

# **TARJETA DE LARGO TRATAMIENTO**

## **Informe**

**Junio 2001**

**Gerencia de atención primaria Mallorca  
INSALUD – Baleares**

## **INTRODUCCIÓN**

En mayo de 1992 se puso en marcha en los centros de salud (CS) el “Programa de prestaciones terapéuticas de larga duración TLT” cuyo objetivo general era:

“Mejorar el sistema de obtención de prescripciones para los usuarios que las necesiten durante largos periodos, incrementar el cumplimiento de las mismas, y minimizar sus posibles efectos secundarios.”

En él se especificaba la organización del Programa en los CS: criterios de inclusión, exclusión y renovación, la duración de la TLT, actividades de cada profesional –médico, enfermera, admisión- y se incluía un anexo con la lista de referencia de los fármacos que podían ser incluidos en TLT.

Se señalaban como objetivos específicos: “potenciar y controlar el correcto cumplimiento farmacológico y evitar y/o detectar precozmente los efectos adversos e interacciones medicamentosas”.

Se diseñó la “Tarjeta de llargs tractaments –TLT” con copia como soporte para el Programa en el cual se incluyen una serie de datos. Actualmente los CS que realizan TLT están utilizando el mismo formato (Anexo 1).

Se realizaba una evaluación anual, se cuenta con las evaluaciones del año 1992 y 1993.

En el anexo 2 se adjunta una copia del Programa de prestaciones terapéuticas de larga duración del año 1992.

El año 94 se dio de baja el Programa desde la Gerencia de Atención Primaria recomendando que cada equipo de atención primaria (EAP) organizara las TLT e incluyera en ella los fármacos que el equipo hubiera consensuado.

Desde el año 94 no se había realizado ninguna valoración/evaluación de las TLT, sólo se pedía en el “censo de enfermería” que se realizó hasta el año 1997 el nº de TLT por enfermera de cada uno de los CS.

Actualmente los CS informatizados mediante el programa SIAPWIN están incorporando la realización de cartilla de largo tratamiento (CLT) a través del programa informático que facilita la parte administrativa de la cumplimentación de las recetas y el control de la medicación.

El mes de marzo del 2001 se inició el presente proyecto para valorar el estado actual del tema debido a una serie de razones. En primer lugar, había surgido reiteradamente en diferentes foros: en el “Análisis de la situación de la enfermería en la atención primaria de Mallorca” realizado durante el año 1999, en las entrevistas de profesionales de CS realizadas para la elaboración del

“Plan estratégico”; en reuniones de responsables de enfermería, de manera informal...

En segundo lugar un CS realizó una carta que se difundió a todos los CS solicitando firmas de los profesionales, en el que se pedía a la dirección de enfermería se definiera sobre este tema.

Por todo ello desde la GAP se creó un grupo de trabajo para iniciar una revisión de la situación actual en los CS.

Inicialmente nos propusimos:

1. Conocer la organización interna de los Centros de Salud en la dispensación de recetas de TLT
2. Conocer las opiniones y sugerencias de los profesionales entrevistados sobre las TLT.
3. Determinar si existe relación entre la actividad asistencial, el cupo y el gasto ajustado por persona y año entre los CS que realizan TLT y los que no realizan.
4. Realizar propuestas de mejora en la organización de las TLT.

## MÉTODO

Se ha acudido a 16 centros de salud de Palma (8) y de part forana (8), entrevistando personalmente a médicos y enfermeras. En dos CS que no realizan TLT se ha entrevistado al coordinador y/o responsable de enfermería (Tabla 1)

Tabla 1: número de médicos y enfermeras entrevistados

CENTRO DE SALUD	Nº MEDICOS	Nº ENFERMERAS
Sta. Catalina	5	5
Valldargent	8	7
Camp Redo	10	11
Pere Garau	7	6
S'Escorxador	8	8
Son Serra	7	5
Son Ferriol	6	4
Son Cladera	5	6
Vilafranca	7	6
Andratx	4	4
Binissalem		1
Torrent de Sant Miquel	1	
Xaloc	5	5
Santanyi	4	4
Serra Nord	6	6
Llevant		1
Total	83	79

Las entrevistas fueron realizadas en su mayoría por Sergi Llambías (farmacéutico de profesión), que realizaba la prestación social substitutoria en el Gabinete técnico de la GAP. En los primeros CS entrevistados acudió con un miembro del Gabinete técnico.

Se contactó previamente con el coordinador o responsable de enfermería para organizar que durante la mañana se pudiera entrevistar a todos los profesionales.

En algunos casos hubo dificultad para entrevistar a profesionales, los cuales enviaron por carpeta la hoja de recogida cumplimentada.

En la entrevista se recogía la siguiente información:

- Nombre del microequipo (médico y enfermera)
- Si realizan TLT o no
- Como se cita al paciente para la realización de TLT
- Si se utiliza la Ficha de TLT
- Quien cumplimenta las recetas
- Dónde se guardan

- Quién entrega las recetas al paciente
- Como se revisan las TLT
- Opiniones y sugerencias

Se solicitó por escrito el número de TLT que tiene actualmente cada microequipo, en su defecto el del último censo de enfermería del año 1997.

Por otra parte se ha obtenido el número de tarjeta sanitaria individual de cada microequipo del Listado de "cupos" de noviembre del 2000, los indicadores de actividad asistencial del periodo enero-diciembre 2000 y el gasto ajustado.... .

## RESULTADOS

Se ha realizado entrevista a 16 centros de salud, 111 microequipos con un número total de 162 profesionales entrevistados.

De ellos 95 microequipos (86%) hacen TLT, 16 (14%) no. Estos últimos corresponden al CS Llevant, CS Binissalem y un microequipo del CS Son Cladera.

De los CS que realizan TLT 11 han informado del nº de TLT por microequipo, el resto no, por tener las TLT sólo en la HC. Un CS ha facilitado el nº de TLT del año 1997.

La media de TLT por cupo es de 249,19 con una desviación estándar de 116,34 y un mínimo de 41 TLT por cupo y un máximo de 740.

De los que hacen TLT en el 84,2% (80) de los microequipos las hace la enfermera, un 11,6% (11) el médico, indistintamente (médico o enfermera) el 4,2% (4).

En 63 microequipos (66.3%) las enfermeras tienen las recetas firmadas en blanco, 29 (30,5 %) tienen las recetas cumplimentadas y firmadas. 3 (3,2%) las tienen firmadas previamente y/o las firman al momento.

El usuario acude mayoritariamente un 72,6% (79) a consulta programada de enfermería donde se realiza la TLT.

El 3,2% (3) de las enfermeras tienen horario específico con cita y 14, 8% (14) tienen horario específico sin cita previa aunque también realizan TLT en consulta de enfermería.

La ficha de TLT la guardan:

- 37 microequipos (41,6%): una copia en la HC, otra en archivo específico en la consulta de la enfermera y otra para el paciente en
- 22 microequipos (24,7%) (de ellos 10 tienen la HC informatizada): tienen la ficha de TLT en HC y copia el paciente
- 23 microequipos (25,8%) tienen la ficha en el archivo específico en la consulta de la enfermera y una copia el paciente.
- En 1 microequipo: paciente + archivo específico en consulta del médico
- En 1 microequipo: HC + archivo específico en consulta del médico
- En 3 microequipos sólo en HC
- En 2 microequipos sólo el paciente

En 82 (86,3%) microequipos son las enfermeras las que cumplimentan las recetas.

En 6 microequipos las cumplimentan indistintamente el médico y la enfermera.

El 70,5% (67) de los microequipos se cumplimentan y entregan las recetas directamente al paciente cuando acude a la consulta.

El 28,4% (27) de los microequipos tienen las recetas cumplimentadas y firmadas previamente y las guardan en un acordeón entregándolas al paciente cuando acude a consulta.

Revisión de TLT:

29,8% de los microequipos revisan las TLT cuando se acaba la tarjeta.

25,5% cada año/6 meses las revisa el médico con el paciente.

13,8% revisión conjunta por microequipo periódicamente.

La mayoría de los microequipos de un CS y dos microequipos de otro CS que tienen la HC informatizada revisan las TLT según el programa informático.

Otros criterios de revisión son: "cuando la enfermera considera necesario", cuando hay cambios de tratamiento.

No se ha encontrado ninguna relación entre la realización o no de TLT, la actividad de los profesionales y el gasto sanitario medido por gasto ajustado por persona y año.

La diferencia entre la presión acumulada/día enfermera entre los microequipos que realizan TLT y los que no realizan es de -1,6 (IC95%: -6,9 a 3,7) a favor de los que no realizan TLT.

La actividad domiciliaria programada concertada difería entre las enfermeras que realizan TLT y las que no en -0,4 (IC95%: -0,7 a -0,002) domicilios.

El gasto ajustado entre los microequipos que realizan TLT y los que no realizan difiere en 4238,6 pesetas (IC95%: -4487,7 a 12964,8)

A continuación se señalan las opiniones/sugerencias dadas por los profesionales entrevistados:

#### Problemas expuestos por los médicos.

- El exceso de burocracia y la alta presión asistencial dificultan el control de la medicación por parte del médico por tanto las TLT facilitan que enfermería controle la medicación ayudando a descargar la consulta médica ya que el control de la adhesión al tratamiento es una labor conjunta de microequipo.

Hay una necesidad manifiesta de disminuir la burocracia y de unificar criterios respecto a las TLT, puesto que el sistema actual no es el más correcto para el control de la medicación.

- Dificultades en la realización de TLT:
  - Problemas de comunicación dentro del microequipo
  - Falta de realización de visitas conjuntas
  - Falta de tiempo
  - Problemas estructurales (existen pocas consultas comunicadas que facilitan la comunicación entre microequipo).
- Algunos médicos plantean problemas a la hora de tener que dejar a la enfermera recetas firmadas, la mayoría cree que es una cuestión de confianza y por lo tanto aunque no es lo más correcto, es el modo más cómodo y agiliza el circuito, evitando tener que interrumpir la consulta.
- Existen diferentes opiniones respecto a qué tipo de medicación debe incluirse en la TLT, aunque en general los médicos son favorables a no restringirla a grupos de medicamentos concretos, siempre y cuando se trate de pacientes con procesos crónicos o de tratamientos de larga duración.
- La TLT es un documento con valiosa información en el que consta diagnóstico y tratamiento.

#### Propuestas de mejora realizadas por los médicos:

- Algunos médicos creen que una posible solución sería que existiera mayor conexión entre los C.S. y las farmacias (similar al modelo inglés).
- Algún profesional cree que la solución está en introducir un administrativo en el microequipo para que realice las TLT o bien consultas asistidas por auxiliares para tareas administrativas y burocráticas.
- Cambiar el formato de recetas para poder incluir mayor número de medicación, o medicación necesaria hasta próxima visita.
- Aumentar horario de recetas de la enfermera pues debido a la demanda existente el actual horario es insuficiente.

- Modificación tarjeta de TLT, poder incluir medicación para un año.
- Mayor utilización del formato de receta TLD.
- Creación de un modelo de tarjeta de tratamiento en el cual se incluya todo tipo de medicación que tiene pauta el usuario.
- La informatización de la TLT, puede ser una propuesta válida para agilizar el proceso y facilitar la obtención de recetas para el usuario. Existen divergencias respecto a la posibilidad de que sea desde admisión donde se les proporcione las recetas al usuario, puesto que muchos médicos creen que aunque con este sistema se agilizaría el circuito, de este modo no se controlaría la correcta adhesión al tratamiento.

#### Problemas expuestos por las enfermeras

- En general perciben la realización de las TLT como una tarea delegada por el médico y no como una función propia de enfermería (la cumplimentación de las recetas), sí creen que tienen una labor a realizar en el control de la medicación.
- Una gran parte de las enfermeras están de acuerdo en realizar las recetas a los pacientes crónicos incluidos en programas como una cuestión de "buena voluntad", por un lado para facilitar al paciente la medicación y por otro para ayudar al médico a descargar la consulta. Pero no están de acuerdo en realizar TLT puras (pacientes que no están incluidos en programas y solo acuden a por medicación).

Algunas enfermeras refieren la duplicidad de consultas debido a una falta de colaboración por parte del médico al acudir el paciente a consulta médica pidiendo que se le realicen las recetas (TLT), siendo derivado el paciente a consulta de enfermería.

Las TLT sobrecargan la consulta de enfermería de burocracia, impidiendo realizar otro tipo de actividades propias (visita domiciliaria, educación a grupos...).

- Muchos profesionales creen que la manera adecuada de atención al usuario para realización de las TLT es en el marco de la consulta de enfermería programada. Algunas enfermeras consideran que tener un horario específico de TLT, aunque puede ser más ágil para algún microequipo, no es el sistema más efectivo ya que es muy difícil poder controlar la adhesión al tratamiento y además no se registra en la HC.
- Existe preocupación por parte de algunas enfermeras en los aspectos legales relacionados con la cumplimentación de las recetas (firmadas en blanco). En algún caso se plantean si es obligatorio realizar dicha labor.
- Piden mayor implicación de los médicos: control en los criterios de inclusión para la realización de TLT, en algunos casos se pide mayor colaboración a

la hora de suministrar recetas, informar directamente si se producen cambios en el tratamiento.

- Se plantea la incorrecta cumplimentación de las fichas de TLT por parte del médico p.e. pautas poco definidas (“sí precisa”).
- Gran parte de las enfermeras comentan que la informatización de las TLT, puede reducir bastante la carga burocrática que acompaña a esta labor, y que puede ser una solución de futuro.
- Algunos profesionales constatan la necesidad de un reciclaje en farmacología (interacciones entre fármacos, efectos secundarios..).
- Otro problema comentado por parte de algunos profesionales es que los incentivos de gasto en farmacia no repercute en enfermería.

#### Propuestas de mejora de las enfermeras

- Algunas enfermeras creen que la solución pasa por que sean los administrativos quien entregue las recetas y las cumplimenten los médicos.
- Se comenta la posibilidad de que se habilite la firma de enfermería para según que tipo de prescripciones (parches hidrocoloides, insulina ...).
- Se propone realizar cambios en el formato de recetas para incluir toda la medicación necesaria hasta próxima visita en un solo documento.

## RECOMENDACIONES

Actualmente existen EAP que no realizan TLT y otros, la mayoría, sí. Algunos de ellos no tienen conflictos y en otros sí, consideramos necesario para estos últimos establecer unos criterios mínimos que faciliten a los EAP o microequipos la realización de las TLT. Se propone realizar una comisión con profesionales de los CS para revisar el “Programa de prestaciones terapéuticas de larga duración” del año 1992 como base para establecer propuestas para los CS (circuitos, contenido, periodo de evaluación...)

Es necesario que cada microequipo revise el contenido de las TLT, aprovechar en los CS que se están informatizando para que se revise el circuito, y la HC del paciente, por tanto las TLT.

Generalizar la informatización de los CS con impresoras en consultas de enfermería y por tanto del programa de CLT SIAPWIN.

Se deberán revisar los aspectos legales de la cumplimentación de las recetas por parte de las enfermeras.

Se deberían realizar las TLT siempre con HC en el marco de la consulta de enfermería para asegurar el control del correcto cumplimiento farmacológico y evitar y/o detectar precozmente los efectos adversos e interacciones medicamentosas, así como garantizar el registro.



**ANEXO 2: PROGRAMA DE PRESTACIONES TERAPÉUTICAS DE LARGA DURACIÓN.**

**PROGRAMA DE PRESTACIONES TERAPEUTICAS DE  
LARGA DURACION**

**T.L.T.**

*Gerencia de Atención Primaria de Mallorca*

*Mayo 1.992*

PROGRAMA DE PRESTACIONES  
TERAPEUTICAS DE LARGA DURACION  
T.L.T.

Gerencia de Atención Primaria

Insalud Baleares

Mayo 1.992

## 1.- INTRODUCCION.

La utilización de tarjetas de largo tratamiento (TLT) en Atención Primaria se ha convertido en un sistema de probada utilidad para la prescripción repetida, especialmente en enfermos con patología crónica que precisen tratamientos durante largos periodos. Este sistema evita a los pacientes esperas innecesarias, permite redistribuir las cargas de trabajo del EAP, y contribuye a un mejor control del cumplimiento terapéutico.

Asimismo, si los sistemas de registro son los adecuados, permite evaluar la calidad de las prescripciones, el cumplimiento de las mismas y el control de los posibles efectos adversos e interacciones farmacológicas.

En este sentido, el presente Programa pretende ser el marco de referencia, en que se estructuren las diversas actividades relacionadas con la TLT en el ámbito de Atención Primaria de Mallorca.

## 2.- OBJETIVOS.

### A) Generales:

Mejorar el sistema de obtención de prescripciones para los usuarios que las necesiten durante largos períodos, incrementar el cumplimiento de las mismas, y minimizar sus posibles efectos secundarios.

### B) Específicos:

- 1) Determinar las condiciones de acceso y renovación de la TLT.
- 2) Estructurar y agilizar las condiciones de uso de la TLT.
- 3) Unificar los criterios de prescripción e incrementar la calidad de los mismos.
- 4) Potenciar y controlar el correcto cumplimiento farmacológico.
- 5) Evitar y/o detectar precozmente los efectos adversos e interacciones medicamentosas.

### 3. ORGANIZACION FUNCIONAL.

#### 3.1. Ambito de Aplicación:

El programa va dirigido fundamentalmente a todos los Centros de Salud de Mallorca. No obstante, es susceptible de extenderse a cualquier Unidad Asistencial de nuestra isla.

#### 3.2. Actividades:

Objetivo 1. Determinar las condiciones de acceso y renovación de la TLT:

Para ello, se fijarán los siguientes criterios de inclusión, exclusión y renovación.

#### Criterios de Inclusión:

- 1) Pacientes que requieran un tratamiento por un período igual o superior a 3 meses.
- 2) Sólo podrán incluirse aquellos fármacos cuya prescripción haya sido realizada por el médico de cabecera, o por los especialistas correspondientes siempre que el médico de cabecera lo estime oportuno.
- 3) Sólo se facilitará TLT a los usuarios que tengan asignado su médico de cabecera en la correspondiente Zona de Salud.
- 4) Se podrán incluir los fármacos contemplados en el Anexo I. Cualquier otro fármaco no incluido inicialmente en la anterior lista podrá ser incorporado en la TLT, no obstante deberá ser revisado por la comisión específica del Centro de Salud correspondiente con la periodicidad que se determine.

### Criterios de exclusión:

\* **Inicial:** Todo usuario que no cumpla los anteriores criterios de inclusión. Asimismo, no se realizarán TLT de medicación recetada por otros profesionales o entidades que no esté autorizada por el médico de cabecera.

\* **Secundaria:**

- Finalización del tratamiento.
- Cuando se compruebe el incumplimiento reiterado del tratamiento prescrito, o el uso "fraudulento" de la TLT, se valorará conjuntamente por el microequipo su posible exclusión.

### Criterios de renovación:

Cuando persistan los motivos por los cuales se otorgó la TLT, y no exista ningún criterio de exclusión.

### **Objetivo 2. Estructurar y agilizar las condiciones de uso de la TLT:**

Para ello se determinará la duración de la tarjeta, los horarios de prescripción, y las tareas de los diferentes miembros del EAP.

### Duración de la Tarjeta:

La duración de la T.L.T. será como máximo anual, transcurrido dicho periodo el paciente será derivado a la consulta médica para la revisión y/o renovación de la misma. La duración será menor en el caso de que el médico así lo haga constar en el apartado correspondiente de validez de la tarjeta. Asimismo, siempre se deberá especificar la fecha de duración o control.

## Horarios T.L.T.

El horario será variable dependiendo de las características del Centro y del Microequipo. No obstante, se ofertará siempre unas condiciones de máxima accesibilidad para el usuario, evitando duplicidad de consultas.

## Actividades y tareas de los diferentes miembros del E.A.P.:

### 1. Médico/Pediatra del EAP:

- Será el responsable de la confección de la T.L.T., así como de fijar su renovación y/o control.
- Cada tarjeta deberá tener cumplimentados inexcusablemente los siguientes apartados:
  - . Datos de identificación del paciente: Nombre y Apellidos, Nº de afiliación S.S., Clave personal, Situación laboral (A/P).
  - . Fecha de emisión de la TLT.
  - . Datos de prescripción: Nombre comercial del fármaco, forma de presentación, número de unidades de cada envase y dosis del fármaco. Asimismo, se señalará si el medicamento está incluido en la lista de fármacos dispensables en receta para tratamientos de larga duración (T.L.D.).
  - . Datos de información al usuario: Horario de obtención de recetas, fecha de control y diagnóstico.
  - . Datos de identificación: sello y firma del médico, nombre de la enfermera, y origen de la prescripción (MG = M. General, E = Especialista).
- En los casos particulares en que considere indicado realizar un control antes del año, lo anotará en dicho apartado. En este caso, y para que quede constancia de que éste ha sido realizado y por tanto la tarjeta sigue vigente se pondrá una señal en el apartado correspondiente.

- La copia de cada tarjeta será entregada a la enfermera para su archivo en el fichero de control de TLT. Asimismo, cualquier cambio que se introduzca en una TLT, deberá constar en la copia.
  
- En el apartado "otras observaciones" de la Historia Clínica se anotará que el paciente es portador de una TLT.
  
- El día de la realización o renovación de la TLT, si el paciente necesita medicación, facilitará las recetas necesarias a fin de evitar duplicidad de visitas. Siempre que se prescriba medicación incluida en la TLT, se anotará la fecha y el número de recetas de cada fármaco realizadas tanto en la TLT original como en la copia. Este hecho es de la máxima importancia dado que la copia de la TLT será el documento que permitirá la evaluación de una parte importante del Programa.
  
- Participará en la evaluación del Programa de TLT, en los aspectos concernientes a su microequipo.

## 2. Enfermero/a:

- Complimentará las recetas de los medicamentos autorizados en la TLT para el periodo prefijado.
  
- Aprovechará el acto de extender la receta para comprobar sistemáticamente el cumplimiento y detección de posibles efectos adversos. Asimismo, anotará cualquier incidencia derivada del control de la medicación en la historia clínica, indicando su registro en el apartado de observaciones de la copia de la TLT.
  
- Comentaré con el médico los posibles efectos secundarios e interacciones medicamentosas detectados.
  
- Anotará la fecha y el número de recetas de cada fármaco realizadas tanto en la TLT original como en la copia.

- Derivará a la consulta médica todas aquellas TLT que cumplan los criterios de exclusión.
- Esta actividad la realizará en el lugar y horario preestablecido, intentando ofrecer la máxima accesibilidad al usuario.
- Participará en la evaluación del Protocolo de TLT correspondiente a su microequipo.

### 3. Médicos sustitutos:

- Los médicos sustitutos no abrirán TLT ni añadirán nuevos fármacos a los ya existentes.
- Sólo cuando se prevea una sustitución por un tiempo igual o superior a 3 meses tendrá la misma potestad que el médico titular, previo acuerdo del Coordinador.

### 4. Personal de admisión:

- Informará sobre el acceso a la TLT, y horarios de la misma.

**Objetivo 3. Unificar los criterios de prescripción e incrementar la calidad de los mismos:**

Para ello, se utilizará como lista de referencia la que figura en el Anexo I. Los fármacos prescritos mediante TLT y que no figuren en el Anexo I, serán evaluados periódicamente por una Comisión "ad hoc" en cada C.S.. Los integrantes de la Comisión serán dos médicos y dos enfermeras (entre los que forzosamente figurará el Responsable del Programa de T.L.T.) y el Coordinador del Centro.

Si la Comisión estima oportuno incorporar al Anexo I alguno de los fármacos evaluados lo comunicará al Responsable del Programa del Area.

Asimismo, si la Comisión del Centro percibe por parte de algún microequipo una desviación cualitativa o cuantitativa significativa respecto a los criterios o indicadores marcados en el Programa lo pondrá en conocimiento del Coordinador, quien lo hará saber al microequipo afectado, monitorizando la posterior adecuación de sus indicadores a los parámetros standar. El Coordinador, a propuesta de la Comisión, en caso de incumplimiento reiterado de los criterios del Programa podrá excluir del mismo al microequipo que se desvie notoriamente de los objetivos señalados.

**Objetivo 4. Potenciar y controlar el correcto cumplimiento farmacológico:**

Simultaneamente con el acto de extender la receta se comprobará sistemáticamente la correcta comprensión de la prescripción: sus indicaciones, su posología, su vía de administración, y la duración del tratamiento. Se resaltará la importancia de la adhesión terapéutica, corresponsabilizando al usuario del seguimiento terapéutico.

**Objetivo 5. Evitar y/o detectar precozmente los efectos adversos e interacciones medicamentosas:**

Sistematicamente se indagará la existencia de posibles efectos adversos, y en caso positivo se comunicará al médico para reestructurar el tratamiento y/o dosis si fuera necesario. Asimismo, se garantizará el conocimiento por parte del usuario de los posibles efectos adversos relevantes derivados del uso de los fármacos contenidos en la TLT.

## RECURSOS MATERIALES:

- 1) Fichero alfabético: Se utilizará para archivar las copias de las T.L.T. realizadas.
- 2) Talonario de T.L.T. con original y copia.

## EVALUACION:

- Las correspondientes evaluaciones del Programa se realizarán con una periodicidad anual, sin excluir evaluaciones anticipadas si ello fuera necesario. El responsable de TLT de cada Centro será el encargado de coordinar y controlar su realización, remitiendo a continuación informe de la misma a la Unidad de Programas de la GAP.

- La fuente de obtención de datos para la evaluación será fundamentalmente las copias de las TLT. Se obtendrá una muestra representativa, estratificada por microequipos, aportando cada microequipo la cuota muestral que le corresponda (\*). La técnica de muestreo a utilizar será el muestreo sistemático.

### Criterios de Evaluación (\*\*):

#### 1.- Pcentaje de TLT abiertas:

$$\frac{\text{Número total de TLT abiertas}}{\text{Habitantes de la ZBS}} \times 100$$

#### 2.- Promedio de fármacos por TLT:

$$\frac{\text{Número total de fármacos incluidos en las TLT}}{\text{Número total de TLT}}$$

#### 3.- Porcentaje de fármacos incluidos en las TLT que figuran en los protocolos:

$$\frac{\text{Número de fármacos incluidos en las TLT que figuran en los protocolos}}{\text{Núm. total de fármacos incluidos en TLT}} \times 100$$

#### 4.- Grado de cumplimentación de la TLT:

$$\frac{\text{Número de TLT con cumplimentación incorrecta (***)}}{\text{Número total de TLT}} \times 100$$

(\*\*\*) Se considerará una TLT incorrecta cuando falte cualquiera de los datos de prescripción y /o dos o más datos de identificación.

#### 5.- Grado de adecuación de las prescripciones:

5.1. Número de fármacos prescritos en TLT y no incluidos en el Anexo I

$$\frac{\text{Número total de fármacos incluidos en las TLT}}{\text{Número total de fármacos incluidos en las TLT}} \times 100$$

5.2. Nº fármacos no incluidos en el Anexo I, prescritos x Especialistas

$$\frac{\text{Nº total de fármacos prescritos en TLT y no incluidos en el Anexo I.}}{\text{Nº total de fármacos prescritos en TLT y no incluidos en el Anexo I.}} \times 100$$

6. Relación nominal y cuantificación de fármacos no incluidos en Anexo I.

(\*) Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra (n) se calculará de la siguiente forma:

$$n = \frac{384}{1 + \frac{383}{N}}$$

Siendo N el número total de TLT del Centro.

Posteriormente se hará una estratificación según el número de TLT de cada microequipo.

En el Anexo II figura un ejemplo práctico de muestreo.

(\*\*) Salvo indicación en contra, todos los datos anteriores se refieren al Centro de Salud determinado, y al período anual evaluado.

# ANEXOS

## ANEXO I. LISTADO STANDAR DE FARMACOS PARA LAS T.L.T.

- 1.- Medicamentos autorizados por el Ministerio de Sanidad para ser dispensados en recetas para tratamientos de larga duración (T.L.D.).
- 2.- Medicamentos incluidos en los Programas/Protocolos acreditados por la G.A.P.
- 3.- Material de Curas, Prótesis y Otros: Gasas, esparadrapo, sondas, bolsas colectoras, pañales-compresas, parches oculares.
- 4.- Además comprenderá los fármacos incluidos en los siguientes Grupos Farmacológicos:

### APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO (A0000):

- Antiúlceras pépticas (A02B0):
  - .Antagonistas H2 (A02B1).
- Otros antidiarreicos (A07B3): Salazopyrina.
- Antidiabéticos (A1000): Insulinas (A10A0) y Antidiabéticos Orales (A1080).
- Vitaminas (A1100):
  - Vitamina B12 sola (A11F0) (\*).
  - Vitamina B6 (A11H2) (\*).
- Suplementos Minerales (A1200):
  - Potasio (A12B0) (\*).

(\*). Sólo en déficits específicos.

**SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS (B0000):**

- Anticoagulantes (B01A0).
- Inhibidores de agregación plaquetaria (B01B0).
- Vitamina K y Otros (B02B0): Vitamina K.
- Hierro sólo (B03A1).
- Otros incluido Acido Fólico sólo (B03C0): Ac. fólico.
- Preparaciones Hipolipemiantes (B0400):  
.Según Protocolo Hiperlipidemia.

**APARATO CARDIOVASCULAR (C0000):**

- Cardioterapia (C0100):
  - Glucósidos cardíacos (C01A1).
  - Antiarrítmicos (C01B0).
  - Antagonistas del Calcio (C01D2).
  - Nitratos (C01D3).
- Hipotensores (C0200):
  - Según protocolo HTA.
- Agentes Beta-Bloqueadores (C0700).

**PRODUCTOS GENITO-URINARIOS (G0000):**

- Anticonceptivos hormonales (G03A0).

**HORMONAS (H0000):**

- Corticosteroides vía General (H0200) (\*).
- Productos Tiroideos (H03A0):
  - .Sustitutivos hormonales.
- Productos Antitiroideos (H03B0).
- Calcitonina (H04A1) (\*).

(\*). Según indicación específica.

**ANTIINFECCIOSOS VIA GENERAL (J0000):**

- Tuberculostáticos (J0400).

**APARATO LOCOMOTOR (M0000):**

- Anti-Reumáticos No Esteroideos (M01A0).
- Antigotosos (M0400).

**SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (N0000):**

- Analgésicos no Narcóticos-Antipiréticos (N02B0) (\*).
- Antiepilépticos (N0300) (\*).
- Antiparkinsonianos (N0400) (\*).
- Neurolépticos (N05A0) (\*).
- Antidepresivos (N06A0) (\*).

(\*). Según indicación específica.

**APARATO RESPIRATORIO (R0000):**

- Broncodilatadores por Inhalación (R03A1).
- Otros broncodilatadores (R03A2).

**ORGANOS DE LOS SENTIDOS (S0000):**

- Mióticos + Antiglaucoma tópicos (S01E0): Antiglaucoma tópico.

**VARIOS (V0000):**

- Pruebas de Diabetes (V04B2).
- Otras Pruebas de Orina (V04B3).
- Pruebas de Glucemia (V04C1).

**ANEXO II. EJEMPLO DE MUESTREO:**

Tenemos en un Centro de Salud un total de 2.000 T.L.T. (N), correspondientes a la suma de las T.L.T. de 5 microequipos (350+450+475+325+400).

1º. Calculamos el tamaño de la muestra (n):

$$n = \frac{384}{1 + \frac{383}{N}} = \frac{384}{1 + \frac{383}{2.000}} = 322$$

2º. Estratificamos en función del número de TLT que tenga cada microequipo para ver que "cuota muestral" debe aportar a las 322:

Microequipo	Nº. T.L.T.	% sobre el total		Cuota
A	350	17.50	17.50% de 322	56
B	450	22.50	22.50% de 322	73
C	475	23.75	23.75% de 322	77
D	325	16.25	16.25% de 322	52
E	400	20.00	20.00% de 322	64
-----	-----	-----		---
Total	2.000	100 %		n = 322

PROGRAMA DE PRESTACIONES TERAPEUTICAS DE LARGA  
DURACION T.L.T. HOJA DE EVALUACION.

CENTRO DE SALUD:
PERIODO EVALUADO:

INDICADORES

1.- N° total TLT abiertas (N)/ Habitantes de la ZBS	= ..... x 100 =      %
Tamaño de la muestra para evaluación (n).	=
2.- N° total de fármacos incluidos en las TLT/N° total de TLT	= ..... =
3.- N° de fármacos incluidos en las TLT que figuran en los protocolos/N° total de fármacos incluidos en las TLT	= ..... x 100 =      %
4.- N° de TLT con cumplimentación incorrecta/N° total de TLT.	= ..... x 100 =      %
5.1.- N° de fármacos prescritos en TLT y no incluidos en Anexo I/N° total de fármacos incluidos en la TLT.	= ..... x 100 =      %

<p>5.2.- N° de fármacos no incluidos en el Anexo I, prescritos por Especialistas/N° total de fármacos prescritos en TLT y no incluidos en el Anexo I.</p>	<p>= ..... x 100 = _____ %</p>												
<p>6.- Relación nominal y cuantificación de fármacos no incluidos en Anexo I:</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 25%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 25%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 25%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table>													

Los indicadores del 2 al 6 se refieren al tamaño muestral (n).

**OBSERVACIONES:**

---



---



---



---



---



---



---

El Responsable del Programa.

Fdo.:

## BIBLIOGRAFIA

Buitrago F, Pozuelos G, Vegas T, García A. Estudio de la población usuaria de cartillas de largos tratamientos en un centro de salud urbano. Un sistema de evaluación y mejora de la calidad de prescripción. Rev. San. Hig. Púb. 1990; 64:651-660

Mata M, Casas J, Amat J, López MA, Antoja P, Hernandez J, Grifell E. Indicadores de la calidad de la prescripción por patologías crónicas. Atención Primaria 1990; 9(9): 564-569

Mata M, Antoja P, Hernández J, Cano J, Ciurana R, de la Figuera M, Grifell E. Estudio de la prescripción de fármacos por patologías crónicas en un centro de asistencia primaria. Atención Primaria 1990; 7(2): 119-126

Bermejo G, Palacín JC, Lázaro J, Martínez MA, Ruiz I. Cartillas de largo tratamiento [cartas al director]. Atención Primaria 1991; 8(5): 441-442

Gea M, Marín L, Bravo F, Martínez FA, Lázaro MJ, Pérez MC. Revisión de la organización de la consulta de largo tratamiento. Rev. San. Hig. Pub. 1992; 66 (1): 29-37

Arroyo MP, Cortés F, Cariñanos JJ, Sáenz JJ. La cartilla de largo tratamiento, instrumento de evaluación de tratamientos prolongados. Atención Primaria 1992; 9 (9): 493-495

Turabián JL. Prescripciones crónicas: el balance adecuado entre el "mal tratamiento" y el "buen servicio" [editorial]. Atención Primaria 1992; 9 (2): 61-62

Alonso FA, Anzola B, Arratibel I, Gancedo Z. Evaluación de un programa informático de cumplimentación de prescripciones repetidas. Atención Primaria 1993; 12 (2): 96-54

Alonso FA, Anzola B, Arratibel I, Gancedo Z. ¿Quién prescribe? Origen y adecuación de las prescripciones crónicas incluidas en un programa de largos tratamientos en un centro de salud. Atención Primaria 1993; 12 (8): 465-468

Chueca C, Herrer A, Viejo L, Martínez F, Uriel JA. La tarjeta de largo tratamiento desde el punto de vista del usuario. Atención Primaria 1993; 12 (7): 397-400

Corbella A, Baré M, Bigordà J, Coma V. Estudio multicéntrico de la calidad en la utilización de la tarjeta de medicación crónica. Atención Primaria 1995; 15 (4): 226-234

García A, Valero I, García MA, Guerrero A, Morilla JC. Mejora de la calidad asistencial. A propósito de un caso. Rol de enfermería 1995; 199:19-22

Castillo P, García L, Barrios M, de Pablos F, Villar C, de la Cuesta A. Análisis de la prescripción repetida para tratamientos crónicos en un centro de salud. *Atención Primaria* 1995; 16(9): 526-530