

Prescripción inducida a médicos de atención primaria procedente del hospital de referencia, Hospital Universitari Vall d'Hebron

E. Fernández Liz^a, D. Rodríguez Cumplido^b y E. Diogène Fadini^b, por el Grupo de Estudio de la Prescripción Inducida*

Objetivos. Describir el porcentaje de pacientes con prescripción inducida (PI) por el hospital de referencia, así como la información aportada sobre el diagnóstico y el tratamiento, el grado de acuerdo del médico de familia con éstos y la evaluación de la PI según los criterios de calidad de prescripción de atención primaria.

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento. Un total de 6 equipos de atención primaria urbanos.

Participantes. Pacientes derivados y fármacos indicados por el hospital de referencia y solicitados a los médicos de familia de atención primaria.

Mediciones principales. Procedencia de los pacientes, diagnóstico, tratamiento, grado de acuerdo con éstos e información aportada para el control del paciente.

Resultados. Un total de 36 médicos recogieron datos de 323 pacientes y 844 fármacos procedentes del hospital de referencia. El 52% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 47-58) de la PI se originó en urgencias. Las enfermedades que originaron más PI fueron la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la lumbociatalgia y los traumatismos. Los fármacos más inducidos fueron analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos. Los médicos de familia estuvieron de acuerdo con el 63% de la PI (IC del 95%, 60-67). La mayor discrepancia se produjo por la selección del fármaco (61 fármacos; 7,2% de la PI). En un 20% (IC del 95%, 16-25) de pacientes la información fue considerada insuficiente para su control.

Conclusiones. Sería necesaria una mayor relación entre los médicos de familia y hospitalarios para establecer acuerdos en la selección de fármacos para el tratamiento de enfermedades frecuentes y en el seguimiento de los pacientes.

Palabras clave: Prescripción inducida. Atención primaria. Informes médicos. Selección de fármacos.

INDUCED PRESCRIPTION FROM REFERENCE HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON TO GENERAL PRACTITIONERS

Objectives. Our objectives were to describe proportion of patients with induced prescription (IP) from reference hospital, the information about diagnosis and treatment that GP get as well as their agreement with the prescription. We also analyzed the quality of IP assessed by GP's quality of prescription criteria.

Design. Cross-sectional study.

Setting. Six urban health care centers.

Participants. Patients and drugs prescribed from the reference hospital and derivated to health care center to get treatments.

Measurements. Origin of patients, diagnosis, treatment and the GP's agreement with it, and whether that information was enough to allow patient's control.

Main results. Thirty six GP collected data from 323 patients and 844 drugs from reference hospital. 52% (95% CI, 47-58) of IP came from the emergency room. Medical conditions more frequently associated with IP were chronic obstructive pulmonary disease, lumbosciatica and traumatism. The most prescribed drugs were analgesics and NSAIDs. GP's agreement with IP reached 63% (95% CI, 60-67). Most frequent disagreement cause was drug selection (61 drugs; 7.2% of IP). In some 20% (95% CI, 16-25) of patients information wasn't sufficient enough to assume patient's control.

Conclusions. A stronger relation between GP's and hospital doctors would be needed to establish common treatments for patients' frequent conditions and their follow-up.

Key words: Induced prescription. Primary health care. Medical reports. Selection of drugs.

English version available at

www.atencionprimaria.com/65.165

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 124)

^aFarmacéutico. Servei d'Atenció Primària Nou Barris. Institut Català de la Salut. Barcelona. España. ^bFarmacòlego Clínic. Fundació Institut Català de Farmacologia. Barcelona. España.

*Al final del artículo se expone la relación de los investigadores participantes en el Grupo de Estudio de la Prescripción Inducida.

Correspondencia:
Eladio Fernández Liz.
Unitat de Farmàcia. SAP Nou Barris.
Chafarinas, 2.
08033 Barcelona. España.
Correo electrónico:
efernandez.pbcn@ics.scs.es

Manuscrito recibido el 22 de mayo de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 3 de septiembre de 2003.

Introducción

El análisis reciente de los estudios sobre prescripción inducida (PI) pone de manifiesto la diferente conceptualización de la PI. La mayoría de los estudios consideran PI la originada por la atención especializada, el médico privado, el paciente u otros agentes de salud¹⁻³. Algunos autores consideran que es la derivada de la atención especializada pública⁴ y otros únicamente si el paciente sigue controlado por el especialista⁵. Otro aspecto a destacar es la diferente metodología utilizada: unos estiman la prevalencia^{1-3,5-8}, otros la incidencia^{9,10}, algunos se centran en determinados subgrupos terapéuticos¹¹ y otros en determinadas prescripciones, como la medicación crónica¹². Consecuencia de ello es la amplia variabilidad en los porcentajes de PI, que oscilan entre un 9 y un 77%¹⁻¹².

Son pocos los estudios que miden el grado de concordancia entre el médico de atención primaria (AP) y el inductor de la prescripción¹⁻³. Consideramos que éste es un aspecto fundamental, debido al posible conflicto que puede generar en el médico de familia en caso de discrepancia con la PI. Inmerso en esta problemática, al médico de AP se le marca una serie de objetivos de prescripción¹³, los cuales, en caso de discordancia con la PI, pueden ser más difíciles de conseguir debido a la propia fe del paciente en la opinión de un médico especialista (efecto del predicador)² en detrimento de la del médico de familia. No conocemos ningún estudio en nuestro medio que analice la PI a los médicos de AP procedente del hospital de referencia, la información aportada desde el hospital, y la calidad de la prescripción evaluada según los criterios aplicados a la prescripción en AP. Los estudios que valoran la calidad de la PI miden la calidad intrínseca del fármaco^{2-4,7,10,12,14}.

Con el fin de plantear actividades dirigidas a corregir los problemas que pudieran detectarse, nos planteamos como objetivo general caracterizar la prescripción inducida por médicos del hospital de referencia, Hospital Universitario Vall d'Hebron, a médicos de centros de atención primaria (CAP) ubicados en su área geográfica de influencia.

Objetivos específicos

1. Cuantificar el volumen de pacientes con medicación indicada por el hospital de referencia y derivados a los médicos de los CAP.
2. Describir las características de los pacientes con PI.
3. Identificar los problemas de salud que originan PI.
4. Describir el porcentaje de pacientes de los que se dispone de una información insuficiente para poder realizar su seguimiento y control.
5. Describir la información aportada desde el hospital sobre la PI.
6. Describir el grado de acuerdo del médico de familia con la PI.

7. Analizar la PI de acuerdo con los criterios de calidad de prescripción utilizados en la atención primaria del Instituto Catalán de la Salud.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se invitó a participar a todos los médicos de familia que trabajan en 6 CAP reformados urbanos situados en el área geográfica de influencia del hospital de referencia. Los CAP participantes en el estudio tienen una población adscrita de 107.826 habitantes, de la que el 16,7% es mayor de 64 años.

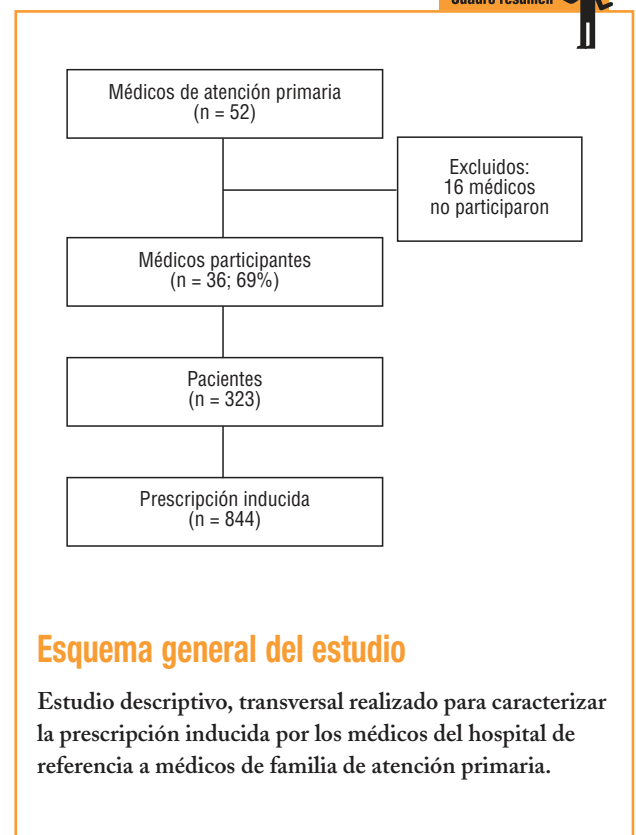
Población de estudio

Estuvo compuesta por pacientes con medicación indicada en el hospital de referencia que acudieron a los CAP para realizar el seguimiento y obtener la receta de la medicación en los días de realización del estudio. Se excluyó a los pacientes menores de 14 años.

Muestra

Para estimar la proporción de pacientes con PI necesitaríamos, en el peor de los casos, 384 pacientes (prevalencia del 50%, precisión del 0,05% y confianza del 95%). Dada la posibilidad de poder acceder a un volumen superior de pacientes se decidió incluir a todos los enfermos derivados y los fármacos indicados por el hospital de referencia y solicitados en los CAP durante 10 días hábiles consecutivos entre los meses de abril y junio de 2000.

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, transversal realizado para caracterizar la prescripción inducida por los médicos del hospital de referencia a médicos de familia de atención primaria.

Se elaboró una hoja de recogida de datos específicamente diseñada para este estudio y un manual de instrucciones para su relleno. La recogida de datos fue realizada por los médicos participantes.

Variables de estudio

1. Datos del centro: nombre del CAP, médico de familia, fecha de recogida.
2. Datos del paciente: edad, sexo, número de historia clínica.
3. Datos de la PI: origen (urgencias, consulta externa, alta de planta), especialidad del médico inductor, diagnóstico codificado según la Clasificación Internacional de la Atención Primaria¹⁵, especialidad farmacéutica codificada según la clasificación anatómica de medicamentos¹⁶, posología, duración, conformidad del médico de familia y motivo de discrepancia con la PI. Se incluyó una pregunta para conocer si el médico consideraba que la información aportada desde el hospital era suficiente para el control del paciente.

Evaluación de la calidad de prescripción

Se utilizó el «estándar de calidad de prescripción», que describe el patrón de uso de medicamentos y que ha sido generado en el ámbito de la AP¹³. Consta de indicadores agrupados en dos partes. Unos permiten un análisis global de la prescripción: valor intrínseco farmacológico, prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas, consumo de novedades terapéuticas y seguimiento de las recomendaciones del Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos¹⁷. Otros orientan sobre el seguimiento de las recomendaciones de uso de ciertos fármacos en determinados grupos terapéuticos: antihipertensivos, antiulcerosos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), antibióticos, hipolipemiantes, antiasmáticos, antidepresivos, ansiolíticos/hipnóticos y antidiabéticos orales.

La información de cada hoja de recogida de datos fue introducida en una base de datos informatizada. Para su análisis descriptivo se utilizó el paquete estadístico SPSS-10.

Resultados

De los 52 médicos susceptibles de participar en el estudio, 36 (69,2%) recogieron datos de 323 pacientes con PI originada en el hospital de referencia. Las visitas de estos pacientes motivaron 768 prescripciones de especialidades farmacéuticas y 844 principios activos. La media ± desviación estándar (DE) de principios activos por paciente fue de 2,65 ± 1,8, con un intervalo entre 1 y 9.

El número total de pacientes visitados por los médicos participantes fue de 5.997. Los pacientes con PI supusieron aproximadamente el 5,4% (IC del 95%, 4,8-5,9) del total de pacientes visitados.

Del total de pacientes, 168 (52%; IC del 95%, 47-58) procedían de urgencias, 105 (33%; IC del 95%, 27-38) de consultas externas y 50 (15%; IC del 95%, 12-19) de alta hospitalaria. Un total de 174 pacientes (53,9%) era mujer. Se observó una mayor proporción de mujeres entre los pacientes procedentes de consultas externas (61%), y una menor proporción de mujeres entre los que procedían de alta hospitalaria (40%). La media de edad de los pacientes fue de 56,8 ± 20,8 años, con un intervalo entre 16 y 100

TABLA 1 Distribución de la prescripción inducida (pacientes y fármacos) por las distintas indicaciones

	Pacientes, n (%)	Fármacos, n (%)
EPOC y sobreinfección respiratoria	26 (8,0)	104 (12,3)
Dolor lumbar y ciático	21 (6,5)	64 (7,6)
Traumatismos, fracturas	30 (9,3)	54 (6,4)
Cardiopatía isquémica o IAM	14 (4,3)	47 (5,6)
Cervicalgias	14 (4,3)	35 (4,1)
Infección aguda VRA	9 (2,8)	33 (3,9)
Patología dental	6 (1,9)	25 (3,0)
Hepatitis virus C	4 (1,2)	17 (2,0)
Cólico renal	8 (2,5)	17 (2,0)
Neumonía	6 (1,9)	15 (1,8)
Infección urinaria	6 (1,9)	13 (1,5)
Insuficiencia cardíaca	5 (1,5)	13 (1,5)
Dolor abdominal	7 (2,2)	12 (1,4)
Artrosis	7 (2,2)	11 (1,3)
Prostatitis	2 (0,6)	11 (1,3)
Hipertensión arterial	7 (2,2)	11 (1,3)
Úlcus péptico	5 (1,5)	10 (1,2)
Cirrosis hepática	2 (0,6)	10 (1,2)
Accidente cerebrovascular	6 (1,9)	10 (1,2)
No consta diagnóstico	54 (16,7)	93 (11,0)
Otros	75 (23,2)	239 (28,3)
Total	323 (100)	844 (100)

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IAM: infarto agudo de miocardio; VRA: vías respiratorias altas.

años). El mayor número de pacientes procedió de traumatología (59 pacientes; 18,3%) y medicina interna (46 pacientes; 14,2%).

De un total de 844 fármacos, 399 (47%; IC del 95%, 44-51) fueron indicados desde urgencias, 226 (27%; IC del 95%, 24-30) desde consultas externas y 219 (26%; IC del 95%, 23-29) desde el alta de planta. Los fármacos fueron prescritos para un total de 129 problemas de salud (media de diagnósticos por paciente, 2,7 ± 1,8). Un total de 196 fármacos (23,2%) fueron prescritos para enfermedades del aparato locomotor, 166 (19,7%) del aparato respiratorio, 112 (13,3%) del circulatorio, 91 (10,8%) del digestivo y 55 (6,5%) del urinario.

En la tabla 1 se describe la distribución de la PI (pacientes y fármacos) por las distintas indicaciones. En la tabla 2 se describe la PI en los 26 pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y sobreinfección respiratoria.

En 64 pacientes (20%; IC del 95%, 16-25), el médico de atención primaria consideró insuficiente la información aportada desde el hospital para el seguimiento y control; de éstos, 46 (71,9%) procedieron de consultas externas

TABLA 2 Prescripción inducida para los 26 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sobreinfección respiratoria

	Pacientes, n (%)	Fármacos, n (%)
Antibióticos	23 (88,5)	23 (22,1)
Amoxicilina-ácido clavulánico	18 (69,2)	18 (17,3)
Cefuroxima-axetilo	2 (7,7)	2 (1,9)
Ciprofloxacino	2 (7,7)	2 (1,9)
Claritromicina	1 (3,8)	1 (1,0)
Beta-2-adrenérgicos	19 (73,1)	19 (18,3)
Salbutamol	16 (61,5)	16 (15,4)
Salmeterol	3 (11,5)	3 (2,9)
Corticoides inhalados	17 (65,4)	17 (16,3)
Anticolinérgicos	15 (57,7)	15 (14,4)
Corticoides sistémicos	13 (50,0)	13 (12,5)
Protectores gástricos	3 (11,5)	3 (2,9)
Otros	14 (53,8)	14 (13,4)
Total	26 (100)	104 (100)

(fig. 1). Se identificó el servicio de traumatología como el origen de la mayor falta de información (11 pacientes; 17,2%).

Cabe destacar la falta de diagnóstico en 93 fármacos (11,2%), de los que 77 (82,8%) procedían de consultas externas. En 46 fármacos (5,4%) no constaba la posología y en 376 (44,6%) no constaba la duración del tratamiento. En 306 fármacos (44,5%) constaba el diagnóstico, la posología y la duración del tratamiento.

En 534 fármacos (63%; IC del 95%, 60-67), el médico de familia estaba totalmente de acuerdo con la PI, en 114 (14%; IC del 95%, 11-16) había algún grado de acuerdo, mientras que en 44 (5%; IC del 95%, 4-7) estaba en total desacuerdo (tabla 3). Los grupos de enfermedades que más frecuentemente se asociaron a este desacuerdo fueron las del aparato locomotor (42 fármacos; 26,6%) y las respiratorias (23 fármacos; 14,6%). En 61 fármacos (7,2%) no hubo acuerdo en la selección del fármaco, y en 48 (5,6%) el médico de familia no hubiera prescrito el fármaco.

TABLA 3 Distribución de la prescripción inducida. Grado de acuerdo según la procedencia de la prescripción

Procedencia	Acuerdo total n (%)	Acuerdo parcial n (%)	Desacuerdo total n (%)	Desconocido n (%)	Total n (%)
Urgencias	249 (62,4)	70 (17,5)	29 (7,3)	51 (12,8)	399 (100)
Consultas externas	111 (49,1)	31 (13,7)	8 (3,5)	55 (24,3)	226 (100)
Alta planta	174 (79,5)	13 (5,9)	7 (3,2)	23 (10,5)	219 (100)
Total	534 (63,3)	114 (13,5)	44 (5,2)	129* (15,3)	844 (100)

*No sabe = 23.

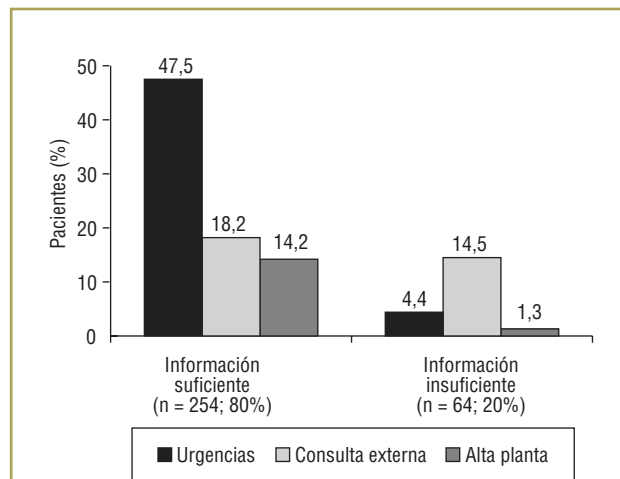


FIGURA 1 Opinión del médico de familia sobre la información procedente del hospital para el seguimiento y control del paciente.

La distribución de la PI (pacientes y fármacos) por subgrupos terapéuticos se expone en la tabla 4. Los fármacos más indicados fueron paracetamol en 57 (6,8%), diclofenaco en 51 (6%), metamizol en 50 (5,9%), omeprazol en 32 (3,8%) y ranitidina en 31 (3,7%).

El análisis de la PI según el estándar de calidad de prescripción de AP se describe en la tabla 5.

Discusión

Hemos encontrado una proporción de pacientes con PI de origen hospitalario de aproximadamente el 5%. Aunque la mayoría de los estudios miden la PI y no la proporción de pacientes con PI, consideramos importante conocer esta información, más orientada hacia la gestión de pacientes que de fármacos. En un estudio⁹, ésta fue del 3,8%. En dos estudios^{1,2}, la proporción de pacientes con PI fue del 36 y del 58%, pero estimaban la prevalencia de pacientes con PI de cualquier procedencia y, por tanto, no es comparable a

la de nuestro estudio, que sólo recogió a pacientes a demanda con PI originada en el hospital de referencia.

Encontramos un elevado porcentaje de pacientes y de PI procedentes de urgencias, superior al obtenido en otro estudio que analizaba la atención especializada pública⁹, que puede explicarse por las características estructurales y geográficas (falta de atención continuada en alguno de los CAP y un hospital de referencia muy próximo) que 2

TABLA 4 Distribución de la prescripción inducida por subgrupos terapéuticos

	Pacientes, n (%)	Fármacos, n (%)
Analgésicos-N02	110 (34,1)	123 (14,6)
Antibióticos-J01	67 (20,7)	101 (12,0)
AINE y antiirreumáticos-M01	93 (28,8)	95 (11,3)
Antiácidos, antiulcerosos-A02	68 (21,1)	71 (8,4)
Antiasmáticos-R03	25 (7,7)	64 (7,6)
Antitrombóticos-B01	28 (8,7)	29 (3,4)
Corticoides sistémicos-H02	26 (8,0)	27 (3,2)
Terapia cardíaca-C01	19 (5,9)	26 (3,1)
Diuréticos-C03	21 (6,5)	21 (2,5)
Psicolépticos-N05	21 (6,5)	21 (2,5)
Antianémicos-B03	16 (5,0)	20 (2,4)
Suplementos minerales-A12	12 (3,7)	18 (2,1)
Preparados nasales-R01	8 (2,5)	16 (1,9)
Oftalmológicos-S01	8 (2,5)	15 (1,8)
Preparados urológicos-G04	7 (2,2)	13 (1,5)
Laxantes-A06	9 (2,8)	12 (1,4)
Vitaminas-A11	8 (2,5)	12 (1,4)
Bloqueadores betaadrenérgicos-C07	12 (3,7)	12 (1,4)
Miorrelajantes-M03	11 (3,4)	12 (1,4)
Antidiabéticos-A10	9 (2,8)	10 (1,2)
Vasoprotectores-C05	10 (3,1)	10 (1,2)
Sistema renina-angiotensina-C09	10 (3,1)	10 (1,2)
Otros	97 (30,0)	106 (12,6)
Total	323 (100)	844 (100)

AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

estudios realizados en nuestro entorno^{1,2} encontraron que se relacionaban con una mayor prevalencia de PI. Nuestro estudio permitió poner de manifiesto la posible discordancia entre la prescripción de 11 AINE diferentes y el formulario del hospital donde no se dispone de fármacos, como, por ejemplo, el rofecoxib o el dexketoprofeno. Esto sugiere que algún médico utiliza un número limitado de fármacos en la planta del hospital y, en cambio, prescribe otros diferentes en las consultas externas y urgencias¹⁸. Nos llama la atención la prescripción de un corticoide sistémico al 50% de los pacientes diagnosticados de EPOC y la prescripción de antibióticos no considerados de primera elección en atención primaria (ciprofloxacino, cefuroxima-axetilo y claritromicina) al 19,2% de los pacientes diagnosticados de sobreinfección respiratoria. Los análisis que hemos podido realizar sobre las características de los pacientes y la adecuación de la prescripción son limitados, pues haría falta llevar a cabo estudios más sofisticados que recogieran detalladamente variables clínicas de los pacientes. Sin embargo, nuestro estudio permitió identificar la procedencia de los pacientes, los proble-

TABLA 5 Evaluación de la prescripción inducida atendiendo al estándar de calidad de prescripción de atención primaria

Indicadores	Objetivo previsto en AP (%)	PI (%)
Valor intrínseco farmacológico	> 90	92,4
Especialidad farmacéutica genérica	> 8	10,3*
Fármacos con baja experiencia de uso	< 2	3,01
Seguimiento recomendaciones CENM	< 0,2	1,43
(Diuréticos + BBA)/total antihipertensivos	> 40	63
Dihidropiridinas/total antihipertensivos	< 12	9,3
Fármacos recomendados/total antihipertensivos	> 70	27,7
Inhibidores bomba protones/total antiulcerosos	< 60	48,6
Fármacos recomendados/total antiulcerosos	> 90	94,3
Penicilinas/total antibióticos	> 60	47,3
Quinolonas sistémicas/total antibióticos	< 5	14,8
Fármacos recomendados/total antibióticos	> 80	56,7
Fármacos recomendados/total hipolipemiantes	> 70	50
Fármacos recomendados/total asma-EPOC	> 90	90,6
Fármacos recomendados/total antidepresivos	> 75	75
Fármacos recomendados/total ansiolíticos-hipnóticos	> 85	82,3
(Piroxicam + tenoxicam)/total AINE	< 10	3,3
Fármacos recomendados/total AINE	> 70	70
Fármacos recomendados/total antidiabéticos orales	> 80	100

AP: atención primaria; PI: prescripción inducida; CENM: Comité Evaluación Nuevos Medicamentos; BBA: bloqueadores betaadrenérgicos; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

*Corresponde a DCI.

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- Una elevada proporción de prescripción inducida (PI) deriva de otros niveles asistenciales.
- Hay información limitada sobre el grado de acuerdo del médico de familia con la PI.
- Hay información limitada sobre la calidad de la PI medida como calidad intrínseca del fármaco.

Qué aporta este estudio

- Aporta información sobre el porcentaje de pacientes con PI.
- Aporta datos sobre el motivo de discrepancia del médico de familia con la PI.
- Aporta datos sobre la calidad de la PI medida de acuerdo con indicadores utilizados en la atención primaria.

mas de salud para los que consultaron (la distribución de los problemas de salud fue similar a la de otro estudio)¹⁰ y los tratamientos indicados. Por tanto, consideramos que disponemos de cierta información que ayudará a priorizar futuras investigaciones y actividades para mejorar el abordaje terapéutico de los problemas de salud más prevalentes.

La falta de información sobre el diagnóstico y el tratamiento se acerca a la de otros estudios, que oscila entre un 13 y un 17% de la PI de origen hospitalario^{4,9}. Nos sumamos a los que consideran que toda prescripción generada en el hospital debería ir acompañada de un mínimo de información acerca del problema de salud y el esquema terapéutico, y no debería utilizarse al paciente como medio de comunicación¹⁹.

En este estudio, un 30% de los médicos a los que se invitó a participar no lo hizo y, por tanto, no podemos descartar una posible falta de representatividad de la muestra estudiada, que creemos que podría afectar especialmente a la opinión de los médicos sobre la concordancia de criterios con la PI. No obstante, la falta de concordancia observada es comparable a la encontrada en otros estudios, en los que oscilaba entre el 13,7 y el 24,9%^{1,2}. En nuestro estudio, la discrepancia fue motivada principalmente por desacuerdo en la selección del fármaco y porque el médico de AP consideraba que no hubiera prescrito ningún fármaco. Otro estudio encontró un porcentaje similar en la discrepancia sobre la selección (8,4%) y un porcentaje menor en la preferencia por no prescribir ningún fármaco (2,6%), pero analizaba la PI de cualquier procedencia³. Esta falta de concordancia supone un reto para el médico de familia a la hora de gestionar y modificar las prescripciones inducidas que él considera poco adecuadas o indeseables^{20,21}.

Los análisis de la PI según el estándar de calidad de prescripción son limitados, puesto que sólo se ha estudiado la prescripción inducida en un breve período y, además, los indicadores han sido especialmente diseñados para analizar la prescripción de medicamentos en atención primaria. La discordancia entre el estándar de calidad y la PI puede explicarse por el desconocimiento de los médicos hospitalarios de los criterios de calidad de prescripción exigidos a los médicos de atención primaria. Estos hechos evidencian la necesidad de una mayor coordinación y comunicación entre los diferentes niveles asistenciales.

Sería de especial interés la elaboración conjunta entre la atención primaria y la atención hospitalaria de guías de práctica clínica y formularios, así como la planificación de actividades de formación continuada^{19,22,23}.

Investigadores del Grupo de estudio de la Prescripción Inducida

SAP Nou Barris: Eladio Fernández, Francesc Orfila y Núria Torres. *Fundació Institut Català de Farmacologia*: Dolores Rodríguez y Eduard Diogène. *SAP Gràcia-Horta-Guinardó, Institut Català de la Salut*: Núria Sabaté.

EAP Canteres: M. Teresa Adell, Pilar Algueró, Ana Bonillo, Anna M. Callejero, Josep Despuig, Inmaculada Grau, María Llevadot y Mercedes Martínez.

EAP Chafarinas: Joan Atmetlla, Montse Delgado, Ana M. Farran, Xavier Flor, Lucía Gallego, Montse Mas y Carmen Munar.

EAP Ciutat Meridiana: Gemma Baulies, Francisco José Luque, Araceli Martín y M. Carmen Troyano.

EAP Horta 7D: Gemma Amorós, Gemma Badell, Edelmira Barraquer, M. Luisa Galan, Elena Jordi, M. Luisa Rodríguez, Carmen Rodrigo y M. Eulalia Teixidor.

EAP Prosperitat: José M. Cots, Encarnación Fernández, Cristina Ros y Pere Subirana.

EAP Verdum: Montserrat Callado, Francisco Javier Clar, Antonio Dedeu, Silvia Güell, Álvaro Mendez, Jorge Muela, Consuelo Palacios y Josep Màrius Salabert.

Bibliografía

1. Induced prescription in Barcelona's Primary Health Care Study Group. Induced prescription in primary health care. *Eur J Gen Pract* 1999;5:49-53.
2. Barceló Colomer E, Grau Bartomeu J, Serre Delcor N, Salgado Pineda M, Martí Dillet M, Hidalgo Ortiz M. Prescripción inducida, grado de conformidad y ¿posibilidad de cambio en atención primaria? *Aten Primaria* 2000;26:231-8.
3. Ruiz de Velasco Artaza E, Unzueta Zamalloa L, Fernández Uria J, Santisteban Olabarria M, Lekue Alkorta I. Prescripción inducida en atención primaria de la comarca Bilbao. *Aten Primaria* 2002;29:414-20.
4. Arroyo MP, Cano E, Celay J, Cortés F, Estremera V. Prescripción delegada por especialistas en atención primaria. *Aten Primaria* 1995;16:538-44.
5. Fidalgo ML, Pujol P, Capataz M, López Rodríguez C, González Martínez Y, López Bilbao C. Análisis de la prescripción inducida por atención especializada en el médico de atención primaria. *Medifam* 1997;7:94-102.
6. Danti G, Castellani L. La prescripción inducida en medicina general. Investigación orientada a la reflexión sobre los estudios de utilización de los fármacos. *Farm Clin* 1991;3:236-52.
7. Pereiró I, Rodríguez R, Bartual MJ, Guijarro MD, Sánchez G, Suberviola V. Prescripción farmacológica en consultas de medicina general. *Aten Primaria* 1995;15:286-8.
8. Lomeña Villalobos JA, Ceballos M, Medina MT, Mediavilla E, Sarmiento F, Hernández Grande JL. Gasto farmacéutico en atención primaria según el origen de las prescripciones. *Aten Primaria* 1996;18:75-8.
9. Pérez Fuentes ML, Moratalla G, Lubián M. Estudio de la prescripción inducida en un centro de salud. *Aten Primaria* 1994;14:769-74.
10. Franzi A, Placencia ML, Rodríguez Latre L. Estudio de la prescripción inducida de las áreas básicas de salud de la Dirección de Atención Primaria Sabadell. *Aten Primaria* 1997;20:408-14.
11. Bárcena Caamaño M, Goldaracena Tanco M, Fustero Fernández MV. Estudio de la inducción y otras características de la prescripción de cuatro subgrupos terapéuticos en un centro de atención primaria. *Farm Clin* 1996;13:362-71.
12. Alonso FA, Anzola B, Arratibel J, Gancedo Z. ¿Quién prescribe? Origen y adecuación de las prescripciones crónicas incluidas en un programa informatizado de largos tratamientos en un centro de salud. *Aten Primaria* 1993;12:465-8.

13. Estàndar de qualitat de prescripció farmacèutica. Divisió d'Atenció Primària. Unitat de Farmàcia 2000. Documento interno.
14. Seguí M, Bartolozzi E, Ramos J, Llach A, Torrent M, Besco E, et al. Prescripciones de utilidad terapéutica baja inducidas en atención primaria. *Aten Primaria* 1998;22:227-32.
15. Comité internacional de clasificación de la WONCA. Clasificación internacional de la atención primaria (CIAP-2). 2.ª ed. Barcelona: Masson, 1999.
16. Catálogo de especialidades farmacéuticas. Base de datos del medicamento. BOT. Madrid: Ed. Consejo General de Colegios Farmacéuticos, 2000.
17. Catalán A, Pellicer MA, Gené J, y Grupo de Trabajo del Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos. ¿Nuevos medicamentos o novedades terapéuticas? El comité de evaluación de nuevos medicamentos del Instituto Catalán de la Salud. *Aten Primaria* 2000;26:636-40.
18. Ausió Arumí J. Els professionals en les polítiques de gestió de la prestació farmacèutica. En: La prestació farmacèutica. Fulls econòmics del sistema sanitari. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya 1999;33:26-7.
19. Jones R, Rawlins M. Prescribing at the interface between hospitals and general practitioners. *BMJ* 1992;304:4-5.
20. Bradley CP. Induced prescription: what's in a name? *Eur J Gen Pract* 1999;5:47-8.
21. Bordas JM, Casajuana J. Prescripción inducida en atención primaria: de la excusa pasiva a la gestión activa. *FMC* 2000;7:323-8.
22. Duerden M, Walley T. Prescribing at the interface between primary and secondary care in the UK. Towards joint formularies? *Pharmacoconomics* 1999;15:435-43.
23. Jones R, Lamont T, Haines A. Setting priorities for research and development in the NHS: a case study on the interface between primary and secondary care. *BMJ* 1995;311:1076-80.

COMENTARIO EDITORIAL

Corresponsabilización de la prescripción farmacéutica: ¿quién debe asumir la prescripción de los especialistas del hospital de referencia?

M.T. Pérez Rodríguez

Farmacéutica de Atención Primaria. Consorcio Sanitario Integral. Barcelona. España.

Desde hace años, la prescripción inducida, básicamente por los especialistas de los hospitales de referencia, ha sido un fenómeno ampliamente conocido en la mayoría de los países de la Unión Europea. Así, en el año 1991, se definió como «toda prescripción generada por otro facultativo o solicitada por el propio paciente, que el médico de cabecera acepta transcribir aunque no comparta el planteamiento diagnóstico-terapéutico, y en el caso de los especialistas no habiendo provocado ellos mismos la consulta»¹.

En la actualidad, son varios los estudios realizados en nuestro país que han intentado cuantificar y evaluar la prescripción inducida por el ámbito hospitalario a los médicos de atención primaria, y su influencia se cifra en el 11,6-35,8%²⁻⁵ del total de la prescripción del médico de familia. Sin embargo, la elevada variabilidad en la metodología utilizada en los estudios publicados hace que los resultados obtenidos sean poco comparables, si bien todos

Puntos clave

- Los distintos estudios de nuestro país cifran la influencia de la prescripción inducida por los especialistas en un 11,6-35,8% del total de la prescripción del médico de familia.
- A pesar de que en un pequeño porcentaje de casos (5-14%), la prescripción inducida genera insatisfacción al médico de familia, no es suficiente para cuestionar la centralización de la prescripción por parte del médico de familia.
- La elaboración conjunta de «guías de utilización de medicamentos» entre los médicos de familia y los del hospital, así como la comunicación atención primaria-hospital pueden mejorar el problema.

ellos permiten poner de manifiesto una realidad derivada de la figura del médico de atención primaria como centralizador de la prescripción realizada a sus pacientes para garantizar la continuidad asistencial.

Es evidente que la prescripción generada en otro nivel asistencial puede suponerle al médico de familia un elevado coste, tanto en términos de recursos (consumo de tiempo de visita) como emocional, sobre todo en aquellos casos en que exista una discrepancia en cuanto al tratamiento prescrito, acerca de la necesidad de instaurar dicho tratamiento o si considera que la información que le facilita el especialista es insuficiente para el seguimiento y control del paciente.

En este sentido, el estudio de Fernández Liz y colaboradores se centra en la prescripción inducida por el hospital de referencia de su ámbito de influencia, y proporciona resultados destacables en tres apartados:

1. Cuantificando un grado relativamente bajo de desacuerdo del médico de familia con el tratamiento prescrito en el ámbito hospitalario (desacuerdo total, 5%; parcial, 14%) y un 63% de casos en que el médico de familia está totalmente de acuerdo con la medicación prescrita. Hay que tener en cuenta que los autores no proporcionan información sobre el grado de acuerdo en el 18% de la prescripción restante.

2. Evaluando la percepción de los médicos de familia participantes sobre la información que facilita el especialista para el control y seguimiento del paciente, observándose que en el 11,2% de los pacientes no se hace constar la orientación diagnóstica y que en el 45% no se precisa la duración del tratamiento (básicamente por lo que atañe a consultas externas).

3. Identificando la falta de concordancia entre los principios activos prescritos dentro del hospital (sólo los incluidos dentro de la «guía farmacoterapéutica del hospital») y los que prescribe a los pacientes ambulatorios.

Hay que tener en cuenta que, de forma similar a los estudios anteriormente publicados, los resultados son difícilmente extrapolables y generalizables, tanto por las características metodológicas del estudio como por las características de los centros de salud participantes (proximidad a un hospital de referencia de tercer nivel asistencial, centros de salud urbanos, algunos sin atención continuada...). Además, un 30% de los médicos de familia de los centros de salud incluidos en el estudio no participa en él, si bien no se profundiza en

el motivo, sus características principales y si la distribución de los no participantes fue homogénea en el conjunto de los centros de salud.

A pesar de esto, los resultados obtenidos, aunque no sean generalizables, permiten cuantificar un aspecto que no sólo debe preocupar al médico de familia sino también a la Administración Sanitaria.

Así, en función de estos datos, resulta evidente que la prescripción inducida por concepto no siempre es indeseable, si bien en un pequeño porcentaje (5-14%) genera una fuente importante de insatisfacción tanto en el médico de familia como en el paciente. Sin embargo, este porcentaje no es suficiente para cuestionar la importancia de la centralización de la prescripción por parte del médico de familia para mantener la continuidad asistencial de sus pacientes, pero manifiesta la necesidad de que se pongan en marcha los mecanismos que permitan corresponsabilizar a los especialistas de los hospitales de referencia de la prescripción que generan.

Esto requiere evidentemente la elaboración conjunta de «guías de utilización de medicamentos» para pacientes ambulatorios en el nivel hospitalario en colaboración con los médicos de familia del ámbito de influencia, políticas comunes de calidad de la prescripción farmacéutica, todo esto unido a la potenciación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en la interfase atención primaria-hospital, como la utilización de una historia clínica informatizada única para cada paciente y la implantación estatal de la receta electrónica.

Bibliografía

1. Danti G, Castellani L. La prescripción inducida en medicina general. Investigación orientada a la reflexión sobre los estudios de utilización de los fármacos. *Farm Clin* 1991;8:236-52.
2. García Lirola MA, Cabeza Barrera J, Lirola García E. Programa de intervención sobre la prescripción externa del hospital: valoración de resultados en médicos en especialistas y en atención primaria. Estudio becado por la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. 1999-2000.
3. Arroyo MP, Cano E, Ansorena R, Celay J, Cortés F, Estremera V. Prescripción delegada por especialistas en atención primaria. *Aten Primaria* 1995;16:538-44.
4. Barceló E, Grau JG, Serre N, Salgado M, Martí M, Hidalgo M. Prescripción inducida, grado de conformidad y... ¿posibilidad de cambio en atención primaria? *Aten Primaria* 2000;26:231-8.
5. Induced prescription in Barcelona's primary Health Care Study Group (Institut Català de la Salut). Induced prescription in primary healthcare. *Eur J Gen Pract* 1999;5:49-53.