

Prescripción electrónica asistida: una nueva oportunidad para liderar la gestión del conocimiento en farmacoterapia

Hace más de 40 años, un grupo de pioneros de la Farmacia Hospitalaria en España introdujo un nuevo modelo de distribución de medicamentos importado de EE.UU., que hoy todos conocemos como sistema de dispensación de medicamentos mediante dosis unitarias. Revisar las publicaciones de la época nos permitiría conocer las controversias que se generaron en el inicio de su aplicación y aprender de algunas profecías no demasiado halagüeñas sobre su eficiencia y seguridad. Afortunadamente, el devenir de los acontecimientos ha demostrado la potencialidad del sistema (aun cuando su universalización en todos los hospitales es todavía un reto) y su valor indudable como herramienta de progreso en el conocimiento de la prescripción médica. Algunos de estos líderes, cuya memoria debemos conservar, comprendieron que este sistema generaría la suficiente fuerza motriz para facilitar el desarrollo del cuerpo doctrinal que suponía la farmacia clínica en el entorno hospitalario. Este nuevo marco de actuación profesional consolidó la actuación previa del farmacéutico en el proceso de dispensación individualizada como elemento de valor añadido en el cuidado del paciente y proporcionó nuevas posibilidades de implicación e intervención de los farmacéuticos en todo el conjunto de etapas que configuran el proceso farmacoterapéutico. Su visión de futuro, su apuesta estratégica y, sobre todo, su valentía en el liderazgo profesional debería ser un referente continuo de aprendizaje.

Hoy, nuevas encrucijadas como son los sistemas de prescripción electrónica asistida de la farmacoterapia obligan a un posicionamiento estratégico de los servicios de farmacia. En efecto, las transformaciones constantes del entorno, cada vez más ligadas a los cambios globales de los sistemas sanitarios y de la sociedad en general, suponen factores inductores generalmente representados por las demandas y expectativas de los ciudadanos, el cambio tecnológico y una emergente cultura basada en la responsabilidad social. De hecho,

en la organización sanitaria moderna, el desarrollo tecnológico suscita nuevas demandas, segmenta los dominios profesionales, fija la atención de los procedimientos y técnicas y, en definitiva, identifica el crecimiento y reputación profesional con la innovación tecnológica, la accesibilidad y su implementación efectiva¹.

En este marco, sabemos que es difícil cambiar la cultura tecnológica de las organizaciones sanitarias y especialmente complejas son las modificaciones que requieren e implican la redefinición de la práctica asistencial². Este es el caso de los sistemas de prescripción electrónica asistida en farmacoterapia, por cuanto suponen, más que un cambio tecnológico en la praxis habitual, una reingeniería de conjunto del proyecto clínico asistencial.

En efecto, los resultados obtenidos hasta la fecha evidencian las dificultades de esta empresa. La reciente encuesta publicada por la ASHP refleja que escasamente el 4,2% de los hospitales norteamericanos ha consolidado la prescripción electrónica en sus prácticas de trabajo³. En nuestro entorno, los resultados no son más prometedores. Aun cuando las experiencias más favorecedoras se han desarrollado en hospitales de reciente construcción, con gestión privada, de complejidad media y con historia clínica electrónica, la realidad informa que son pocas las experiencias con éxito desarrolladas en hospitales públicos de elevada complejidad, con recursos humanos de edad avanzada y sin historia clínica electrónica.

Con estos resultados, cabe cuestionarse si los sistemas de prescripción electrónica asistida podrán configurar el nuevo escenario que se vislumbra en la gestión del conocimiento en farmacoterapia en los hospitales. La primera reflexión debe partir del cumplimiento de los preceptos que deben guiar la incorporación de nuevas tecnologías, esto es: seguridad y eficiencia. Ambos aspectos están suficientemente sustentados y refrendados por la bibliografía^{4,5}. Sin embargo, debe considerarse por su importancia la posibilidad real de generar nuevos errores en alguna de las etapas que configura el proceso farmacoterapéutico (prescripción, validación, dispensación, administración y seguimiento)⁶. Es por ello, que la necesidad de abordar la complejidad de la formación y aprendizaje de los sistemas, junto a la obligatoriedad de efectuar una reingeniería del proceso en su conjunto, son

Poveda Andrés JL, Planells Herrero C, Font Noguera I, Ferrer Albiach E. Prescripción electrónica asistida: una nueva oportunidad para liderar la gestión del conocimiento en farmacoterapia. Farm Hosp 2005; 29: 225-227.

elementos determinantes del cumplimiento de los determinantes de seguridad y efectividad. En este sentido, el valiente trabajo realizado por Delgado y cols., publicado en este número de la revista, sobre los riesgos reales de la prescripción electrónica en su entorno, es la mejor prueba del riesgo asociado⁷. Nuevos estudios deberían mejorar nuestra comprensión sobre los modelos de práctica asistencial generadores de riesgo y el uso de tecnologías sanitarias.

Ahora bien, las barreras que realmente están impidiendo su desarrollo en los hospitales obedecen a factores extrínsecos e intrínsecos de la propia organización. Entre los primeros se encuentran programas que no satisfacen a los prescriptores en cuanto a rapidez, facilidad y amigabilidad del entorno; proveedores escasamente consolidados y con insuficiente experiencia práctica; dificultades de aplicar los programas informáticos en soportes móviles (PDA, PC *tablet*) y la accesibilidad espacial todavía muy limitada por imposibilidad de descarga remota de datos mediante, por ejemplo, redes WIFI. Junto a estos factores extrínsecos, nos encontramos en la mayor parte de los centros hospitalarios con falta de cultura informática relacionada con la práctica clínico-asistencial, así como escasos líderes entre los equipos directivos y profesionales sanitarios que quieran asumir un proyecto como la prescripción electrónica que precisa de un periodo largo de implantación y cuyo éxito está sujeto a múltiples variables difíciles de controlar (estabilidad de los equipos directivos, disponibilidad de recursos, etc.). Se requiere, por tanto, una apuesta estratégica de la organización y específicamente de su equipo directivo, para que se traduzcan los deseos y expectativas en voluntades de acción, y ello, naturalmente, exige concretar de forma efectiva los recursos humanos y materiales necesarios y, sobre todo, mantenerlos el tiempo suficiente para garantizar el éxito del proyecto.

Superar estas barreras no es fácil pero algunas lecciones aprendidas de experiencias próximas en tareas como la selección de proveedor, la constitución de grupos de trabajo multidisciplinares, los sistemas de transmisión y comunicación del proyecto, el ritmo y cronograma de implantación y los planes de formación pueden ayudarnos a minimizar las resistencias al cambio⁸. Aprovechar el conocimiento y habilidades del conjunto de compañeros y enriquecer el debate como colectivo sobre aspectos clave del proyecto son elementos que deberían ser adecuadamente gestionados y planificados por nuestra sociedad científica.

Los servicios de farmacia tenemos la oportunidad de liderar el cambio conceptual y tecnológico que supone la prescripción electrónica asistida como elemento de soporte a la decisión clínica. Podemos articular el sistema

para que se configure como el principal núcleo vertebrador de la gestión de la farmacoterapia en el hospital y redefinir nuestra actuación como agentes garantes de la calidad de la información científica que debe sustentar las bases de datos de medicamentos relacionadas con el soporte a la decisión clínica⁹. Ambos elementos deberían generar suficiente ilusión para catalizar e impulsar nuestra participación activa como agentes de cambio en los entornos de los sistemas de información y mejorar nuestro compromiso con la gestión del conocimiento que en el campo de la farmacoterapia se desarrolla en el hospital. Perder la oportunidad histórica que supone el desarrollo de modelos de actuación farmacéutica proactivos a la generación de la prescripción, es limitar nuestra actuación profesional a la corrección del error. Posibilitar su implantación de forma efectiva en los hospitales es abrir nuevos escenarios para contribuir de forma corresponsable a la mejora asistencial del paciente, desplazando nuestros polos de actuación hacia la mejora de los sistemas de validación farmacéutica concurrente a la prescripción, como parte que integra los sistemas de apoyo a la decisión clínica. Este hecho facilita la selección del fármaco a prescribir en base a problemas de salud del paciente, siendo consecuentes con la política de medicamentos que se desarrolla en el hospital y su ámbito de influencia (guías de selección, protocolización, módulos de intercambio terapéutico, cálculo y ajuste de pautas posológicas, estrategias de terapia secuencial). Por último, mejorar los soportes de ayuda durante el proceso previo a la prescripción, disminuyendo notablemente las alertas generadas por el sistema de seguridad durante el proceso de mecanización de la prescripción (interacciones, alertas, dosis máximas, duplicidades, etc.) y contribuir a disminuir las barreras prácticas y conceptuales que supone la prescripción electrónica en el médico es un objetivo al que las dificultades no deberían hacernos renunciar.

Por cuanto el mañana está más cerca de lo que se piensa, cabe preguntarse: ¿estamos preparados para abordar y liderar este nuevo paradigma en la gestión del conocimiento?

J. L. Poveda Andrés, C. Planells Herrero,
I. Font Noguera, E. Ferrer Albiach¹

Servicio de Farmacia. ¹Subdirección Médica Área de Diagnóstico y Farmacoterapia. Hospital Universitario La Fe. Valencia

Bibliografía

1. Marimon S. La Sanidad en la Sociedad de la información. Madrid: Díaz de Santos, 1999.
2. Hansen MT, Nohria N, Ierney T. What's your strategy for managing knowlledge? Harvard Business Review 1999; 72: 106-16.
3. Pedersen CA, Scheneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: prescribing and transcribing-2004. Am J Health Sys Pharm 2005; 62: 378-90.
4. Kaushal R, Shojania K, Bates D. Effects of computerized physician order entry and clinical decision support system on medication safety. Arch Intern Med 2003; 163: 1409-16.
5. Teich JM, Merchia PR, Chemiz JC, Kuperman GJ, Spurr CD, Bates D. Effects of computerized physician order entry on prescribing practices. Arch Intern Med 2000; 160: 2741-7.
6. Koppel R, Metlay JP, Cohen A, Abaluck B, Localio AR, Kimmel SE, et al. Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors. JAMA 2005; 293: 1197-203.
7. Delgado Sánchez O, Escrivá Torralva A, Vilanova Boltó M, Serrano López de las Hazas J, Crespi Monjo M, Pinteño Blanco M, et al. Estudio comparativo de errores con prescripción electrónica versus prescripción manual. Farm Hosp 2005; 29: 228-35.
8. Planells C. Sistemas de planificación de farmacoterapia: análisis e implementación. Barcelona: Ediciones Mayo, 2002.
9. Cuéllar MJ, Poveda JL. Soporte a la decisión clínica en prescripción electrónica. Ayudas para una mejor prescripción. El farmacéutico de hospitales 2004; 159: 19-27.