

LA GESTIÓN DE RECETAS

Durante cinco años, los esfuerzos formativos de la Dirección General de Farmacia han ido encaminados a mejorar la calidad de prescripción teniendo en cuenta indicadores cualitativos que buscan la prescripción del principio activo de elección de cada grupo farmacoterapéutico. Estas medidas seguirán implementándose, pero además ahora es necesario un mayor control en el número de recetas que reciben los pacientes, ya que existen datos que indican una facturación superior a la que al paciente se le ha prescrito según su posología.

Un ejemplo del exceso del nº de recetas, es el caso de los IBP. El 70% de las veces se escoge el omeprazol, fármaco de elección en este grupo. Sin embargo, en el 2009 se recetaron más de 2,6 millones de envases de IBP.

Según los datos de los puntos SIGRE de recogida de medicamentos en las oficinas de farmacia, en el 2008 se tiraron a través de las farmacias más de 75 toneladas de medicamentos en Canarias (sin contar lo tirado en la basura) y en el 2009 se incrementaba a un ritmo del 27%.

Un paciente tiene derecho a las recetas que le correspondan por posología, pero no a un número mayor: por ejemplo si toma una estatina al día y la caja es de 28 comprimidos, tendrá derecho a 13 envases al año. Si le prescribimos más, estamos favoreciendo que se desechen recursos pues acaban tirándose, o favoreciendo el fraude al permitir que un paciente obtenga medicamentos que no son destinados a su persona (familiares, vecinos, que se lleve a otros países,...).

Por otro lado, el uso de sistemas informáticos que simplifican cada vez más el proceso prescripción-dispensación, como la receta electrónica debe hacernos aumentar el cuidado a la hora de prescribir, pues tratamientos que el paciente ha dejado de usar, si no se han cerrado expresamente, pueden aparecer en el plan de tratamiento de receta electrónica (REC) y ser dispensados.

PROPUESTAS

- **No recetar más de un envase del mismo producto con la misma fecha.** Esto es imprescindible al inicio de una prescripción. Si le damos a un paciente 3 recetas del mismo medicamento con la misma fecha y no le produce el efecto deseado o provoca una reacción adversa, y hay que retirarlo y modificar el tratamiento, los envases restantes acaban en el mejor de los casos en el SIGRE.

- **Proponer al paciente que traiga la medicación acumulada a las visitas programadas de enfermería y medicina.** De esa manera detectaremos incumplimientos, que en el caso de pacientes crónicos es del 50% (superior al 60% en mayores de 65 años sin cuidador). Con esta finalidad se ha iniciado este año un programa dirigido a enfermos crónicos y polimedica-dos, y a evitar el acúmulo de medicamentos, que se reforzará con información dirigida a la población desde medios de comunicación y a través de la entrega de bolsas a los pacientes por los profesionales sanitarios, lo que ya se ha llevado a cabo en otras CCAA (figuras 1 y 2).

- **Recetar los medicamentos cuando están indicados en la ficha técnica, y según las pautas recomendadas por las guías basadas en la evidencia de Sociedades u Organizaciones Científicas,** por ejemplo el uso de bifosfonatos en prevención secundaria de fracturas o prevención primaria con factores de riesgo de fractura; usar IBP si hay enfermedad (esofagitis, reflujo grave o úlcera) o si consume un AINE y a la vez tiene factores de riesgo de sangrado digestivo.

- **Evitar el uso de fármacos de utilidad terapéutica baja.** Los más frecuentemente recetados son: citicolina, sulfato de glucosamina, condroitínsulfato y expectorantes.

- **Usar el sistema informático de prescripción adecuadamente:** en especial tratar de tener siempre los planes terapéuticos

de los pacientes actualizados, y especialmente si disponemos de REC. La prescripción nunca ha de convertirse en un acto pasivo. Precisamente es el proceso que desde el punto de vista judicial puede provocar un mayor número de demandas. Por ello, aunque la REC nos facilite nuestra labor y facilite al paciente el tener siempre su medicación disponible en la farmacia, SIEMPRE se ha de revisar el plan terapéutico antes de imprimirlo, pues podemos enviar en dicho plan fármacos que figuran como activos (por no haber sido cerrados) y el paciente realmente ya no se toma. Una vez que el fármaco ya no se precisa, bien porque termina su administración o se le sustituye por otro, se ha de cerrar la prescripción (por ejemplo, si está con simvastatina y no la tolera y la sustituimos por pravastatina, en el plan terapéutico le aparecerán las dos estatinas si no cerramos la simvastatina, y en la farmacia podrían despacharle las dos).

Es recomendable además que:

1. Aquellas prescripciones que sean de uso agudo se registren como tales en los sistemas informáticos de prescripción, con su duración expresamente consignada, pues:

- En el caso de DRAGO-AP, la aplicación cierra las prescripciones agudas una vez finalizada la duración del tratamiento, lo que evita que sigan apareciendo automáticamente estas prescripciones agudas en los planes de tratamiento futuros.
- En el caso de OMI-AP, sólo migrarán al tratamiento activo en DRAGO-AP (y por consiguiente a REC) las prescripciones activas, que son todas las crónicas y las agudas en las que no haya pasado el número de días de duración previsto. El resto de las prescripciones pasarán al histórico de DRAGO-AP al hacer la migración.

2. Aquellas prescripciones que sean de uso crónico se registren como tales en los sistemas informáticos de prescripción, lo que es especialmente conveniente en el caso de OMI-AP, para que no pasen al histórico en el momento de la migración a DRAGO-AP.

Figura 1



Figura 2



Autores: Moreno Valentín G, López Navarro A, Martín Torres M, Estupiñan Ramírez M, López Cavero J, Montes Gómez E, Talavera Déniz A, Aguiar Bautista JA, Olmo Quintana V.

Edita: Dirección General de Farmacia del Servicio Canario de Salud / SERVICIO CANARIO DE SALUD

ISSN: 1889-0989

Depósito Legal: GC 1103-2008

Pueden solicitar el envío electrónico de los infarmas remitiendo un correo a jagubau@gobiernodecanarias.org