

Consideraciones para realizar mejores prescripciones en el entorno de la medicina familiar

Considerações para fazer melhores prescrições no cenário da medicina de família

Considerations for Better Prescribing in Family Medicine

Juan Francisco Menárguez Puche, * María del Carmen Sánchez López. **

* Médico de Familia. Tutor de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Consolación. Molina de Segura. Miembro del Grupo de MBE de la Sociedad Murciana de Medicina de Familia y Comunitaria. ** Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Consolación. Molina de Segura. Murcia, España.

N. del E. Este artículo está fundamentado en el libro: Saura Llamas J. (Editor) *Manual de Herramientas Docentes para el Tutor. Instrumentos y ayudas para cumplir los objetivos docentes y las tareas del programa docente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2006. Mediprint Ediciones, S.L. Murcia, España. 2006.*

PUNTO DE PARTIDA

La prescripción farmacológica es una de nuestras principales funciones de los médicos de familia. Diversos factores influyen en nuestra toma de decisiones para valorar en primer lugar si debemos prescribir fármacos y en segundo que fármaco/s elegir como más adecuado/s para ayudar a nuestros pacientes.

En el proceso de prescripción hay que tener en cuenta el contexto en que se produce (la consulta de atención primaria) y los diferentes actores que influyen en él (administración, médicos y pacientes). El modelo en que se basa la prescripción está determinado por la interrelación entre factores intrínsecos, relacionados con la formación y conocimientos del médico y factores extrínsecos, asociados a la interacción del médico con su entorno (relaciones con la industria farmacéutica, administración y pacientes).

Debemos intentar usar siempre la mejor evidencia científica disponible en nuestras prescripciones, ayudándonos de factores humanos que mejoren nuestra relación médico-paciente y nos permitan una atención de calidad, acorde con las necesidades reales de nuestros pacientes.

INTRODUCCIÓN

Una prescripción farmacológica debe ser el resultado de una adecuada orientación diagnóstica, evaluación de eventuales interacciones entre medicamentos y consideración de la voluntad del paciente de tomar o no un fármaco.

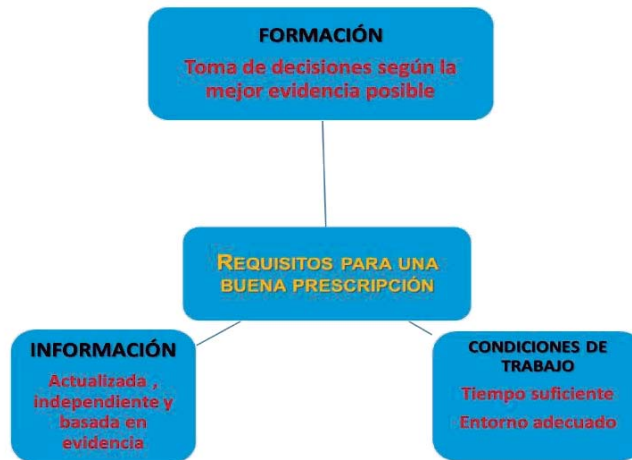
Una buena prescripción y además razonada debería ser: **un proceso deductivo lógico basado en una información completa y objetiva y no un reflejo instintivo o acto rutinario en respuesta a una presión comercial o del entorno (ambiente de trabajo, administración o pacientes).** (Figura 1)

La calidad final de una prescripción derivará de: *su pertinencia y adecuación al problema que presenta el paciente.* Una prescripción razonada se produce como consecuencia de dos procesos diferenciados que deben desarrollarse de forma secuencial:

Selección del medicamento más adecuado para un determinado problema de salud (estrategia terapéutica de elección). Figura II. Cuatro propiedades que siguen una jerarquía:

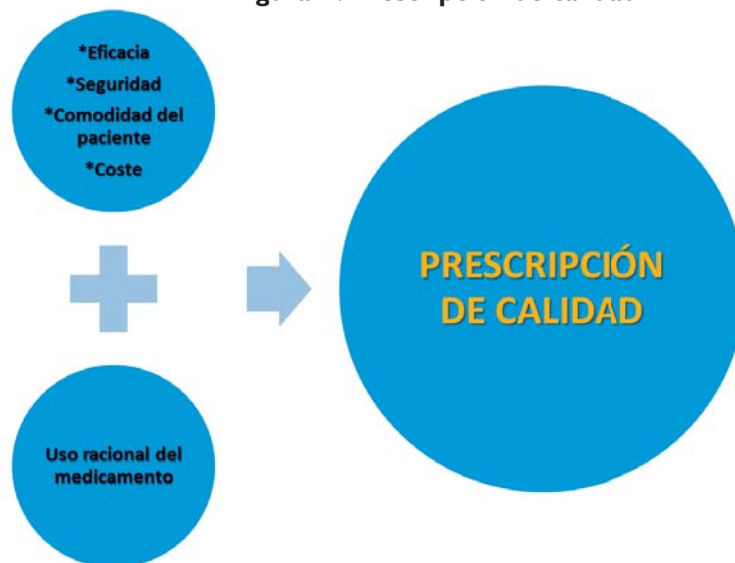
1. **Eficacia**
2. Toxicidad
3. **Comodidad para el paciente**
4. Coste

Figura I. Requisitos de una buena prescripción



Adecuación de esta elección a las características propias del paciente que tenemos ante nosotros. Este segundo proceso considera las circunstancias que podrían modificar la elección de la estrategia terapéutica de elección: falta de respuesta a tratamientos anteriores, interacciones con otros fármacos, características del paciente que contraindiquen un tratamiento, patologías concomitantes...y cualquiera que matice y/o haga cambiar la primera elección.

Figura II. Prescripción de calidad



Los médicos deberíamos participar además en la gestión de la prescripción. Podemos esgrimir dos tipos de razones que justifican la necesidad o conveniencia de gestionar las prescripciones para mejorar la calidad de las mismas:

- Razones éticas, ya que *debemos ofrecer a nuestros pacientes el mejor tratamiento posible basado en la mejor evidencia científica y siguiendo parámetros de eficacia, seguridad, conveniencia y coste.*
- Razones de eficiencia, *evitando la sobre prescripción de fármacos de escaso valor terapéutico.*

El proceso de gestión de la prescripción comienza con la elección de uno o varios fármacos para un problema de salud, continúa con el seguimiento del cumplimiento farmacológico y concluye con la evaluación del conjunto de decisiones terapéuticas tomadas durante un período de tiempo, a través de una serie de indicadores previamente consensuados.

ELABORACIÓN DE UN PLAN TERAPÉUTICO

El proceso de prescripción comienza con un acercamiento correcto al **problema del paciente** valorando su origen, gravedad y repercusión clínica. Para ello, es preciso integrar, junto a la experiencia y conocimientos previos del clínico, la información aportada por el paciente y cuidadores o familiares, la obtenida por medio de la exploración física, y, en ocasiones, la que aportan las pruebas complementarias.

Una vez identificado el problema del paciente deben definirse con claridad los resultados (**objetivos terapéuticos**) que se espera obtener tras la implantación del plan terapéutico. Estos objetivos deben adaptarse a las características del problema que presenta el paciente y a sus circunstancias específicas. En consecuencia, se ha de contar con la opinión del paciente y conocer cuáles son sus expectativas. Este enfoque de *atención centrada en el paciente* es fundamental para conseguir buenos resultados del plan terapéutico

El paso siguiente consistiría en establecer el **plan terapéutico** acorde al problema y a los resultados que se pretenden conseguir. Para ello, se ha de valorar la evidencia disponible sobre la eficacia (relevancia clínica) y seguridad de las opciones disponibles (farmacológicas o no); y también se han de tener en cuenta criterios de adecuación y coste. Para garantizar la adecuación del tratamiento se deben valorar aspectos relacionados con las características individuales del paciente (ver Tabla I) y también otros que hacen referencia a la implementación del tratamiento en sí mismo (dosificación, vía de administración y duración del tratamiento).

Por último, todo **plan terapéutico** tiene que ser **consensuado con el paciente**, ya que ello determina su aceptación y seguimiento, en definitiva, determina en gran medida su cumplimentación. La información a transmitir al paciente debe ser **clara, sencilla y adaptada a las particularidades de cada uno de ellos**. Se han de abordar aspectos como la importancia de la prescripción, instrucciones de administración, posibles efectos adversos, advertencias reseñables o potenciales interacciones (con alimentos, bebidas u otros productos farmacológicos o no).

No se ha de olvidar que, tras la instauración del plan terapéutico es necesaria una **supervisión y revisión periódica** que permita identificar, fundamentalmente, si se obtienen los resultados esperados o surgen efectos adversos que motivan el ajuste o modificación de la estrategia establecida. Imprescindible analizar en este punto el grado de *adherencia al tratamiento* (uno de los principales motivos del fracaso terapéutico). En caso de detectarse problemas de adherencia, deben investigarse las causas o barreras que la dificultan y proceder a una adaptación o a la solución de estas.

Tabla I. Características individuales del paciente.

Factores a valorar para individualizar un tratamiento:
Edad (infancia, edad avanzada)
Embarazo o lactancia
Alergias, intolerancias, o ambas
Función hepática y renal
Patologías concomitantes
Fármacos concomitantes
Aspectos socioculturales
Estilo de vida
Preferencias del paciente

EL OBJETIVO FINAL: UNA PRESCRIPCIÓN DE CALIDAD

Los usuarios de una sociedad -concienciada y preocupada por las grandes inversiones realizadas en prestaciones farmacéuticas- constata que en general el aumento del gasto farmacéutico que se ha producido en los últimos años no lleva aparejado una mejora en la calidad de las prescripciones.

La utilización de medicamentos sin criterios de evidencia y eficiencia clínica tiene un elevado coste de oportunidad. El consumo de recursos en unos servicios supone el no poder dedicarlo a otros, quizá más necesarios. Además, los usuarios exigen la mejor calidad posible al menor gasto. Por otra parte, los médicos estamos obligados a dar a nuestros pacientes unos servicios de calidad y, hoy en día, la medicina ha entrado en un campo de fuerzas sociales, económicas y jurídicas que van en esa línea.

Una buena prescripción, de calidad es aquella que combina eficacia, seguridad, conveniencia para el paciente y coste (para el paciente y para el sistema). La respuesta internacionalmente aceptada para obtener buenas prescripciones son los *programas de uso racional del medicamento* (URM). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el URM como: “la prescripción del fármaco más adecuado, con una disponibilidad oportuna, a precio asequible, dispensado en condiciones adecuadas y con utilización por el paciente en intervalos y tiempos prescritos”. Es decir, el URM implicaría que los pacientes reciben la medicación apropiada a sus necesidades, en las dosis correspondientes con sus requerimientos individuales, por un período adecuado de tiempo, y al menor coste para él y su comunidad. Por tanto, hay que buscar el equilibrio entre la eficacia y la eficiencia de un fármaco en función de los datos clínicos y pruebas realizadas a cada paciente, y siempre se debería elegir el fármaco igual de efectivo al menor costo posible.

Algunas estrategias sencillas a la hora de prescribir favorecen el URM. Entre ellas podemos destacar la prescripción por principio activo (que favorece el aprendizaje del profesional y simplifica la prescripción, reduce los errores, protege de la presión comercial y contribuye a la reducción de costes) y la prescripción de medicamentos genéricos, que han demostrado su equivalencia clínica con los medicamentos de marca.

La prevención cuaternaria debería incorporarse a las actividades de los médicos de forma rutinaria. Actividades como la de prescripción son de especial interés en pacientes ancianos. La utilización de criterios como los STOPP y BEERS puede ser de gran ayuda con este objetivo. De manera complementaria el uso de los criterios START -

puede ser de gran ayuda para incorporar tratamientos necesarios para estos pacientes. Además se hace imprescindible crear una sensibilidad hacia la calidad por parte del médico, modificando si es preciso su proceso de trabajo y el contexto en que se desarrolla. A este compromiso del médico hay que añadir el compromiso de la administración que esta obligada a facilitar condiciones de trabajo o instrumentos adecuados para posibilitar la calidad de las prescripciones.

¿CÓMO MEDIR LA CALIDAD DE LAS PRESCRIPCIONES?

La prescripción farmacéutica es un asunto complejo en el que intervienen factores farmacológicos, clínicos, sociales y económicos. Su evaluación no es una tarea fácil y en la bibliografía sanitaria se han descrito diversos métodos para valorarla. Entre ellos destaca el *desarrollo de indicadores de prescripción que ofrecen una aproximación a los aspectos cuantitativos y cualitativos de la prescripción y aportan información de la selección de principios activos que realizan los prescriptores, de forma individual o agrupada por áreas de salud.* A pesar de sus limitaciones (por ejemplo no analizan la adecuación de la prescripción al contexto clínico concreto ni descartan las prescripciones inducidas desde el segundo nivel asistencial) permiten: a) detectar un uso excesivo o una infrautilización de un determinado fármaco o grupo terapéutico, b) identificar el uso de medicamentos con relación beneficio/riesgo desfavorable o c) confirmar la utilización de medicamentos menos coste-efectivos en relación con otras alternativas más eficientes. Además, aportan información útil para el médico como retroalimentación de su actividad, sirven para la evaluación cualitativa de los procesos asistenciales y con frecuencia, se utilizan como estrategia de gestión. Como ejemplo vemos en la Tabla II alguno de los indicadores publicados.

FACTORES IMPLICADOS EN LA CALIDAD DE LAS PRESCRIPCIONES

Diversos factores pueden estar implicados en la calidad de las prescripciones. Entre ellos existen:

- a) aspectos ligados directamente con el **profesional** (edad, años de ejercicio profesional, formación académica...)
- b) aspectos relacionados con las **condiciones de trabajo** (presión asistencial, tipo de población adscrita...).

En nuestro medio (Comunidad Autónoma de Murcia) se han realizado algunos estudios al respecto entre los que destacamos algunos datos. Las variables implicadas en una prescripción de mayor calidad son:

- a) realización de **consulta programada**
- b) un **número bajo de interconsultas**
- c) la inversión de **mayor tiempo de consulta por paciente**

Entre las variables que se relacionaban con menos calidad de las prescripciones identificadas en estos estudios se incluían:

- a) **no realizar consulta programada, efectuar muchas interconsultas y dedicar poco tiempo por paciente;**
- b) mayor edad del médico
- c) **mayor número de años de ejercicio profesional**
- d) mayor presión asistencial
- e) **trabajo en entorno rural**
- f) ausencia de formación MIR del profesional (no haber realizado la residencia en MF)

Tabla II: Indicadores publicados

Indicadores	Valor óptimo
n.º DDD ibuprofeno + n.º DDD naproxeno + n.º DDD diclofenaco / n.º de DDD AINE	> 70%
n.º DDD analgésicos / n.º DDD AINE + n.º DDD analgésicos	> 50%
n.º DDD furosemida/ n.º DDD diuréticos de asa	> 80%
n.º DDD antibióticos de primera línea / n.º DDD total antibióticos	> 80%
n.º DDD cefalosporinas / n.º DDD penicilinas	< 15%
n.º DDD eritromicina + n.º DDD azitromicina / n.º DDD macrólidos	> 70%
n.º DDD codeína + n.º DDD dextrometorfano / n.º DDD antitusivos	> 60%
n.º DDD deflazacort / n.º DDD esteroides orales	< 20 %
Volumen benzodiazepinas	< 25 DHD
Volumen AINE	< 15 DHD
Volumen antibióticos	< 10 DHD

DDD: dosis diaria definida. DHD: dosis diaria definida por mil habitantes. IECA: inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina. AINE: antiinflamatorios no esteroideos

Tomado de: Gómez Castro MJ, Arcos González P, Rubiera López G, Rigueria AI. Un sistema de indicadores de calidad de prescripción farmacéutica en atención primaria desarrollado por médicos prescriptores [A system, developed by prescribing doctors, of indicators of the quality of pharmaceutical prescription in primary care]. Aten Primaria. 2003 Nov 15;32(8):460-5.

En conclusión, los aspectos más relevantes (más “cuantitativamente” relacionados con la calidad de las prescripciones) entre los estudios realizados en nuestro medio, demostraron que los factores más fuertemente implicados en una prescripción de calidad son:

1º) la presencia de consulta programada, relacionada con un menor volumen asistencial,

2º) un mayor tiempo de consulta por paciente y

3ª) un porcentaje bajo de interconsulta, expresión en gran parte de la prescripción inducida. Otros factores a tener en cuenta fueron que la presión asistencial elevada se relacionaba con mayor gasto farmacéutico, mayor número de recetas prescritas por paciente, mayor utilización de fármacos de Utilidad Terapéutica Baja (UTB) y menor uso de fármacos genéricos. Por otra parte, a menor tiempo medio de consulta por usuario aumentaba el gasto farmacéutico, uso de UTB y se empleaban menos genéricos

La conclusión lógica fundamental es que hay que establecer actividades y condiciones que favorezcan la disminución de la presión asistencial y el aumento del tiempo disponible por consulta y usuario. Así se conseguirá una prescripción de mayor calidad y de forma indirecta menor gasto. Las condiciones de trabajo son el elemento fundamental para permitir una prescripción de mayor calidad y menos gasto, y los gestores deberían tenerlo en cuenta.

Otro punto de vista interesante es el de las actividades a realizar para mejorar la calidad de las prescripciones y disminuir el gasto farmacéutico. Diversos estudios han demostrado que la retroalimentación individualizada (*feed-back*) de la información sobre la prescripción a los profesionales tiene mucho menos impacto en la calidad

de las prescripciones que las demás variables (internas, externas y condiciones de trabajo) y por tanto, esta es una táctica de dudosa eficacia. Por el contrario, las **estrategias educativas** y de **diseminación de Guías de Práctica Clínica (GPC)** *si han demostrado ser muy efectivas para reducir el gasto farmacéutico y aumentar la calidad de las prescripciones.*

Como conclusión de los diversos estudios podríamos decir que hay unos **requisitos básicos para una buena prescripción**. Estos requisitos se vinculan con la formación y el desarrollo profesional permanente, la información que recibe el médico y las condiciones en las que desarrolla su trabajo:

- **Formación:** Pregrado, postgrado y Formación Continuada. Fundamental para tomar decisiones en base a la mejor evidencia disponible.
- **Información:** actualizada, independiente y verídica, que permita al médico mantener su máxima autonomía y mitigar la influencia que puede tener la industria farmacéutica.
- **Condiciones de trabajo:** Tiempo suficiente y entorno adecuado que permita la comunicación médico-paciente. Factores que influyen negativamente en la prescripción son la presión asistencial excesiva y la falta de coordinación entre niveles asistenciales.

Estos requisitos definen unas condiciones mínimas para poder conseguir unas prescripciones de buena calidad. Su presencia permite, aunque no garantiza (condición necesaria, aunque no suficiente) una adecuada calidad en la prescripción farmacéutica.

UNA PROPUESTA GENERAL PARA MEJORAR NUESTRAS PRESCRIPCIONES

El Comité Permanente de Médicos Europeos estableció unas normas que podrían servir como sugerencias genéricas para garantizar una mejora en las prescripciones farmacológicas. Entre ellas destacamos:

- 1.- Asegurar unas **condiciones adecuadas de la práctica asistencial** que permitan que la prescripción sea una consecuencia lógica de un acto médico bien hecho.
- 2.- Poner al alcance de los médicos **sistemas de información** independientes, de calidad, accesibles, fiables y actualizados. Promover la **Formación médica continuada** del médico en este tema para garantizar su objetividad, eficacia e independencia.
- 3.- Estimular la **confección de GPC** y ponerlas periódicamente al día, en base a la mejor evidencia disponible.
- 4.- Promover un **formato de receta moderno** y adecuado en el que se incluya la información adecuada para garantizar un buen cumplimiento.
- 5.- Recomendar a las **facultades de Medicina** la **mejora en la enseñanza de la terapéutica farmacológica**, potenciando habilidades en prescripción y comunicación.
- 6.- Fijar unos **criterios éticos** para las **relaciones de médicos y sociedades científicas con la industria farmacéutica**.
- 7.- Crear un **organismo independiente de financiación pública que evalúe efectividad y eficiencia de los medicamentos**.
- 8.- Solicitar de las autoridades reguladoras la **limitación del número de marcas del propio principio activo** para disminuir la presión promocional y sus repercusiones sobre el precio de los fármacos.

Además, otras medidas que podrían mejorar, caso de ser seguidas, la calidad de las prescripciones:

- Incluir el mayor número posible de *Fármacos de Valor Intrínseco Elevado*, reduciendo al mínimo los de UTB.
- Incrementar la utilización eficiente de los fármacos aumentando la *prescripción de genéricos*.

- Garantizar la *seguridad del tratamiento*, evitando en todo lo posible la utilización de fármacos de reciente comercialización y asegurando la ausencia de interacción significativa con tratamientos concomitantes.
- Aumentar la utilización de alternativas terapéuticas consideradas de primera elección en atención primaria, mediante la *selección de fármacos* recomendados en las *guías farmacoterapéuticas*.
- Fomentar el *uso de GPC* basadas en la evidencia.
- Promover el uso de *medidas no farmacológicas* de evidencia contrastada.
- Potenciar la *comunicación* en aras de una mejor relación médico paciente.

En el anexo I se ofrecen una serie de recursos de gran utilidad para mejorar la calidad de las prescripciones.

ANEXO I:

Selección de recursos de información-evaluación farmacoterapéutica disponibles en nuestro contexto sanitario y orientados a la mejora de la calidad de la prescripción:

- ✓ CADIME (Centro Andaluz de Información y Documentación sobre Medicamentos; <https://cadime.es/>)
- ✓ BOLCAN: Boletín Canario de uso racional del medicamento del SCS (<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=2ee931e3-31cf-11df-b5d7-a3a2fbc2f35&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c>)
- ✓ Boletín de Información Terapéutica (BIT) de Cataluña (<http://medicaments.gencat.cat/ca/professionals/butlletins/boletin-de-informacion-terapeutica-bit/>)
- ✓ INFARMA: Nota informativa farmacoterapéutica (<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=978134f6-31d0-11df-b5d7-a3a2fbc2f35&idCarpeta=1c178875-0973-11e3-8b8d-350345c703a5>)
- ✓ Boletines Farmacoterapéuticos de Castilla la Mancha (<https://sanidad.castillalamancha.es/profesionales/farmacia/BoletinesFarmacoterape%C3%BAticos>)
- ✓ Butlletí groc (<https://www.icf.uab.cat/es/ficf/butlleti-groc>), de la Fundación Institut Català de Farmacologia.
- ✓ Boletín de Información Farmacoterapéutica (BIT) de Navarra (http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/BIT/)
- ✓ Ficha de Evaluación Terapéutica (http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/FET/)
- ✓ Boletín INFAC (<https://www.euskadi.eus/informacion/boletin-infac/web01-a2cevime/es/>)
- ✓ Portal CEVIME (<https://www.euskadi.eus/eusko-jauriaritza/cevime/>)
- ✓ CIMA (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios; <https://cima.aemps.es/>)
- ✓ Guía terapéutica de semFYC (<https://guiaterapeutica.net/>; accesible desde las bibliotecas virtuales de algunas comunidades autónomas)
- ✓ E-lactancia (<https://www.e-lactancia.org/>)
- ✓ Guía de Consenso para el Uso de Medicamentos en Insuficiencia Renal (<http://www.ub.edu/medicamentoseninsuficienciarenal/home>; precisa registro gratuito)

Otros recursos de interés (algunas de acceso no gratuito):

- ✓ Micromedex (disponible en <https://www.micromedexsolutions.com/>)
- ✓ Uptodate Lexicomp® Drug Interactions (accesible a través de la suscripción a Uptodate <https://www.uptodate.com/drug-interactions/>)
- ✓ HIV drugs interactions (<https://www.hiv-druginteractions.org/>)

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

- * Menárguez Puche JF, Sánchez López MC. Cómo podemos enseñar a nuestros residentes a prescribir mejor. En: José Saura Llamas. Manual de herramientas docentes para el tutor: instrumentos y ayudas para cumplir los objetivos docentes y las tareas del programa docente de medicina familiar y comunitaria. Murcia Mediprint; 2006.
- * Orueta Sánchez R. Prescribir racionalmente. AMF. 2019;15(4):192-9.
- *Gómez Castro MJ, Arcos González P, Rubiera López G, Rigueria AI. Un sistema de indicadores de calidad de prescripción farmacéutica en atención primaria desarrollado por médicos prescriptores [A system, developed by prescribing doctors, of indicators of the quality of pharmaceutical prescription in primary care]. Aten Primaria. 2003 Nov 15;32(8):460-5.