta útil para la gestión eficiente de los recursos, contribuyendo a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y promoviendo en última instancia una asistencia de calidad a los pacientes.

Bibliografía

1. Peiró S, Meneu R. Crisis económica y epícrisis del sistema sanitario. *Aten Primaria* 2011;43:115-6.
2. Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*, número 98 del 24 de abril de 2012.
3. Decreto-Ley 3/2011, de 13 de diciembre, por el que se aprueban medidas urgentes sobre prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, número 245 del 16 de diciembre de 2011.
4. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx> [Último acceso: 4/6/24].
5. Directiva 2007/47/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 5 de septiembre de 2007 por la que se modifica la Directiva 90/385/CEE del Consejo relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros sobre los productos sanitarios implantables activos, la Directiva 93/42/CEE del Consejo relativa a los productos sanitarios y la Directiva 98/8/CE relativa a la comercialización de biocidas. *Diario Oficial de la Unión Europea*, número 247 del 21 de septiembre de 2007.
6. Alfaro-Lara ER, Palma-Morgado D, Hevia-Álvarez E, Caraballo-Camacho MO, Ferrer López I, Domínguez-Camacho JC, et al. Estudio sobre la utilización y adecuación de absorbentes para la incontinencia urinaria en un distrito de atención primaria. *Enferm Clin* 2011;21(6):320-326.
7. Ramos Sánchez ME, Rodríguez Castilla J, Domínguez Domínguez S. Prescripción enfermera, ¿contribuye a la sostenibilidad del sistema? *ENFURO: Asociación Española de Enfermería en Urología* 2013;125:4-10.
8. Directiva 93/42/CEE del Consejo, de 14 de junio de 1993, relativa a los productos sanitarios. *Diario Oficial de la Comunidad Europea*, número 169 del 12 de julio de 1993.
9. Real Decreto 414/1996, de 1 de marzo, por el que se regula los productos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, número 99 del 24 de abril de 1996.
10. Circular 8/94, de 9 de noviembre, de gestión y control del visado de recetas del Sistema Nacional de Salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.
11. Dirección General de Farmacia del Servicio Canario de Salud. Absorbentes de incontinencia de orina. *Boletín canario de uso racional del medicamento del Servicio Canario de Salud*. Abril 2009.
12. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad. Xunta de Galicia. Guía de buen uso de absorbentes de incontinencia urinaria. Santiago de Compostela. 2007.
13. Servicio Andaluz de Salud y Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. 3ª ed. Granada. 2007.
14. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación 2001-2002*. Madrid: Harcourt. 2001.
15. Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, número 315 del 31 de diciembre de 2009.