



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Prescripción no médica versus prescripción médica para el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas en la atención primaria y secundaria (Revisión)

Weeks G, George J, Maclure K, Stewart D

Weeks G, George J, Maclure K, Stewart D.

Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care (Prescripción no médica versus prescripción médica para el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas en la atención primaria y secundaria).

Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No.: CD011227.

DOI: [10.1002/14651858.CD011227.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011227.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

Prescripción no médica versus prescripción médica para el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas en la atención primaria y secundaria (Revisión)

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

[Revisión de intervención]

Prescripción no médica versus prescripción médica para el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas en la atención primaria y secundaria

Greg Weeks^{1,2}, Johnson George¹, Katie Maclure³, Derek Stewart³¹Centre for Medicine Use and Safety, Faculty of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, Monash University, Parkville, Australia.²Pharmacy Department, Barwon Health, Geelong, Australia. ³School of Pharmacy, Robert Gordon University, Aberdeen, UK**Contacto:** Greg Weeks, Centre for Medicine Use and Safety, Faculty of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, Monash University, Parkville, VIC, 3052, Australia. greg@barwonhealth.org.au, gregory.weeks@monash.edu.**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane para una Práctica y Organización Sanitaria Efectivas.**Estado y fecha de publicación:** Edited (no change to conclusions), comment added to review, publicada en el número 10, 2017.**Referencia:** Weeks G, George J, Maclure K, Stewart D. Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care (Prescripción no médica versus prescripción médica para el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas en la atención primaria y secundaria). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD011227. DOI: [10.1002/14651858.CD011227.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011227.pub2).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

Se necesitan varias estrategias relacionadas con los recursos humanos de salud para hacer frente a la demanda de servicios sanitarios en los países de ingresos bajos, medios y altos. La prescripción no médica consiste en que enfermeros, farmacéuticos, profesionales paramédicos y asistentes médicos sustituyan a los médicos en la función de prescripción, y constituye un enfoque para mejorar el acceso a los fármacos.

Objetivos

Evaluar los desenlaces clínicos, informados por los pacientes y del uso de los recursos de la prescripción no médica en el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas en ámbitos de atención primaria y secundaria en comparación con la prescripción médica (atención habitual).

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en bases de datos que incluyeron CENTRAL, MEDLINE, Embase y otras cinco bases de datos el 19 de julio de 2016. También se realizaron búsquedas en la literatura gris y búsquedas manuales de bibliografías de documentos y publicaciones relevantes.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorizados (ECA), ECA por conglomerados, estudios controlados tipo antes y después (before-and-after studies) (ECAD) (con al menos dos sitios intervención y dos sitios control) y análisis de series de tiempo interrumpido (con al menos tres observaciones antes y después de la intervención) que compararan: 1. prescripción no médica versus prescripción médica en la atención de enfermedades agudas; 2. prescripción no médica versus prescripción médica en la atención de enfermedades crónicas; 3. prescripción no médica versus prescripción médica en la atención secundaria; 4. prescripción no médica versus prescripción médica en la atención primaria; 5. comparaciones entre diferentes grupos de prescriptores no médicos; y 6. profesionales sanitarios no médicos con capacitación formal en prescripción versus aquellos sin capacitación formal en prescripción.

Obtención y análisis de los datos

Se utilizaron los procedimientos metodológicos estándares previstos por Cochrane. Dos autores de la revisión, de forma independiente, revisaron los estudios para inclusión, extrajeron los datos, evaluaron la calidad de los estudios y resolvieron las discrepancias mediante debate. Dos autores de la revisión, de forma independiente, evaluaron el riesgo de sesgo de los estudios incluidos según los criterios

EPOC. Se realizaron metanálisis mediante el modelo de efectos fijos cuando los estudios examinaron el mismo efecto del tratamiento y para considerar los tamaños muestrales pequeños. Los desenlaces se compararon con un modelo de efectos aleatorios cuando hubo heterogeneidad clínica o estadística.

Resultados principales

Se incluyeron 46 estudios (37 337 participantes); la prescripción no médica fue realizada por enfermeros en 26 estudios y por farmacéuticos en 20 estudios. En 45 estudios la prescripción no médica como componente de la atención se comparó con la prescripción médica en la atención habitual. Un estudio adicional comparó la prescripción por enfermeros apoyados por guías con la prescripción por enfermeros en la atención habitual. No se encontraron estudios en los que otros profesionales sanitarios realizaran la prescripción no médica. El requisito de capacitación para la prescripción no médica varió según el país y la ubicación.

Un metanálisis de los marcadores alternativos de enfermedad crónica (presión arterial sistólica, hemoglobina glucosilada y lipoproteína de baja densidad) mostró efectos positivos en el grupo de intervención. Hubo evidencia de certeza moderada de los estudios de presión arterial a los 12 meses (diferencia de medias [DM] -5,31 mmHg; intervalo de confianza [IC] del 95%: -6,46 a -4,16; 12 estudios, 4229 participantes) y de las lipoproteínas de baja densidad (DM -0,21; IC del 95%: -0,29 a -0,14; siete estudios, 1469 participantes); se disminuyó la certeza de la evidencia de alta debido a consideraciones de inconsistencia grave (heterogeneidad considerable), intervenciones multifacéticas y autonomía de prescripción variable. Hubo evidencia de certeza alta a partir de los estudios comparativos del manejo de la hemoglobina glicosilada a los 12 meses (DM -0,62; IC del 95%: -0,85 a -0,38; seis estudios, 775 participantes). Aunque pareció haber poca diferencia en la adherencia a la medicación entre los estudios, un metanálisis de los datos de desenlaces continuos de cuatro estudios mostró un efecto que favorecía la adherencia de los pacientes en el grupo de prescripción no médica (DM 0,15; IC del 95%: 0,00 a 0,30; cuatro estudios, 700 participantes). La certeza de la evidencia para la adherencia se disminuyó a moderada debido al grave riesgo de sesgo de realización. Aunque se observaron pocas diferencias en los eventos adversos relacionados con los pacientes entre los grupos de tratamiento, la certeza de la evidencia se disminuyó a baja por medidas indirectas, ya que el rango de eventos adversos podría no estar relacionado con la intervención y el informe selectivo impidió el informe adecuado de los eventos adversos en muchos estudios.

En general, los pacientes estaban satisfechos con la atención de los prescriptores no médicos (14 estudios, 7514 participantes). La certeza de la evidencia se disminuyó de alta a moderada por medidas indirectas, ya que la satisfacción con el componente de prescripción de la atención sólo se analizó en un estudio y hubo variabilidad en las medidas de satisfacción, con un uso limitado de herramientas validadas. Un metanálisis de las puntuaciones de la calidad de vida relacionada con la salud (SF-12 y SF-36) encontró una diferencia que favorecía la atención por parte de prescriptores no médicos en la puntuación del componente físico (DM 1,17; IC del 95%: 0,16 a 2,17) y la puntuación del componente mental (DM 0,58; IC del 95%: -0,40 a 1,55). Sin embargo, la medición de la calidad de vida podría reflejar de manera más apropiada la atención compuesta, en lugar del componente de prescripción de la atención, y por este motivo la certeza de la evidencia se disminuyó a moderada por medidas indirectas para la medición del efecto. En los estudios se informó sobre una amplia variedad de medidas de uso de los recursos, con pocas diferencias entre los grupos en las hospitalizaciones, las visitas al servicio de urgencias y las visitas a los servicios ambulatorios. En la mayoría de los estudios que informaron el consumo de medicación, los prescriptores no médicos prescribieron más fármacos, intensificaron las dosis de los fármacos y utilizaron una mayor variedad de fármacos en comparación con los prescriptores médicos en la atención habitual.

El riesgo de sesgo entre los estudios generalmente fue bajo para el sesgo de selección (generación de la secuencia aleatoria), el sesgo de detección (cegamiento de la evaluación de los desenlaces), el sesgo de desgaste (datos incompletos de los desenlaces) y el sesgo de notificación (informe selectivo). Hubo riesgo incierto de sesgo de selección (ocultación de la asignación) y de otros sesgos. Hubo alto riesgo de sesgo de realización (cegamiento de los participantes y el personal).

Conclusiones de los autores

Los resultados indican que los prescriptores no médicos, que ejercen con niveles variables, pero elevados de autonomía de prescripción, en varios contextos, fueron tan efectivos como los prescriptores médicos de atención habitual. Los prescriptores no médicos pueden obtener desenlaces comparables en la presión arterial sistólica, la hemoglobina glucosilada, la lipoproteína de baja densidad, la adherencia con la medicación, la satisfacción de los pacientes y la calidad de vida relacionada con la salud. Fue difícil determinar la repercusión de la prescripción no médica en comparación con la prescripción médica en los desenlaces eventos adversos y uso de los recursos debido a la inconsistencia y la variabilidad en el informe entre los estudios. Los esfuerzos futuros se deben dirigir a la realización de estudios más rigurosos que puedan identificar claramente los desenlaces clínicos, informados por los pacientes, relacionados con el uso de los recursos y económicos de la prescripción no médica en países de ingresos altos y bajos.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Funciones de prescripción de profesionales de la salud diferentes de los médicos

¿Cuál es el objetivo de esta revisión?

El objetivo de esta revisión Cochrane fue determinar si la prescripción realizada por profesionales de la salud distintos de los médicos ofrece resultados comparables a los de la prescripción por los médicos. Los investigadores Cochrane recopilaron y analizaron todos los estudios relevantes para responder a esta pregunta y encontraron 46 estudios.

Mensajes clave

Con la capacitación y el apoyo adecuados, los enfermeros y los farmacéuticos pueden prescribir medicamentos como parte del tratamiento de varias afecciones para lograr resultados de gestión sanitaria comparables a los de los médicos. La mayoría de los estudios se centran en el tratamiento de enfermedades crónicas en países con mayores ingresos, en los que en general existe evidencia de certeza moderada que apoya resultados similares en los marcadores de la enfermedad en la presión arterial elevada, la diabetes y el colesterol alto. Se necesitan estudios adicionales de alta calidad en los países más pobres, así como cuantificar mejor las diferencias en los resultados de prescripción sobre los eventos adversos y determinar los resultados económicos en materia de salud. Otros estudios también se podrían centrar más específicamente en el componente de prescripción de la atención.

¿Qué se estudió en la revisión?

Varios países permiten que profesionales sanitarios diferentes de los médicos prescriban medicamentos. Se considera que este cambio en las funciones permite un acceso mejorado y oportuno a los medicamentos por parte de los consumidores cuando hay escasez de médicos o el sistema de salud se enfrenta a presiones para hacer frente a la carga de la enfermedad. Además, este cambio de tareas ha sido apoyado por varios gobiernos como una forma de utilizar más adecuadamente las habilidades de profesionales de la salud, como los enfermeros y los farmacéuticos, en la atención de los pacientes. Se compararon los resultados de cualquier trabajador de la atención sanitaria que prescribiera con un grado alto de autonomía con los de los prescriptores médicos en contextos hospitalarios o comunitarios en países de ingresos bajos, medios y altos.

¿Cuáles son los resultados principales de la revisión?

Esta revisión encontró 45 estudios en los que enfermeros y farmacéuticos con niveles altos de autonomía de prescripción se compararon con prescriptores médicos en la atención habitual. Un estudio adicional comparó la prescripción por enfermeros con el apoyo de guías con la prescripción por enfermeros en la atención habitual. No se encontraron estudios con otros profesionales de la salud ni prescriptores no profesionales. Cuatro estudios de prescripción por enfermeros se realizaron en contextos de países de ingresos bajos y medios de Colombia, Sudáfrica, Uganda y Tailandia. Los estudios restantes se realizaron en países occidentales de ingresos altos. Cuarenta y dos estudios se basaron en un contexto comunitario, dos estudios se realizaron en hospitales, un estudio en un lugar de trabajo y un estudio en un establecimiento de atención a personas de edad avanzada. La prescripción fue sólo una parte de muchas intervenciones relacionadas con la salud, en particular en el tratamiento de enfermedades crónicas.

La revisión determinó que los resultados de los prescriptores no médicos eran comparables a los de los prescriptores médicos en cuanto a: hipertensión arterial (evidencia de certeza moderada); control de la diabetes (evidencia de certeza alta); colesterol alto (evidencia de certeza moderada); eventos adversos (evidencia de certeza baja); adherencia de los pacientes a sus regímenes de medicación (evidencia de certeza moderada); satisfacción del paciente con la atención (evidencia de certeza moderada); y calidad de vida relacionada con la salud (evidencia de certeza moderada).

Los farmacéuticos y los enfermeros con niveles variables de capacitación de pregrado, posgrado y específica en el trabajo relacionado con la enfermedad o la afección fueron capaces de producir resultados de prescripción comparables a los de los médicos. Los prescriptores no médicos suelen contar con apoyo médico para facilitar un modelo de práctica colaborativa.

¿Cuál es el grado de actualización de esta revisión?

Los autores de la revisión buscaron estudios que se habían publicado hasta el 19 de julio de 2016.