

Prescripción de la primera receta por el Médico Especialista

M^a José Tirado Peláez^a, José Jorge Pérez Pascual^b, Isabel Garzón García^b,
M^a Dolores González Céspedes^c, Pilar Sánchez Ortiz^c, José M^a del Campo del Campo^d

^a Farmacéutica de Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria de Albacete.

^b Médico de Familia. Centro de Salud Zona IV de Albacete.

^c Médico de Familia. Centro de Salud de Hellín (Albacete).

^d Médico de Familia. Centro de Salud de Ossa de Montiel (Albacete).

Correspondencia: M^a José Tirado Peláez. Gerencia de Atención Primaria de Albacete. C/ Marqués de Villoros nº 6, 02001- Albacete. Telf.: 967510825, e-mail: mjtirado@sescam.jccm.es

Recibido el 4 de septiembre de 2006.

Aceptado para su publicación el 25 de septiembre de 2006.

RESUMEN

Objetivo. La circular 8/96 de INSALUD dictó instrucciones para prescripción de receta oficial en atención especializada. Según dicha circular, el médico especialista realizará la primera prescripción en recetas oficiales a los pacientes dados de alta o atendidos en consultas. Puesto que no siempre se cumple, nos planteamos cuantificar, sobre el total de la prescripción del médico de familia, la proporción de recetas que debieran haberse realizado en atención especializada y, sin embargo, se han realizado en atención primaria.

Material y Métodos. Mediante un estudio descriptivo transversal se analizó la prescripción de cinco médicos de familia durante una semana, pertenecientes a tres Centros de Salud del Área Sanitaria de Albacete, diferenciando las prescripciones que deberían haber realizado los médicos de atención especializada e identificando las especialidades farmacéuticas y el origen de las mismas (servicio hospitalario y alta/consulta).

Resultados. Los cinco médicos realizaron un total de 3102 recetas, conteniendo las especialidades más prescritas los siguientes principios activos: paracetamol, omeprazol y ácido acetil salicílico. Durante la semana de observación, 73 recetas deberían haber sido realizadas en atención especializada, suponiendo el 2,35% del total (IC95%:1,85–2,95). El origen más frecuente fue la consulta especializada (79,7% frente a 20,3% de altas hospitalarias) y, en cuanto a servicios hospitalarios, Reumatología (17,8%) y Oftalmología (15,1%). Los principios activos más frecuentes fueron: paracetamol, calcio/colecalciferol y ketorolaco.

Conclusiones. Entre el 1,85 y el 2,95% de las recetas que realiza el médico de familia deberían realizarse en el medio especializado. Aunque dicha proporción no es importante, contribuye a aumentar la carga burocrática que caracteriza la consulta del médico de familia.

Palabras clave. Prescripción de medicamentos.

ABSTRACT

Prescription of first recipe by second level doctor

Objective. The document 8/96 by INSALUD, express the instructions in order to prescribe the official recipe by second health level. The document argues that second level doctor has the responsibility of fulfilment the recipe in patients attended by him. However, usually this instruction is un-fulfilled and we want to quantify percentage of prescription by family doctors that would be made by second level doctor.

Material and methods. By cross sectional descriptive research, it has been studied the prescription by five family doctors at Albacete health area during one week by watching percentage of prescription what would be made by second level doctors, the medicament and the source.

Results. The five doctors have performed 3102 documents and they has been the more frequent prescription, paracetamol, omeprazol, and acetyl salicylic acid. During one week, 73 documents would be made by second level, it suppose 2.35 % of global prescription (IC 95%: 1.85 – 2.95). The more frequent source is second level consultancy (79.7% v.s. 20.3% of hospital check out; IC 95%: 1.85 – 2.95), Rheumatology (17.8%), Oftalmology (15.1%) and more frequent molecules was paracetamol, calcium / cholecalciferol and ketorolac.

Conclusions. From 1.85 and 2.95% of recipes made by family doctor, they would be made by second level doctor. Despite it isn't an important percentage, it increases burocratic charge on the family practice consultancy.

Palabras clave. Prescriptions, Drug

INTRODUCCIÓN

Se entiende por prescripción de fármacos la dispensación de aquella receta o nota escrita por un facultativo médico en la que se indica el modo de preparación y administración de un medicamento. Es el documento normalizado por el que los facultativos legalmente capacitados prescriben medicación para un paciente, la cual será dispensada en una oficina de farmacia.

La prescripción de fármacos contribuye a aumentar la excesiva carga burocrática de la consulta del médico de familia. Con la introducción de las nuevas tecnologías y la informatización de las consultas, cabría pensar que dicha burocratización disminuiría, pero hay estudios publicados en los que se comprueba que todavía no se ha producido la disminución de trabajo meramente administrativo que tiene que realizar el médico de familia¹.

Entre dichos actos administrativos podríamos considerar la emisión de algunas recetas que deberían proporcionarse al paciente por parte de los médicos especialistas. Si dichos especialistas prescriben la primera receta al alta hospitalaria o en consultas externas, se evitan molestias a los pacientes al no tener que acudir a su médico de familia exclusivamente para obtener tales recetas. Por otra parte, el médico de familia obtiene un ahorro de tiempo, pudiendo evitar la percepción de desacuerdo y frustración al ejercer exclusivamente como responsable de un acto administrativo evitable.

Teniendo como base la circular 8/96 de INSALUD, que dictó instrucciones para prescripción de receta oficial en atención especializada, el médico especialista realizará la primera prescripción en recetas oficiales a los

pacientes dados de alta o atendidos en consultas especializadas. Puesto que no siempre se cumple, nos planteamos como objetivo cuantificar, sobre el total de la prescripción del médico de familia, la proporción de recetas que debieran haberse realizado en atención especializada y, sin embargo, se han realizado en atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Mediante un estudio descriptivo transversal se analizó la prescripción de cinco médicos de familia durante una semana (6 a 10 de marzo de 2006), pertenecientes a tres Centros de Salud del Área Sanitaria de Albacete (Zona IV de Albacete, Hellín y Ossa de Montiel). Los mismos registraron todas las prescripciones realizadas durante el periodo de estudio, diferenciando las que deberían haber realizado los médicos de atención especializada e identificando cada una de las especialidades farmacéuticas, así como el origen de las mismas (servicio hospitalario y prescripción tras el alta o tras atención en consulta externa).

Los datos fueron introducidos en una base de datos, procediéndose a su depuración y análisis mediante el programa estadístico SPSS 13.0. Se realizó una descripción de las variables estudiadas mediante distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión y construcción de sus correspondientes intervalos de confianza al 95%.

RESULTADOS

Los cinco médicos realizaron un total de 3.102 recetas correspondientes a 795 presentaciones de diferentes especialidades farmacéuticas. Los principios activos

	Principio activo	Nº veces prescrito	Porcentaje/total recetas
1	Paracetamol	107	3,45%
2	Omeprazol	78	2,51%
3	Ácido acetil salicílico	70	2,25%
4	Ibuprofeno	63	2,03%
5	Metamizol	54	1,74%
6	Enalapril	53	1,71%
7	Bromazepan	40	1,29%
8	Lorazepán	37	1,93%
9	Salbutamol	35	1,13%
10	Metformina	29	0,93%
11	Hesperidina/Diosmina	27	0,87%
12	Indapamida	27	0,87%
13	Almagato	27	0,87%
14	Doxazosina	25	0,81%
15	Furosemida	25	0,81%
16	Acenocumarol	20	0,64%
17	Nifedipino	19	0,61%
18	Ac. Alendrónico	19	0,61%
19	Simvastatina	19	0,61%
20	Ac. Risedrónico	15	0,48%
21	Torasemida	15	0,48%
22	Bromuro Ipatropio	14	0,45%
23	Amoxicilina/Ac. Clav	14	0,45%
24	Cetirizina	14	0,45%
25	Zolpiden14	0,45%	

Tabla 1. Principios activos más prescritos por el médico de familia.

	Principio activo	Nº veces prescrito	Porcentaje/total recetas
1	Paracetamol	5	6,85
2	Calcio/colecalciferol	4	5,48
3	Ketorolaco	3	4,11
4	Amoxicilina	2	2,74
5	Amoxicilina clavula	2	2,74
6	Ciclopentolato	2	2,74
7	Tiotropio bromuro	2	2,74
8	Levocetirizina	2	2,74
9	Hipromelosa	2	2,74
10	Dexametasona/tobram	2	2,74

Tabla 2. Principios activos más frecuentes correspondientes a las recetas que debería haber realizado el médico especialista.

contenidos en las especialidades más prescritas fueron: paracetamol, omeprazol y ácido acetil salicílico (tabla 1).

Durante la semana de observación, 73 recetas deberían haber sido realizadas en AE, suponiendo el 2,35% del total (IC95%:1,85–2,95) (figura 1). El origen más frecuente fue la consulta especializada (79,7% frente a 20,3% de altas hospitalarias) y, en cuanto a servicios hospitalarios, Reumatología (17,8%) y Oftalmología (15,1%). Los principios activos más frecuentes fueron (tabla 2): paracetamol, calcio/colecalciferol y ketorolaco. De dichas prescripciones, la adherencia a la Guía Farmacoterapéutica del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM) fue del 66,7% y su precio medio fue de 16,96 euros ± 23,84 DE.

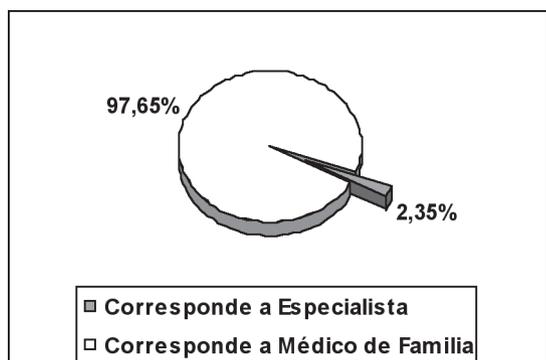


Figura 1. Proporción de recetas que deberían haberse realizado en el medio especializado.

DISCUSIÓN

Entre el 1,85 y el 2,95% de las recetas que realiza el médico de familia debería realizarse en el medio especializado. Aunque dicha proporción no es importante y no permite diferenciar entre servicios hospitalarios, contribuye a aumentar la carga burocrática que caracteriza la consulta de los médicos de familia. Dicha burocratización crea desacuerdo y frustración en estos profesionales. Una manera de disminuir ese sentimiento podría ser mediante una comunicación fluida entre los profesionales de ambos niveles de atención. Contribuiría a ello que la información suministrada en los informes de los especialistas no fuera incompleta como se ha demostrado en alguna publicación², de tal

manera que el médico de familia, siempre respaldado mediante una buena formación continuada, pudiera modificar, si fuera conveniente, el tratamiento “impuesto” por el médico especialista.

En un estudio³ realizado en 2003 se comprobó que un 5% de los médicos de familia están en desacuerdo total con lo prescrito por el especialista y un 14% en desacuerdo parcial. En cuanto a la insuficiente información facilitada por el especialista, se observa la falta de orientación diagnóstica en el 11,2% de los pacientes, así como la falta de precisión en cuanto a la duración de tratamiento en el 45% de los casos.

Últimamente, y debido principalmente al aumento del gasto farmacéutico, existe gran interés sobre la prescripción realizada por el médico de familia. Al ser éste el profesional que realiza un mayor número de recetas médicas, puede ser considerado como el mayor responsable del gasto farmacéutico, si no se tiene en cuenta la influencia que pueden tener en dicho gasto otros niveles asistenciales.

Nuestros resultados nos han permitido comprobar que el 2,35% de las recetas realizadas en la consulta del médico de familia deberían ser entregadas al paciente en el medio especializado. Dicha prescripción no se corresponde con la llamada prescripción inducida, la cual fue definida en el año 1991 como “toda prescripción generada por otro facultativo, o solicitada por el propio paciente, que el médico de cabecera acepta transcribir aunque no comparta el planteamiento diagnóstico-terapéutico”². En relación con lo anterior, observamos, entre la medicación objeto de estudio, algunos principios en los que existen alternativas más eficientes, como el bromuro de ipatropio respecto al bromuro de tiotropio.

Muchos de los tratamientos de larga duración tienen su origen en una prescripción inducida, siendo el médico de atención primaria el encargado de repetir la receta y controlar dichos tratamientos, llegando un momento en que se asumen como propios⁴. En la actualidad, son varios los estudios realizados que han intentado evaluar la prescripción inducida. Sin embargo, la elevada variabilidad en la metodología utilizada

en los estudios publicados hace que los resultados obtenidos sean poco comparables, si bien todos ellos permiten poner de manifiesto una realidad derivada de la figura del médico de atención primaria como centralizador de la prescripción realizada a sus pacientes para garantizar la continuidad asistencial⁵.

Las repercusiones sanitarias y económicas de la prescripción farmacéutica son especialmente relevantes en el ámbito de la atención primaria y es a ella hacia donde se dirigen todos los intentos para conseguir un uso racional de medicamentos, sin embargo, no es infrecuente que en el medio especializado se prescriban novedades terapéuticas que generalmente son más caras y no aportan ventajas sobre otros medicamentos ya financiados por el Sistema Nacional de Salud.

La distancia entre atención primaria y especializada, en cuanto a la prescripción farmacológica, debe tender a ser lo más pequeña posible. Para esto se proponen diversas estrategias como la elaboración conjunta de guías de utilización de medicamentos, la utilización de una historia clínica informatizada única para cada paciente y la implantación de la receta electrónica⁵.

Por otro lado, se debería establecer un sistema que permitiera separar el gasto correspondiente a ambos niveles⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raba Oruña S, Ortiz Lebaniegos I, Villa Puente M, Pérez Martín A, Gutiérrez Conde ML, Urcullu San Cristóbal B et al. Burocracia en la consulta de Atención Primaria e informatización: ¿hemos mejorado? *Medicina General* 2005; 71:18-23.
2. Danti G, Castellani L. La prescripción inducida en medicina general. Investigación orientada a la reflexión sobre los estudios de utilización de fármacos. *Farm Clin* 1991;8:236-52
3. Fernández Liz E, Rodríguez Cumplido D, Diogène Fadini E. Prescripción inducida a médicos de atención primaria procedente del hospital de referencia, Hospital Universitari Vall d'Hebron. *Aten Primaria* 2004; 33(3):118-25.
4. Pérez Fuentes ML, Moratalla G, Lubián M. Estudio de la prescripción inducida en un centro de salud. *Aten Primaria* 1994; 14:769-774.
5. Pérez Rodríguez MT. Corresponsabilidad de la prescripción farmacéutica: ¿quién debe asumir la prescripción de los especialistas del hospital de referencia? *Aten Primaria* 2004; 33(3):118-25.
6. Ruiz de Velasco Artaza E, Unzueta Zamalloa L, Fernández Uria J, Santisteban Olavarria M, Lekue Alkorta I. Prescripción inducida en atención primaria de la Comarca de Bilbao. *Aten Primaria* 2002; 29(7):414-20.