

Análisis de la cumplimentación de las recetas en algunas farmacias comunitarias

José IBÁÑEZ FERNÁNDEZ, Neus CAELLES FRANCH, Loles RODRÍGUEZ GALINDO, Esther FERNÁNDEZ CABRÉ, Maite GARCÍA MANZANARES, Laura TUNEU VALLS

Pharmaceutical Care España 1999; 1: 198-201

En este estudio se intenta prevenir aquellos problemas relacionados con los medicamentos, PRM potenciales, que puedan surgir de una mala cumplimentación de la receta. Para ello se ha estudiado los errores más habituales y se han reflexionado sobre casos surgidos durante la ejecución del estudio. Sobre esta base se debe establecer una metodología de trabajo en el momento de la dispensación, derivando las situaciones catalogadas al farmacéutico.

El estudio se ha realizado en cinco farmacias comunitarias de la provincia de Tarragona; se han procesado 2400 recetas, de las cuales en un 26% el paciente iniciaba el tratamiento. Las recetas en las que se prescriben medicaciones nuevas son las que generan la mayor parte de las intervenciones del farmacéutico y más si consideramos que en nuestro ámbito en un 47% de estas recetas no consta la posología y en un 84,3% no consta la duración del tratamiento. Asimismo, se ha valorado quién recoge

PALABRAS CLAVE: Receta Médica, Errores de Dispensación.

ABREVIACIONES:

ZAP: Zona de Atención Personalizada

PRM: Problemas Relacionados con Medicamentos

José Ibáñez Fernández. Licenciado en Farmacia. Farmacéutico comunitario en Reus (Tarragona). Avda. Barcelona, 6. 43202 Reus (Tarragona).

Neus Caelles Franch. Licenciada en Farmacia. Farmacéutica comunitaria en Reus (Tarragona).

Loles Rodríguez Galindo. Licenciada en Farmacia. Farmacéutica comunitaria en Reus (Tarragona).

Esther Fernández Cabré. Licenciada en Farmacia. Farmacéutica comunitaria en Reus (Tarragona).

Maite García Manzanares. Licenciada en Farmacia. Farmacéutica comunitaria en Reus (Tarragona).

Laura Tuneu Valls. Licenciada en Farmacia. Farmacéutica responsable del CIM del Hospital de Sant Pau (Barcelona)

FUENTES DE FINANCIACIÓN: No ha habido financiación externa.

la medicación apareciendo un 1,17% de personas claramente no capacitadas, que necesitan un protocolo especial de actuación.

El farmacéutico en la dispensación dedica mucho tiempo y esfuerzo en resolver incertidumbres que aparecen como consecuencia de una mala cumplimentación de la receta. Este estudio nos aboca a la necesidad de redactar una metodología de trabajo en la dispensación, con el fin de detectar y solucionar el máximo de problemas y errores para mejorar la calidad de la dispensación.

Analysis of filling out of prescriptions in several community pharmacies

This study attempts to prevent those Drug Related Problems (DRP), potential DRP, that can arise from the incorrect filling of the prescription order.

To do so, the most common errors have been studied and cases arising during the carrying out of the study have been considered. On this basis, a work methodology should be established on dispensing, referring the conflict situations to the pharmacists.

The study has been carried out in five community pharmacies in the province of Tarragona (Spain). 2400 prescriptions have been processed and of these, the patient was initiating treatment in 26%. The prescriptions in which new drugs are being prescribed are those that generate most of the pharmaceutical interventions and even more if we consider that in our environment, the dosage is not given in 47% of these prescriptions, and in 84.3%, the length of treatment is not stated. In addition, the data regarding who had picked up the medication was evaluated, and it has been seen that 1.17% were persons who were clearly unqualified, who need a special performance protocol.

In dispensing the drugs, the pharmacist dedicates much time and effort to solve doubts that are a result of poor filling out of prescriptions. This study leads us to the need to present a work methodology on dispensation so as to detect and solve as many problems and errors as possible in order to improve dispensation quality.

KEY WORDS: Prescription Order, Dispensing Errors.

La práctica de la Atención Farmacéutica nos obliga a reflexionar y evaluar nuestra actividad en la farmacia comunitaria. Esta actividad evoluciona hacia una farmacia dirigida al paciente que intenta, fundamentalmente, mejorar su calidad de vida relacionada con la salud. Esto implica que no sólo debemos plantearnos dar servicio al paciente, sino cómo damos ese servicio¹.

La integración de la Atención Farmacéutica en la farmacia comunitaria implica cambios en los flujos de trabajo, que están condicionados por el hecho de que las funciones con mayor valor² correspondientes a la Atención Farmacéutica han de ser realizadas por un farmacéutico, mientras que aquellas tareas de menor valor, como burocracia, gestión, e incluso la dispensación de la medicación habitual, pueden y deben ser realizadas por el personal auxiliar³⁻⁵.

El trabajo de dispensación es un trabajo de filtro, en el que se pueden resolver problemas menos complejos mientras que aquellas situaciones de mayor entidad se deben derivar hacia la zona de atención personalizada (ZAP). Para ello, todo el personal debe tener muy claras las situaciones en que se pueden generar problemas relacionados con los medicamentos (PRM), lo que requiere una gran formación y entrenamiento. Pero, en otros muchos casos, estos problemas aparecen como consecuencia de una mala calidad en la cumplimentación de la receta.

La receta es, en la práctica totalidad de los casos, el único vínculo que existe entre la prescripción que realiza un médico y la dispensación y seguimiento que tendrá que hacer el farmacéutico. Su aspecto y contenidos están regulados en España por el Real Decreto 1910/1984 de receta médica⁶. En especial, en su artículo 7 se regulan los datos de obligada presencia.

En este estudio se investigan los errores más habituales en la cumplimentación de las recetas que podrían llegar a ser causa de PRM. Intenta descubrir y prevenir aquellos problemas relacionados con los medicamentos, PRM potenciales, que puedan tener como causa una mala cumplimentación de la receta. Para ello se investigan los errores más habituales y

se ha reflexionado sobre problemas surgidos durante la ejecución del estudio. Sobre esta base se debe establecer una metodología de trabajo en el momento de la dispensación, derivando las situaciones catalogadas al farmacéutico^{6,7}.

■ MÉTODOS

El presente estudio prospectivo se realizó durante el mes de enero de 1999. En él trabajaron nueve personas, entre farmacéuticos y auxiliares, en cinco farmacias comunitarias de la provincia de Tarragona.

Para la recogida de datos se utilizó una hoja tipo siguiendo unas instrucciones, previamente consensuadas entre los farmacéuticos del estudio. En el presente estudio se han valorado los siguientes parámetros:

- nombre correcto,
- medicación nueva o de repetición,
- persona no capacitada; se ha valorado de una forma subjetiva como incapacitados para recibir la información a los niños hasta la adolescencia y a las personas con alteración psíquica manifiesta,
- quién recoge la receta,
- falta fecha de prescripción,
- se identifica el medicamento,
- se identifica un cambio de dosis,
- falta duración del tratamiento en medicaciones que el paciente inicia,
- falta posología,
- falta dosis,
- falta forma farmacéutica.

Los datos se procesaron mediante una base de datos en Access® de Microsoft y los cálculos se realizaron en Excel® de Microsoft.

■ RESULTADOS

Se procesaron 2400 recetas. Entre las recetas procesadas, el 26% (622 recetas) eran medicaciones nuevas (aquellas en que el paciente inicia el tratamiento) y el 74% (1778 recetas) restante eran medicaciones de uso crónico. En cuanto a la identificación del paciente, se detectó que en un 3,54 % (85 recetas) el nombre del paciente no correspondía con el escrito en la receta.

Al evaluar quién recoge la medicación en la farmacia se encontraron las siguientes posibilidades: el propio paciente en el 64,3%, un niño el 0,4%, y otros (familiar, vecinos, cuidadores, etc.) en el 35,3%. Además, el 1,17% de las recetas fueron recogidas por personas que calificamos de no capacitadas para recibir información.

TABLA 1. Porcentaje de no completación de los datos de la receta médica

	Recetas no completas
Total de recetas (n=2.400)	
Falta fecha	664 (27,7%)
Falta posología	1.748 (72,8%)
Falta dosis	91 (3,8%)
Falta forma farmacéutica	68 (2,8%)
Recetas de tratamientos nuevos (n=622)	
Falta duración de tratamiento	507 (81,5%)

De las 1778 recetas de medicaciones crónicas hemos comprobado que un 0,46% no identificaba el medicamento cuando se lo dispensábamos y que un 0,29% no identificaba el cambio de dosis que se apuntaba.

Los parámetros evaluados referentes al formato de receta se recogen en la tabla 1.

■ DISCUSIÓN

Con este trabajo no se pretende detallar la totalidad de los errores en la cumplimentación de la receta, sino detectar posibles causas de PRM que puedan surgir como consecuencia de estos errores. Por otro lado, la persona que actúe de filtro en el mostrador debe identificar claramente en qué situaciones debe derivar el paciente al farmacéutico.

La fecha de prescripción es un parámetro al que frecuentemente no se le da la importancia que tiene, dado que el estado de salud del paciente puede haber variado desde el momento de la prescripción, pudiendo el medicamento ya no ser necesario o, por el contrario, haberse agravado la situación e incluso presentar interacciones que el médico no valoró. En nuestro estudio, más de la cuarta parte de las recetas carecían de ese dato. En estos casos es necesario preguntar al paciente cuándo fue al médico, y según la enfermedad se valorará la intervención del farmacéutico (y recordar la caducidad de 10 días como precepto legal). Por ejemplo, uno de los casos detectados en nuestro estudio fue el de un paciente que acudió con una receta privada sin fecha de tinidazol en comprimidos; al derivar el auxiliar la receta al farmacéutico, se comprobó que

la prescripción la había realizado el médico un mes antes para una tricomoniasis que en su momento fue tratada y resuelta. Ahora la paciente había confundido los síntomas iniciales con lo que podría ser una infección por hongos, por lo que se le aconsejó volver al médico.

En un altísimo porcentaje no consta la posología en la receta, en medicación nueva 47% y en crónica alcanza un 82%. En los tratamientos iniciales, si no consta, le debemos preguntar si ha sido informado; en caso afirmativo se comprobará si ha entendido la prescripción médica y se repasará la posología para comprobarla. En nuestro estudio hemos detectado en niños posología para jarabes del tipo 1 cada 8 horas, lo que puede inducir a error al no especificar los mililitros o el tamaño de la cuchara. También se han detectado errores de pauta escrita que pudieron ser verificados en contacto con el médico prescriptor. Para que el farmacéutico pueda hacer su función de *gate keeper* habrá de disponer de este dato, entre otros. Según la literatura⁸, el grado de cumplimentación en este aspecto en otros países es mayor que en nuestra muestra.

Como parte importante de la pauta debe constar la duración del tratamiento. En nuestro estudio tan sólo aparece la duración en el 15,7% de estas recetas. Parece necesario informar sobre el punto, de manera rutinaria, con el fin de evitar la prolongación innecesaria o que se tome el medicamento durante un periodo insuficiente.

En más del 6 % de los casos de nuestro estudio, no pudo dispensarse el medicamento hasta comprobar la dosis y/o forma farmacéutica. Tiene especial importancia la omisión de la dosis, especialmente por la creencia bastante generalizada entre los farmacéuticos de que deberá dispensarse el de menor potencia, en lugar de ajustarla a las necesidades del paciente.

La labor del farmacéutico como informador de los pacientes no plantea duda. Tanto más cuando nos hemos encontrado el caso de pacientes crónicos que no identifican el medicamento prescrito (0,46%) o que no son conscientes del cambio de dosis (0,29%). La literatura⁹ asocia la mayoría de las intervenciones del farmacéutico a medicaciones nuevas, 93,8%, sin seguir un modelo de Atención Farmacéutica. Parece, por tanto, que en el 26% de las recetas que corresponden a medicación nueva, se debe derivar al farmacéutico para que se realice la labor de información completa.

Esta labor de información es inútil si el que viene a recoger la receta es un niño o un incapacitado psíquico. En nuestro estudio, casi el 1,5% de recetas fueron recogidas por integrantes de uno de estos grupos. Para cualquiera de los dos, el acto de dispensación habrá de modificarse sobre el patrón nor-

mal. En cualquier caso, tanto esta situación especial, como la normal, habrán de estar protocolizadas^{10,11}.

■ CONCLUSIÓN

El farmacéutico en la dispensación dedica mucho tiempo y esfuerzo en resolver incertidumbres que aparecen como consecuencia de una mala cumplimentación de la receta. Este estudio nos indica la necesidad de redactar un protocolo de actuación en la dispensación, con el fin de detectar y solucionar el máximo de problemas y errores para mejorar la calidad de la dispensación.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Faus M.J. Concepto, justificación y modalidades de la atención farmacéutica. En Faus M.J. Martínez F. Eds. *Curso postgrado de atención farmacéutica, Unidad 1*. Valencia: General Asde; 1997; 15-29.
2. Fernández-Llimós F. El valor añadido. Otra vía hacia la atención farmacéutica. *Farmacia Profesional* 1997; 11 (10): 12-16.
3. Martínez Romero F. Motivación propia y del equipo de la farmacia para hacer Atención Farmacéutica. En Faus M.J. Martínez F. Eds. *Curso postgrado de atención farmacéutica, Unidad 1*. Valencia: General Asde; 1997; 61-69.
4. Martínez Romero F. Atención farmacéutica. Un gran compromiso. *Farmacia Profesional* 1996; 10 (5): 62-67.
5. Martínez Romero F, Granados Tejero C. La farmacia en Estados Unidos. Hacia la atención farmacéutica. *Farmacia Profesional* 1996; 10 (10): 46-48.
6. Real Decreto 1910/1984 de 26 de septiembre de receta médica. BOE 1984.
7. Calahorra Valdivia C, Martín Martín C, Martínez Romero F, Faus Dader M.J. Problemática actual de la receta médica. *Offarm* 1992; 11: 94-102.
8. Knapp KK et col. Community pharmacist interventions in capitated pharmacy benefit contract. *Am J Health-Syst Pharm* 1998; 55: 1141-5.
9. Rupp MT, De Young M. Reactive Pharmacist Interventions. Results from a Spontaneous Reporting Program. *Journal Pharmacoepidemiology* 1991; 2 (1): 35-49.
10. Faus MJ, Martínez F. Atención Farmacéutica: Evolución, necesidades, modalidades y estrategias. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 52-61.
11. Aguiló Juanola M. Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. ¿Por dónde empezar? *Farmacia Profesional* 1996; 10 (11): 38-45.