

Estudio de la prescripción farmacológica inducida en pacientes oncológicos

C. MAS ARCAS, F. PASCUAL PLÁ¹, J. J. ESCRIVÁ MUÑOZ², R. BOSCA MAYANS³

Servicio de Farmacia. ¹Servicio de Urgencias. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.

²Servicio de Farmacia. Hospital La Fe. Valencia. ³Centro de Atención Primaria de Orba. Alicante

Resumen

Objetivo: Estudiar la prescripción farmacológica generada por los pacientes oncológicos (PO) atendidos en el Servicio de Urgencias (SU) del Instituto Valenciano de Oncología (IVO) en su Centro de Atención Primaria (CAP).

Material y métodos: Se hace un estudio descriptivo prospectivo con pacientes atendidos y dados de alta desde el SU del IVO, en noviembre (n=207) y diciembre (n=239) de 2001. Fueron 446 los pacientes atendidos y dados de alta; se contactó con uno de cada cinco telefónicamente 48 horas después del alta, para confirmar la prescripción de la medicación pautada en el SU. En noviembre se pautaron fármacos con nombre comercial y en diciembre, genéricos. Todos fueron remitidos con un informe detallando antecedentes, motivo de consulta, exploración física realizada, resultados de las pruebas diagnósticas, diagnóstico al alta y tratamiento pautado. Cuando se pautó marca comercial, a los pacientes se les prescribió el mismo fármaco en el CAP (92,5%) y al resto, el mismo principio activo con distinta marca comercial. Cuando se pautó genérico, se les prescribió el mismo principio activo al 98% (46% genérico y 54 % marca comercial). Eran tratamientos de corta duración (menos de 2 semanas) el 96%, y el resto, crónicos. El 80% precisó de 1 receta; el 15% de 2 recetas y el 5%, 3 o más recetas. Por grupos terapéuticos, los más prescritos fueron los antiinfecciosos, analgésicos, digestivo-metabolismo, respiratorio, cardiovascular, neurológico y varios.

Conclusiones:

1. Existe un alto grado de prescripción inducida en AP por los PO, ya que los médicos de AP suelen prescribir los principios activos pautados desde el SU del IVO con pocas variaciones.

2. Es necesario potenciar la relación entre médicos y farmacéuticos de Atención Especializada y los de Atención Primaria para optimizar los resultados en el control de gasto farmacéutico.

3. Existe una correlación importante entre los principios activos más utilizados en los PO y en el resto de pacientes no oncológicos atendidos en AP.

Palabras clave: Prescripción farmacológica inducida. Pacientes oncológicos.

Summary

Aim: To study drug prescription generated by cancer patients treated at the Emergency Service (ES) of the *Instituto Valenciano de Oncología* (IVO) in their Primary Health Care Centre (PHCC).

Material and methods: A descriptive prospective study has been carried out with patients treated and discharged from the ES of the IVO in November (n=207) and December (n=239) of 2001. 446 patients were treated and discharged; one out of five patients was contacted by telephone 48 hours after discharge to confirm drug prescriptions from the ES. In November, drug prescription was based on brand-name products, while, in December, generic drugs were prescribed. All patients were discharged with a detailed report that included: patient's medical records, consultation reason, physical exploration performed, diagnostic test results, discharge diagnosis and prescribed treatment. When a brand-name drug was prescribed, the majority of patients received the same product at the PHCC (92.5%), while the rest of them received the same active drug with a different brand name. When a generic drug was prescribed, patients received a prescription for the same active substance at the PHCC in 98% of cases (46% generic drug and 54% brand-name). As to length of treatment, 96% were short treatments (less than 2 weeks), while the rest of them were on-going. 80% needed one prescription; 15%, two, and 5% three or more prescriptions. In terms of therapeutic groups, the most commonly prescribed drugs were anti-infectious, analgesics, digestive-metabolism, respiratory, cardiovascular, neurological and miscellaneous.

Conclusions:

1. There is a high level of induced drug prescription at PHCC in cancer patients, since primary care physicians usually maintain active substances prescribed by the ES of IVO, with few variations.

2. Promoting a good relationship between Hospital Care and Primary Health Care Centres helps control and reduce pharmaceutical costs.

3. A high correlation can be found between most frequently prescribed drugs in oncological patients and non-oncological patients seen in Primary Health Care.

Key words: Induced pharmacological prescription. Oncological patients.

Recibido: 29-05-2003
Aceptado: 22-07-2003

Correspondencia: C. Mas Arcas. Servicio de Farmacia. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. C/ Prof. Beltrán Bágüena, 11, 8 y 19. 46009 Valencia.

INTRODUCCIÓN

El gasto farmacéutico ha experimentado un continuo crecimiento en los últimos años, representando alrededor del 20% del presupuesto total en asistencia sanitaria del Servicio Nacional de Salud (1).

La prescripción de fármacos se podría definir como un acto libre y responsable del profesional médico que, derivado de una decisión preventiva o terapéutica, conduce a la administración de medicamentos a la población atendida (2).

Existen una serie de factores que pueden modificar la toma de decisiones clínicas en Atención Primaria (AP) y especializada (AE) en general, y en la prescripción en particular, que son: la influencia de otros colegas (3), la demanda de asistencia diaria, el coste de los fármacos, las pruebas complementarias solicitadas y las restricciones administrativas.

En nuestro país, la receta de los fármacos para poder adquirirlos en las farmacias a un coste inferior al de venta libre, el médico de AP, es el prescriptor fundamental en la mayoría de los casos, considerándosele responsable de más del 90% del gasto farmacéutico (4), aunque el médico de AE, en los Centros de Especialidades, y no en los hospitales públicos ni en los privados concertados, también está facultado para utilizar recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud (SNS), si bien está limitado a la primera receta, siendo responsable en mucha menor cuantía de la prescripción inducida (PI).

Se utilizan varias definiciones de prescripción inducida, desde la aconsejada por otros especialistas y/o solicitadas por los propios pacientes y que el médico acepta transcribir aunque no comparta el planteamiento diagnóstico-terapéutico y, en el caso del especialista, aunque no haya solicitado él mismo la consulta (5), hasta los que sólo considerarían inducida la prescripción indicada por el médico de AE a pacientes que seguirían controlados en dicho nivel y no la indicada a pacientes que después serían controlados por la AP (6).

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo consiste en estudiar la prescripción inducida (PI) en los pacientes oncológicos (PO) atendidos y dados de alta en el Servicio de Urgencias (SU) del Instituto Valenciano de Oncología (IVO), en su Centro de Atención Primaria (CAP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo de carácter prospectivo basado en las prescripciones realizadas a los PO atendidos y dados de alta en el SU del IVO en noviembre (n=207) y diciembre (n=239) del año 2001.

El IVO es un centro monográfico para el diagnóstico y tratamiento del cáncer y su área de cobertura es la provin-

cia de Valencia, aunque atiende a pacientes de toda la Comunidad Valenciana y de fuera de ella.

Para la recogida de datos se utilizó el informe de la atención realizada en el SU y se realizó un muestreo aleatorio sistemático, contactando telefónicamente con uno de cada cinco pacientes atendidos, 48 horas después de la atención para confirmar la prescripción de la medicación pautada en el SU y realizada por su médico de familia en el CAP.

Existió un porcentaje de casos, en torno al 7% de los PO atendidos, que no precisaron medicación, pero en este estudio sólo se incluyó a los pacientes que precisaron fármacos al alta.

La mitad de los pacientes viven en poblaciones de menos de 20.000 habitantes (45%) y el resto en área urbana.

En noviembre, se pautaron fármacos con nombre comercial y en diciembre, genéricos.

Todos los pacientes fueron remitidos con un informe detallando antecedentes patológicos, motivo de consulta, exploración física realizada, resultados de las pruebas diagnósticas, diagnóstico al alta, tratamiento farmacológico pautado y recomendaciones para control en domicilio y en su CAP.

RESULTADOS

El tiempo medio de dedicación del médico por paciente fue de 70 minutos, siendo en torno a 15 minutos el tiempo dedicado para la anamnesis y exploración física, y el resto para la realización de las pruebas complementarias y la espera hasta obtener el resultado de las mismas.

En la tabla I aparecen los diagnósticos más frecuentes al alta del SU.

En el mes de noviembre, cuando se pautó medicación con marca comercial, a los pacientes se les prescribió el mismo fármaco en el Centro de Atención Primaria, en un 92,5% de los casos, y al resto, 7,5%, el mismo principio activo con distinta marca comercial.

En el mes de diciembre, cuando se pautaron medicamentos genéricos, en su CAP, se les prescribió el mismo principio activo al 98% de los pacientes oncológicos, y de ellos, al 46%, genérico, y al 54%, el mismo principio activo pero con marca comercial.

Los principios activos más frecuentemente prescritos, dosis y precio por dosis, se detallan en la tabla II.

Tabla I. Diagnósticos más frecuentes

Infección vías respiratorias	18%
Infección tracto urinario	16%
Control de analgesia	15%
Vómitos postquimioterapia	12%
Candidiasis/mucositis	8%
Otros	31%

Tabla II. Principios activos más frecuentemente prescritos. Dosis. Precio de dosis

Principio activo	Dosis	PVL sin IVA (€)	PVL sin IVA (Pts)
Quinolonas	Oral: ciprofloxacino 500/12 h	0,58	96,68
Penicilinas	Amoxicilina/clavulánico 875/125/12 h	1,356	225,75
Paracetamol	Oral: 1.000 mg/6 h	0,296	49,34
Morfina	Oral: 10 mg/4 h	0,781	130
Captoprilo	Oral: 25 mg/24 h	0,11	18,74
Tramadol	Oral: 50 mg/8 h	0,598	99,50
Pantoprazol	Oral: 40 mg/24 h	1,058	176,14
Loracepam	Oral: 1 mg/24 h	0,034	5,76
Insulina	Rápida; subcutánea; dosis individual	4,225	703
Teofilina	Oral: 200 mg/12 h	0,60	100,32
Almagato	Oral: 1.500 mg/8 h	0,317	52,8

Al alta del SU, a los pacientes se les proporcionó en el Servicio de Farmacia del IVO la dosis de medicación para 24 horas, tiempo que se considera suficiente para poder acudir a su CAP o a su Oficina de Farmacia habitual para recoger la medicación pautaada. Desconocemos si alguna visita se vio influenciada por la facilidad para obtener los fármacos para iniciar el tratamiento.

La duración de los tratamientos fue corta (menos de 2 semanas) en el 97,1% de los casos y de duración superior o crónicos en el resto (2,9%).

En cuanto al número de recetas generadas por cada urgencia atendida, el 82,77% generó una; dos recetas en el 13,21% de los casos y tres o más recetas en el 4% de los casos.

En cuanto a la prescripción en área rural (AR) y urbana (AU), no se aprecian diferencias sustanciales entre ambos colectivos; el porcentaje de cumplimiento de la prescripción en AR fue del 98,3% y en AU, del 94,1%; para comparar las dos proporciones se utilizó el test de la χ^2 de Pearson con una significación estadística $< 0,01$.

No se preguntó si todas las demandas del paciente se tradujeron en recetas, dado que en ocasiones no existe acuerdo (tácito o explícito) entre el médico inductor, prescriptor y paciente sobre la solicitud (7).

No se midió el grado de satisfacción de la asistencia proporcionada, para no entrar en conflicto con su CAP y/u Oficina de Farmacia, aunque no nos consta que ninguno de los pacientes incluidos presentara queja o reclamación verbal o escrita en el IVO.

El consumo de fármacos por grupos terapéuticos según la Clasificación Anatómica de Especialidades Farmacéuticas (CAEF), se refleja en la tabla III. En el grupo J (antiinfecciosos sistémicos), los subgrupos más prescritos fueron las quinolonas, seguidas por cefalosporinas activas frente a pseudomonas, penicilinas de amplio espectro resistentes a penicilinasas y macrólidos. En el grupo N (sistema nervioso), los más frecuentes fueron el paracetamol, los analgésicos opioides y las benzodiacepinas. En el grupo M (aparato locomotor) predominaban los antiinflamatorios no esteroideos (AINE). En el grupo C (cardiovasculares) el subgrupo más representado fue el

de los antihipertensivos (IECA's y ARA II). En el grupo A (digestivo) destacan los antiulcerosos y los antieméticos. En el grupo R (respiratorio) los broncodilatadores inhalados y mucolíticos. Las prescripciones en el resto de los subgrupos estaban muy repartidas, destacando el de los antidiabéticos orales.

Tabla III. Grupos terapéuticos

Antiinfecciosos (J)	20,2%
Analgésicos (M y N)	18,4%
Digestivo (A0)/metabólicos (A10)	14,6%
Respiratorio (R)	14,4%
Cardiovascular (C)	13,2%
Neurológico (N)	8,2%
Varios (V)	11%

DISCUSIÓN

Aunque se han publicado numerosos trabajos sobre la prescripción inducida en AP en este país y considerando que aún hay escasez de información sobre este tema y mucho más en relación con los pacientes oncológicos, consideramos que este estudio, aunque corto en el número de pacientes implicados y por el pequeño número de fármacos prescritos, puede aportar información para los médicos inductores de la prescripción desde Atención Especializada (AE) en PO; a los médicos prescriptores de Atención Primaria (AP), dado que existe un alto grado de prescripción inducida en AP generada por los pacientes oncológicos (el mismo principio activo en 100% de los casos en ambos meses, 92,5 + 7,5% en noviembre y el 46 + 54% en diciembre).

Desconocemos el porcentaje de PI generada por los pacientes oncológicos con respecto a la población general dado que no existen trabajos similares con los que realizar una comparación, pero con los datos consultados en la bibliografía, en la población general, oscila entre un 30 y 60% (5-9).

Existe una correlación importante entre los principios activos más utilizados por los PO y el resto de pacientes no oncológicos atendidos en Atención Primaria (8,9).

No se analizó la calidad de la prescripción, y que aunque el análisis del valor intrínseco de los medicamentos es un parámetro muy útil para conocer los aspectos cualitativos de la prescripción de medicamentos y los medicamentos de valor intrínseco no elevado (VINE) y las asociaciones irracionales (AI) suponen entre un 14 y un 18% del total de las prescripciones en los CAP (10-12), en nuestro caso no se prescribió ninguno.

Pensamos que la información facilitada en el informe de alta de los pacientes para los médicos de familia sobre la situación de los mismos, ha sido suficiente como para que puedan decidir si consideran que hay que cambiar o mantener el tratamiento pautado desde el SU.

No se preguntó a los pacientes ni a sus médicos si presionaron o fueron presionados para prescribir la medicación pautada por el hecho de ser pacientes oncológicos y en este caso, se puede tener más sensibilidad hacia ellos y sus familiares (que son los que habitualmente retiran las medicinas de las Oficinas de Farmacia) o porque se delega completamente en el especialista prescriptor sin cues-

tionarlo, ni si todas las demandas del paciente se tradujeron en recetas, dado que en ocasiones no existe acuerdo (tácito o explícito) entre el médico inductor, prescriptor y paciente sobre la solicitud.

CONCLUSIONES

—Existe un alto grado de prescripción inducida en AP por los PO, ya que los médicos de AP, suelen prescribir los principios activos pautados desde el SU con pocas variaciones.

—Es necesario potenciar la relación entre médicos y farmacéuticos de Atención Especializada y los de Atención Primaria para optimizar los resultados en el control de gasto farmacéutico.

—Adquiere gran importancia el tiempo dedicado al paciente, pues la prescripción de calidad se debe adecuar a las necesidades sanitarias, teniendo en cuenta que su indicación está en estrecha relación con su seguridad y que en iguales condiciones debe prevalecer la más económica, siendo este aspecto de amplia repercusión en coherencia con las conclusiones anteriores.

Bibliografía

1. López Corbalán JC. Análisis de la prestación farmacéutica mediante los perfiles de prescripción. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1992; 16: 120-3.
2. Catalán A, et al. Factores asociados a la prescripción de medicamentos. *Gaceta Sanitaria* 1989; 3: 497-501.
3. López MA, et al. Prescripción farmacéutica en la atención primaria de salud. *Gaceta Sanitaria* 1988; 2: 109-93.
4. Azagra R. ¿Podemos disminuir los costes de farmacia? *Aten Primaria* 1993; 11: 117-8.
5. 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.
6. Fidalgo ML, et al. Análisis de la prescripción inducida por Atención Especializada en el médico de Atención Primaria. *Medifam* 1997; 7: 94-102.
7. Cabeza Barrera J, et al. La prescripción farmacológica en las consultas externas, centros periféricos de especialidades y servicio de urgencias del hospital. *Farm Hosp* 1996; 20 (6): 359-64.
8. Arroyo MP, et al. Prescripción delegada por especialistas en atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 538-44.
9. Perez Fuentes M, et al. Estudio de la prescripción inducida en un centro de salud. *Aten Primaria* 1994; 14: 769-74.
10. Morales Acedo A, et al. Solicitudes de prescripción inducida en el Centro de Salud Trinidad de Málaga. *Medicina General* 2000; 29: 949-54.
11. Pereiró I, et al. Prescripción farmacológica en consultas de medicina general. *Atención Primaria* 1995; 286-8.
12. Mata M, et al. Indicadores de calidad de la prescripción por patologías crónicas. *Atención Primaria* 1990; 7: 554-69.