

COLABORACION ESPECIAL**REVISION DE LA ORGANIZACION DE LA CONSULTA
DE LARGO TRATAMIENTO****M. Gea Navarro, L. Marín Rives, F. Bravo Vicente, F. A. Martínez García,
M. J. Lázaro Gómez, M. C. Pérez Candela**

Centro de Salud Molina de Segura. Murcia

RESUMEN

La farmacodependencia creciente de las sociedades desarrolladas ha supuesto el uso incontrolado de fármacos con el consiguiente riesgo médico y la importante repercusión económica.

La Atención Primaria de nuestro país se caracteriza por la elevada demanda y burocratización de las consultas.

Por esto, consideramos útil contar con un sistema para la prescripción de largos tratamientos, entendiéndose como tal un mecanismo que permita la obtención de la receta con comodidad para el paciente y el médico, el control y monitorización de los tratamientos crónicos instaurados, las evaluaciones periódicas de la terapéutica y que cuente con la participación de otros miembros del Equipo de Atención Primaria.

En este trabajo se muestra el modelo de sistema para prescripción repetida en nuestra Zona de Salud, que debe permitirnos obtener la receta en un plazo máximo de ocho horas, reconocer fácilmente los medicamentos tomados de forma crónica y anotar la fecha de la última prescripción.

Palabras Clave: Prescripción repetida, Cartilla de largo tratamiento, Medicación crónica.

ABSTRACT**Revision of the Long Term
Consultation Organization**

The growing drug dependency of developed societies has meant the uncontrolled use of drugs with the consequent medical risks and important economic repercussions.

Primary Health Care in our country is characterized by high demand burocratization of clinics.

Because of this, we consider it useful to rely on a prescription system for long term treatment, this being understood as a mechanism which allows the obtaining of prescriptions easily both for the patient and the doctor, control and monitoring of established chronic treatments, periodical therapy evaluations, which rely on the participation of other members of the Primary Health Care Team.

In this report the model of the repeat prescription system in our Health Area is shown, from which the prescription can be obtained in a maximum time limit of 8 hours, the medication taken for chronic illness can be easily recognized and to make note of the date of the prescription.

Key Words: Repeat prescription, Long term treatment card, Chronic medication.

1. INTRODUCCION

La racionalización de la prescripción terapéutica en Atención Primaria es objeto de creciente preocupación por parte de los servicios de salud.

La medicalización y farmacodependencia crecientes de las sociedades desarrolladas han supuesto el uso incontrolado de fármacos, con el consiguiente riesgo médico y la importante repercusión económica.

En 1970, la OMS definió como medicamentos esenciales "aquéllos que son de máxima importancia y básicos, indispensables e imprescindibles para atender las necesidades de salud de una población".

Correspondencia:
Manuela Gea Navarro.
Centro de Salud Molina de Segura.
Avenida Levante, s/n, Molina de Segura. Murcia.

A pesar de que el número de medicamentos disponible debería restringirse a estos medicamentos esenciales, en España existen más de 8.000 especialidades que suman unas 15.000 presentaciones¹.

La relación de medicamentos, considerados útiles por la guía farmacológica para la Asistencia Primaria, incluye solo 370 principios activos, como medicamentos considerados útiles que corresponden a algo más de 1.300 marcas y 2.300 presentaciones².

Por otra parte, la Atención Primaria de nuestro país se caracteriza por la elevada frecuentación de las consultas médicas (3 a 4 veces más elevada que en los países europeos), la gran carga de trabajo (más de 40 visitas/médico general/día) y la burocratización de los circuitos y mecanismos de derivación³.

Por todo lo anterior, debe existir un diseño de sistema para la prescripción de largos tratamientos, entendiendo como tal a un mecanismo que permita la obtención de la receta con comodidades para el paciente y para el médico, que cuente con la participación de otros miembros del Equipo de Atención Primaria de Salud (APS) y que permita autoevaluaciones periódicas de la terapéutica^{4,5,6}.

Objetivos de la prescripción repetida

- Mejorar la calidad de la prescripción terapéutica (utilizar medicamentos esenciales, disminuir los inactivos, las asociaciones y administraciones vía parenteral)^{2,7}.
- Racionalizar el consumo de medicamentos en pacientes crónicos, disminuyendo el riesgo terapéutico del uso incontrolado de los mismos.
- Controlar y monitorizar los tratamientos crónicos instaurados⁶.

- Reforzar la educación sanitaria individual⁸.
- Formar parte del sistema de registro del Centro.
- Disminuir el número de consultas burocráticas.
- Mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios.
- Evaluar la repercusión económica del consumo de medicamentos crónicos.

Utilidad de la prescripción repetida

1) *Usuario*

- Obtención de recetas, evitando esperas innecesarias.
- Obtención racional de la prescripción y consumo, controlado mediante supervisión médica.
- Conocimiento por parte del usuario del momento en que finaliza el tratamiento, o debe ser revisado.
- Disposición de un documento informativo de la mediación prescrita y patología existente para otros facultativos.

2) *Equipo de Atención Primaria (EAP)*

- Simplificar el acto burocrático.
- Conocimiento de la medicación prescrita y control de su cumplimiento.
- Controlar efectos indeseables e interacciones medicamentosas.
- Controlar patología crónica protocolizada.
- Disminuir la presión asistencial en la consulta a demanda (casi un 20%)¹⁰.

TABLA 1

Fármacos a excluir en los tratamientos prolongados

- I.—*Antieméticos*
El tratamiento de los vómitos ha de ser etiológico. Sus efectos indeseables hacen necesaria la limitación de su uso prolongado.
- II.—*Laxantes*
Cuando su indicación es clara, los laxantes formadores de masa serían los indicados. En caso de estreñimiento crónico sin causa orgánica conocida, aconsejamos medidas dietéticas.
- III.—*Enzimas pancreáticas*
Estarán indicados solo en caso de secreción insuficiente de jugo pancreático, administrándose a dosis altas junto con antiácidos.
- IV.—*Antiflatulentos*
No se ha encontrado ningún fármaco eficaz, siendo más importantes las medidas higiénico dietéticas.
- V.—*Hepatoprotectores*
No han sido validados científicamente.
- VI.—*Litolíticos*
Solo indicados en tratamientos de coleditiasis con cálculos radiotransparentes y vesícula biliar funcional. En este caso la duración del tratamiento iría desde seis a veinticuatro meses, o incluso más.
- VII.—*Antitusígenos*
Solo están indicados en casos de tos seca y en cortos períodos de tiempo.
- VIII.—*Expectorantes, fluidificantes y mucolíticos*
Ninguno de ellos ha demostrado eficacia clínica, a lo sumo han aliviado síntomas en algunos ensayos clínicos, pero se desconoce por cuanto tiempo dura su acción.
- IX.—*Antibióticos*
Su uso de forma prolongada queda restringido a patologías concretas (Brucela, TBC).
- X.—*Analgésicos y antiinflamatorios*
Solo indicados en entidades clínicas correctamente diagnosticadas por tratarse de fármacos potencialmente peligrosos por sus numerosas interacciones y sus efectos secundarios.
El dolor de la artrosis sin componente inflamatorio responde a los analgésicos, no siendo necesario el uso de antiinflamatorios.
- XI.—*Inductores del sueño*
Solo indicados en períodos cortos de tiempo y con una indicación precisa, dado que son potencialmente nocivos y producen tolerancia.
- XII.—*Anorexígenos e inductores del apetito*
Ambos grupos de fármacos no deben utilizarse de forma mantenida, ya que producen tolerancia y poseen buen número de efectos indeseables.
- XIII.—*Colirios oculares, gotas nasales y gotas óticas*
Los colirios tienen indicaciones muy precisas (metilcelulosa para queratitis seca, timolol para glaucoma); algunos fármacos aplicados vía ocular pueden producir reacción sistémica (cloramfenicol, sulfamidas, timolol).
Las gotas óticas con antibióticos no son deseables, ya que, además de ineficaces, son potencialmente sensibilizantes.
Las gotas descongestivas nasales pueden provocar un efecto congestivo reactivo en la mucosa nasal y en muchos casos hipertensión arterial.
- XIV.—*Tópicos cutáneos*
Salvo casos muy concretos, como psoriasis, dermatitis seborreicas o acné entre otros, no deben ser incluidos en los tratamientos prolongados.
- XV.—*Vasodilatadores*
No existe ningún ensayo clínico verdaderamente controlado que demuestre su eficacia.
- XVI.—*Vitaminas, minerales, tónicos y reconstituyentes*
Salvo casos excepcionales como insuficiencia renal o hepática, embarazo..., no tienen ninguna utilidad.

- Incrementar el tiempo invertido por consulta médica, optimizando así la calidad asistencial.
- Facilitar la labor investigadora.
- Realizar protocolos consensuados por el EAP, excluyendo fármacos de escasa eficacia (tabla 1), para evaluar la calidad de los medicamentos prescritos.

2. DISEÑO DEL SISTEMA PARA PRESCRIPCIÓN REPETIDA

El Centro de Salud de Molina de Segura se encuentra en la comarca de la Vega Media de Murcia y forma parte del Área de Salud VI. Abarca una superficie de 169 kilómetros, con una población de 39.000 habitantes y una densidad poblacional de 209 hab/km².

Nuestra Zona de Salud presenta un alto índice de dispersión demográfica, ya que forman parte de ella 13 pedanías, y si a esto añadimos que el Centro de Salud se halla ubicado en la periferia del casco urbano, nos lleva a la necesidad de diseñar un sistema de prescripción que permita al usuario obtener la receta mediante una sola visita al Centro y aconsejablemente en un plazo no superior a 2 horas.

Para este fin, el sistema debe ser doble, permitiendo la existencia de un Registro para el Centro (figura 1), que será manejable y estará colocado en un lugar de fácil acceso en la mesa del personal que asume las tareas de renovación.

El paciente dispondrá también de un documento (figura 2) que le permita recordar e informar a otros facultativos la medicación prescrita. Asimismo quedará constancia en la historia clínica de la existencia de este Sistema de Prescripción Repetida.

Las cartillas de largo tratamiento (CLT) que conformen el Registro del

Centro serán de cartulina blanca para hombres y amarilla para mujeres (20 × 15 cm), recogiendo en ellas datos de filiación del paciente, tipo de cobertura sanitaria, número de historia clínica, diagnóstico, fármaco prescrito (especificando nombre comercial, dosis y vía de administración), duración del tratamiento, reacciones adversas a medicamentos (RAM), datos del médico prescriptor y en el margen superior izquierdo existirá un sistema de identificación de pacientes incluidos en programas y/o factores de riesgo que seguirán un código de colores.

El documento para el paciente será de similares características, exceptuando el color del impreso (verde para activos y rojo para pensionistas) y la ausencia, en este caso, del sistema de marcadores, así como del registro del RAM.

En ambos documentos se anotará cada una de las nuevas prescripciones, realizadas con la fecha correspondiente. Esta actividad se realizará exclusivamente en la consulta de prescripción repetida.

Antes de la implantación de este sistema deben establecerse unos criterios claros de inclusión:

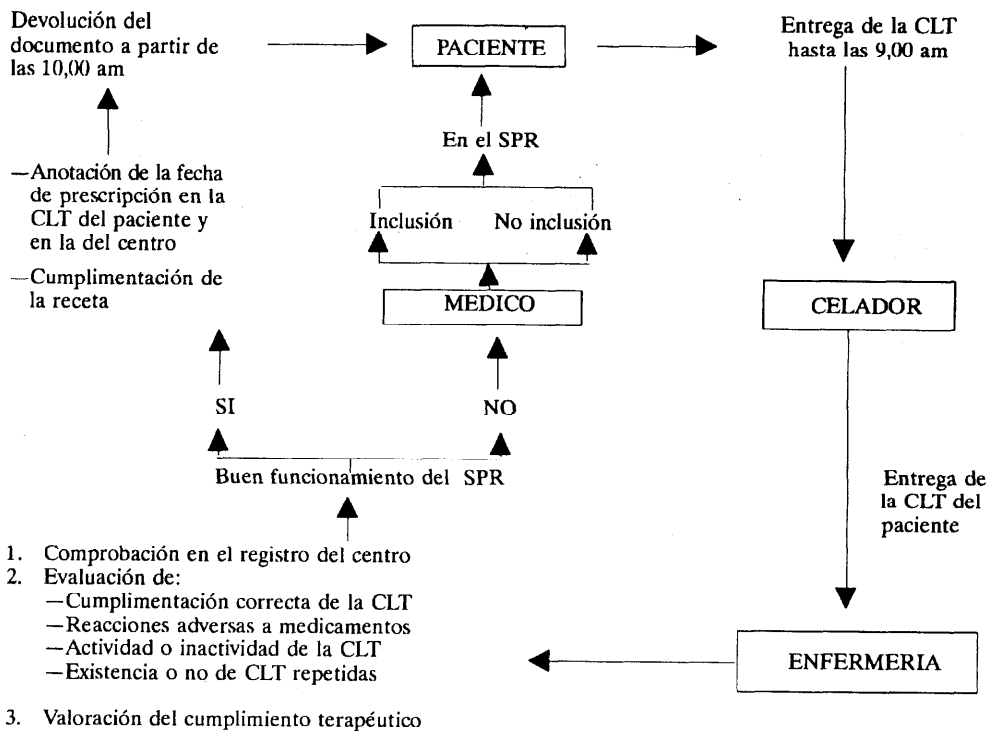
- Patología confirmada que requiera tratamiento crónico continuado durante al menos tres meses.
- Idoneidad del tratamiento indicado (fármacos con eficacia probada).
- Buena tolerancia al medicamento y ausencia de reacciones adversas.
- Aceptable grado de control de su patología.
- Correcta utilización por parte del paciente¹⁰.

3. PROPUESTA DE CIRCUITO DEL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN REPETIDA

A) Recogida, por parte del celador, de todas las CLT que aportan los pacientes (roja para pensionista y verde para activos), hasta las 9 horas am. Posteriormente el celador entrega los documentos a enfermería, que busca con el registro de prescripción del Centro la CLT correspondiente a cada paciente (blanca para hombres y amarilla para mujeres). Esto se hará con el fin de detectar posibles errores de cumplimentación (constancia de datos de filiación del usuario,

tratamiento y diagnóstico que motiva la prescripción), reacciones adversas a medicamentos (RAM), finalización de la duración del tratamiento, duplicidad de cartillas en el registro del Centro, así como de cumplimiento correcto del tratamiento por parte del paciente en lo referente, tanto a posología como a duración. Hecho esto, si no se detecta ningún error, se anota la fecha de prescripción del tratamiento en la CLT del paciente y en la del registro del Centro, y se procede a la cumplimentación de la receta, siguiendo las directrices del Ministerio de Sanidad y Consumo.

FIGURA 3
Propuesta de un Circuito del Sistema de Prescripción Repetida (SPR)



Una vez que se ha seguido este procedimiento con todas y cada una de las CLT, se pasa a la devolución de los documentos y a la entrega de las recetas a los usuarios en un plazo máximo de dos horas.

En caso de detectarse algún error, se remitirá al paciente a la consulta médica para subsanar posibles deficiencias (figura 3).

B) Actualización del Registro de CLT del Centro cada seis meses, por enfermería o por médicos, pasando a otro fichero de documentos inactivos: los éxitos, las cartillas cuya prescripción ha finalizado y aquéllas que se encuentren duplicadas.

4. ESTUDIO PILOTO EN NUESTRO CENTRO DE SALUD

Tras la puesta en marcha de un sistema doble de prescripción, repetido en el Centro de Salud de Molina de Segura (Murcia), hemos estudiado su cumpli-

mentación y seguimiento, planteando el pilotaje de un cupo de medicina general, mediante el análisis de 440 CLT para su posterior difusión al resto de los cupos ¹¹.

Los criterios de calidad seleccionados fueron: cumplimentación correcta del número de historia clínica, edad, sexo, cobertura sanitaria, constancia en la historia clínica de la existencia de CLT, ausencia en el registro del Centro de cartillas repetidas o inactivas y adecuación del tratamiento.

Obtuvimos índices de calidad próximos al estándar óptimo (EO), destacando un bajo porcentaje de prescripciones inadecuadas (6,6 %) con un EO = 10 % (tabla 2).

Como conclusiones destacamos la buena calidad en cumplimentación del SPR y adecuación de las prescripciones, favorecido por la protocolización del sistema.

El SPR posibilita, además, establecer medidas correctoras.

TABLA 2
Indices de calidad en cumplimentación

	<i>Estándar óptimo (%)</i>	<i>Índice calidad (%)</i>
1. Ausencia de CLT repetidas	100	100
2. Actividad/Inactividad	100	100
3. Perfil de exclusión	10	16,7
4. Cumplimentación de datos de filiación	100	92,3
5. Número historia clínica	100	100
6. Constancia del tipo de cobertura sanitaria	100	86,2
7. Constancia en historia clínica de CLT	100	83,3
8. Datos del médico	100	100
9. Constancia del diagnóstico	100	81,4

5. BIBLIOGRAFIA

1. Moreno J, Jover S, García R, Tamarit J, Terol C, Lombart F. Control de calidad de los tratamientos prolongados: una experiencia en un Centro de Atención Primaria. III Congreso de Atención Primaria de Salud. Alicante: Diario de congresos, 1985.
2. Laporte JR. Exceso de medicamentos, un riesgo gratuito. *El País* 1986, 2 de marzo.
3. Huguet M, Martín Zurro A. Organización funcional de las consultas de Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano JF. *Manual de Atención Primaria* (2.ª edición). Barcelona: Ed. Doyma, 1989: 209.
4. Quirce F, Orozco A, Vázquez S et al. La cartilla de largo tratamiento: nuestra experiencia en la prescripción de medicamentos a enfermos crónicos. Comunicación a la Primera Ponencia. VII Jornadas Españolas de Medicina Familiar y Comunitaria. Alicante, 1986. *Atenc Prim* 1986; 3: 341.
5. Huguet M, Martín Zurro A. Organización funcional de las consultas de Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano JF. *Manual de Atención Primaria* (2.ª edición). Barcelona: Ed. Doyma, 1989: 207.
6. Gené J, Gimbert R, Lcal C et al. Control de los tratamientos prolongados en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano F. *Manual de Atención Primaria*. Barcelona: Ed. Doyma, 1986: 233-254.
7. WHO Expert Committee. The selection of essential drugs. World Health Organization Technical Report Series 641. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1979.
8. Alonso ME, Navarro C, López JM. Información al paciente sobre los medicamentos que va a utilizar. Actividades en este campo. Comunicación a la Primera Ponencia. VII Jornadas Españolas de Medicina Familiar y Comunitaria. Alicante, 1986. *Atenc Prim* 1986; 3: 341.
9. Sánchez JA, Martínez V, Campayo FJ. Inventario de recursos en Atención Primaria de Salud. Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud, 1991: 375.
10. Gené J, Orozco D, Córdoba R. Terapéutica en Atención Primaria. En: Organización del Equipo de Atención Primaria. Secretaría General del Insalud. Madrid: INSALUD, 1990: 171-177.
11. Gea M, Marín LV, Bravo F, Martínez FA, Lázaro MC. Control de calidad de un sistema de prescripción repetida. XI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Santander 1991. *Atenc Prim* 1991; 8: 880.