

Historia clínica informatizada, receta electrónica y adecuación de los planes terapéuticos en atención primaria

Gómez Rodríguez de Acuña A¹, Reyes Rodríguez JF², González Gómez CM¹, Padilla Luz AD¹, Pérez Cánovas ME³, González-Casanova González S²

¹Departamento de Farmacia

²Área Técnica de Salud Pública

³Dirección Médica

Gerencia de Atención Primaria. Área de Salud de Tenerife. Servicio Canario de la Salud

La historia clínica informatizada es una realidad en nuestro sistema sanitario. Cada Comunidad Autónoma ha desarrollado sus propios proyectos y a su vez el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad está impulsando y desarrollando un proyecto de historia clínica digital para todo el Sistema Nacional de Salud (SNS) (mediante la adopción de criterios de interoperabilidad entre todos los servicios de salud), con el objetivo de garantizar y facilitar a ciudadanos y profesionales sanitarios la información clínica relevante para la atención sanitaria de una manera ágil, segura y confidencial, en cualquier parte del territorio nacional¹.

En la comunidad autónoma de Canarias, el proyecto Drago AP es la herramienta digital para la gestión administrativa y clínica en atención primaria (AP), con una historia clínica electrónica única y centralizada por paciente de carácter longitudinal y multidisciplinar. En la actualidad se halla implantada en todo el archipiélago².

La digitalización en el ámbito sanitario comprende los proyectos de la receta electrónica (RE) con experiencias en las diferentes comunidades autónomas, y con el objetivo común de facilitar a los ciudadanos el acceso a la medicación prescrita en cualquier punto de dispensación, de forma que se eviten visitas innecesarias al médico, burocracia en las consultas y favorecer el desarrollo de programas de uso racional del medicamento; a su vez, el Ministerio está trabajando en un proyecto que permita extender esta funcionalidad a todo el SNS de manera que el paciente tenga acceso a la dispensación de su

plan terapéutico autorizado en cualquier punto de nuestro territorio³.

Existen experiencias que avalan las bondades de este sistema para pacientes y profesionales, así como para la eficiencia y efectividad en la gestión de la prescripción; destacan la importancia de la formación a los profesionales y la educación sanitaria como elementos clave para el éxito^{4, 5, 6, 7, 8}.

Con la puesta en marcha y desarrollo del proyecto de receta electrónica en Drago AP, se hace necesario extremar los esfuerzos sobre la mejora y correcto uso del módulo de prescripción en la historia clínica, con el propósito de adecuar y evitar posibles errores en los planes terapéuticos (PT), aspecto de gran importancia de cara a la seguridad del paciente, mejora de la calidad asistencial y uso eficiente de los recursos. Para ello se ha puesto en marcha una estrategia cuyo eje esencial es la formación, el seguimiento y el apoyo continuado a los médicos y pediatras de AP.

La finalidad del estudio es realizar un diagnóstico de situación de los PT en el Área de Salud de Tenerife, a fin de disponer de un punto de partida que permita complementar la evaluación de la estrategia y, como apoyo a la formación desde la perspectiva de su necesidad objetiva, la identificación de problemas y el establecimiento de prioridades.

Los objetivos de este estudio han sido:

- Conocer la situación de adecuación de los PT en atención primaria en el Área de Salud de Tenerife. La situación de adecuación de los PT se estudia desde la perspectiva de estas dos dimensiones:

- Prescripciones no cerradas (medicación que el paciente ya no consume y que, por tanto, no debería aparecer como medicación activa).

- Uso inadecuado de la función de "M Irregular" (registro como medicación irregular, es decir medicación que el paciente no ha de tomar todos los días sino en función de los síntomas y/o evolución de la enfermedad).

- Conocer si existe relación entre los facultativos que obtuvieron mejor y peor puntuación en los indicadores de calidad de la prescripción en la aplicación del programa de incentivos 2009 con respecto a la situación de adecuación de los PT, criterios de uso racional del medicamento e importe por pensionista antes y después de la introducción de la RE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evalúan 200 planes terapéuticos (error + 5%, p 15% y nivel de confianza 0,95). Los PT objeto de evaluación han sido los pertenecientes a pacientes de 50-75 años incluidos a la vez en el Servicio de Diabetes e Hipertensión Arterial, más otros dos de entre los siguientes de la Cartera de Servicios: EPOC, Asma, Obesidad, Dislipemia, Enfermedad Cardiovascular.

Los pacientes evaluados pertenecen a los cupos que han obtenido la mejor y peor puntuación con respecto a los indicadores de calidad de la prescripción e incluidos en el programa de incentivos del ejercicio 2009. Se han elegido al azar 10 facultativos de entre los que obtuvieron un mejor resultado al aplicar el programa de incentivos y otros 10 de entre los que obtuvieron peor puntuación. Para cada uno de los facultativos elegidos se seleccionaron 10 pacientes al azar que cumplieran con las condiciones anteriormente comentadas.

- Los criterios para realizar la valoración sobre la adecuación de los PT son:

- Prescripciones no cerradas (medicación que el paciente ya no consume y que, por tanto, no debería aparecer como medicación activa).

- Medicación duplicada (principio activo o subgrupo terapéutico): constituye la máxima expresión de este error.

- Medicación aguda, pautada como indefinida (o crónica): con respecto a esta medida también se consideraron prescripciones agudas indebidas las correspondientes a antiinflamatorios no esteroideos (AINE) sin que exista diagnóstico de patología inflamatoria reumatológica que justificara este uso.

- Detección de pacientes polimedicados (más de 8 fármacos como criterio de partida).

- Uso inadecuado de la función "M Irregular" (registro como medicación irregular, es decir, medicación que el paciente no ha de tomar todos los días sino en función de los síntomas y/o evolución de la enfermedad): se hizo una valoración directa en dicho registro considerándolo inadecuado salvo que se trate de medicación de uso realmente irregular, como pueden representar estos ejemplos: nitroglicerina para un ángor estable, un triptán en caso de una crisis migrañosa o, como excepción, las presentaciones de uso dermatológico y los colirios oftalmológicos exceptuando los que se presentan en unidosis.

- Variables vinculadas con el uso racional del medicamento, de acuerdo con la estrategia de mejora implantada al respecto en el Área de Salud:

- Utilización de IBP que no son de elección, considerando como IBP de elección en todas las indicaciones el omeprazol.

- Utilización de IBP en prevención de gastropatía por AINE: para ello se descartó previamente su utilización a partir de otros diagnósticos que justificaran su uso (esofagitis, dispepsia ulcerosa...); se valoró el que existiera un uso regular de AINE e historia de factores de riesgo de gastrolesividad (según criterios del National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE).

- Utilización de estatinas que no son de elección frente a simvastatina equipotente: las situaciones en que se detectó un uso de otras estatinas que no son de elección (atorvastatina y otras) a dosis para las que existe la posibilidad de administrar simvastatina a dosis equipotentes.

- Pauta inapropiada de tiras reactivas en diabéticos en tratamiento con antidiabéticos orales: en esta valoración se siguieron los siguientes criterios (de menor exigencia respecto a las recomendaciones de la mayoría de Guías de Práctica Clínica): se consideró

apropiado el uso de tiras reactivas en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina (o asociado a metformina y/u otros antidiabéticos orales), independientemente de la pauta registrada (y que en algunos casos podía ser excesiva); por su parte, se consideró inapropiado el registro de pautas indefinidas (1 cada 8-12 horas) e indefinidas irregulares con requerimientos de uso de tiras en torno a un envase cada 28-30 días en pacientes en tratamiento con antidiabéticos orales.

- Pauta de benzodiazepinas con carácter indefinido: aunque esto supone una cuestión muy arraigada y extendida, el uso de benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio y/o de los trastornos de ansiedad generalizada o de pánico debe hacerse cuando la clínica sea intensa e invalidante, por cortos periodos de tiempo (no más de 2-4 semanas), y/o de forma intermitente, y siempre como coadyuvante del tratamiento de base que ha de ser el tratamiento cognitivo-conductual en el insomnio y la psicoterapia de apoyo junto con los antidepresivos en los trastornos de ansiedad generalizada y trastornos de pánico con o sin agorafobia.

• Variables sobre consumo de recursos de enero a junio de 2009 y entre octubre y diciembre de 2009:

- Importe medio mensual de la prescripción por pensionista.

- Receta media mensual de la prescripción por pensionista.

- Porcentaje de utilización por facultativo de la receta electrónica sobre total recetas prescritas en el mes de octubre de 2009.

Para el análisis de las variables de consumo de recursos se amplió el número de facultativos en el estudio a 18 en cada grupo a fin de obtener mayor potencia de análisis.

El análisis de resultados se ha realizado con el programa PASW Statistics 18, utilizando parámetros de estadística exploratoria, t de Student para muestras independientes, tablas de contingencia y la chi-cuadrado.

RESULTADOS

La edad media en ambos grupos de pacientes fue de 62 años. La proporción de mujeres en el grupo de facultativos con mejor puntuación en incentivos fue de 63,4% frente a 58% en el grupo con peor puntuación; esta diferencia no fue significativa.

La **tabla 1** muestra los resultados sobre la situación de los PT. Se ha encontrado una alta frecuencia de criterios de inadecuación en el PT: 13,5% con registros de medicación duplicada; 27,1% con registros de medicación aguda como indefinida; 47,4% de pacientes polimedcados y 42,2% con uso inadecuado de la función "M Irregular". Sólo 30,3% de los pacientes del estudio no presenta criterios de inadecuación y 33,8% presenta 2 o más criterios.

Tabla 1. CRITERIOS DE INADECUACIÓN DEL PT

CRITERIO	FACULTATIVOS CON MÍNIMA PUNTUACIÓN EN EL PROG. DE INCENTIVOS 2009	FACULTATIVOS CON MÁXIMA PUNTUACIÓN EN EL PROG. DE INCENTIVOS 2009	TOTAL DE FACULTATIVOS	CHI-CUADRADO DE PEARSON	SIG. BILATERAL
% de mediación duplicada por paciente en PT	20,4	6,3	13,5	8,21	p<0,004
% de mediación aguda indefinida por paciente en PT	39,8	13,8	27,1	16,38	p<0,0001
% de uso inadecuado de la función M Irregular por paciente	48,5	34,7	42,2	4,28	p<0,034
% de polimedicación por paciente (>8 medicaciones por paciente)	52,6	42,1	47,4	2,11	no sig.

De los 4 criterios de inadecuación, de entre los pertenecientes al grupo de facultativos con máxima puntuación en incentivos el 23,8% tiene 2 o más criterios frente a 44% de los pacientes pertenecientes al grupo con mínima puntuación (chi-cuadrado 35,5 $p < 0,0001$).

En la **tabla 2** se muestran los resultados sobre la situación de uso racional del medicamento. Se ha encontrado una alta frecuencia de criterios de inadecuación: 17,3% de pacientes en los que estaba prescrito un IBP que no es de elección; 53,7% tenía pautado un IBP sin que existiera ningún diagnóstico que justificase su uso; 26,2% de pacientes con una estatina prescrita que no era de elección; 29,4% de todos los pacientes con uso inadecuado de tiras reactivas y 28,1% de todos los pacientes con benzodiazepinas pautadas indefinidamente. Sólo 33,3% de los pacientes estudiados no presentaba criterios de inadecuación de uso racional del medicamento y 31,3% presenta 2 o más criterios.

De los 5 criterios de inadecuación de uso racional, 20,8% de los pacientes pertenecientes al grupo de facultativos con máxima puntuación en incentivos tiene 2 o más criterios frente a 43% de los pertenecientes al grupo con mínima puntuación.

Las **tablas 3 y 4** muestran la evolución del importe medio por pensionista antes y después de la introducción de la RE.

COMENTARIOS

La presencia de criterios de inadecuación del plan terapéutico es siempre manifiestamente mayor en los pacientes pertenecientes al grupo de facultativos con peor puntuación en el programa de incentivos. Esta diferencia es significativa con excepción del criterio de polimedición, quizás debido al tipo de pacientes incluidos en el estudio (con 4 o más patologías crónicas).

Llama la atención la elevada frecuencia de la inadecuada utilización de la "función de medicación irregular" del módulo de prescripción de la historia clínica (42,2%), si bien con frecuencia cuando los facultativos con mejor puntuación en incentivos realizaban un uso inadecuado de esta función lo hacían con la intención de efectuar una estimación del número de envases por periodo de tiempo más adecuado a las necesidades reales del paciente.

En este sentido, frecuentemente usaban esta función cuando prescribían medicamentos que se presentan

Tabla 2. CRITERIOS DE INADECUACIÓN DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

CRITERIO	FACULTATIVOS CON MÍNIMA PUNTUACIÓN EN EL PROG. DE INCENTIVOS 2009	FACULTATIVOS CON MÁXIMA PUNTUACIÓN EN EL PROG. DE INCENTIVOS 2009	TOTAL DE FACULTATIVOS	CHI-CUADRADO DE PEARSON	SIG. BILATERAL
% del IBP de no elección por paciente en PT	28,1	6,3	17,3	15,89	$p < 0,0001$
% del IBP sin uso regular de AINES ni factores de riesgo de gastrolesividad (criterios NICE)	65,9	41,5	53,7	4,9	$p < 0,02$
% de estatinas de no elección con sinvastatina equipotente por paciente en PT	33,3	19,1	26,2	4,86	$p < 0,02$
% de pauta inadecuada de tiras reactivas en DM con ADO por paciente en PT	30,1	28,7	29,4	0,04	no sig.
% de pauta de benzodiazepinas indefinidas por paciente en PT	30,1	25,3	28,1	0,71	no sig.

Tabla 3. RESULTADOS ANTES DE IMPLANTAR LA RE (ENERO Y JUNIO DE 2009)

CRITERIO	FACULTATIVOS CON MÍNIMA PUNTUACIÓN EN EL PROGR. DE INCENTIVOS 2009	FACULTATIVOS CON MÁXIMA PUNTUACIÓN EN EL PROGR. DE INCENTIVOS 2009	T DE STUDENT	SIG. BILATERAL
Importe medio mensual por pensionista en €	90,2	76,5	- 2,15	p<0,03
Nº de recetas medio mensual por pensionista	5	4,7	- 0,9	no sig.

Tabla 4. RESULTADOS DESPUÉS DE IMPLANTAR LA RE (OCTUBRE Y DICIEMBRE DE 2009)

CRITERIO	FACULTATIVOS CON MÍNIMA PUNTUACIÓN EN EL PROGR. DE INCENTIVOS 2009	FACULTATIVOS CON MÁXIMA PUNTUACIÓN EN EL PROGR. DE INCENTIVOS 2009	T DE STUDENT	SIG. BILATERAL
Importe medio mensual por pensionista en €	99,6	92,6	- 1	no sig.
Nº de recetas medio mensual por pensionista	5,6	6,1	- 0,9	no sig.
Porcentajes de utilización de la RE en el mes de octubre de 2001	48,1	80,4	2,7	p<0,01

en envases de 28 unidades de administración, y estimaban un envase mensual para evitar que se retiraran de la farmacia en el primer bloque 2 envases.

La presencia de criterios de inadecuación de uso racional del medicamento es siempre manifiestamente mayor en los pacientes pertenecientes al grupo de facultativos con peor puntuación. Esta diferencia es significativa con excepción de la utilización de tiras reactivas en diabéticos en tratamiento con antidiabéticos orales y uso de benzodiazepinas pautadas de forma indefinida.

El uso inadecuado y abusivo de las tiras reactivas para el control de la glucemia es una práctica extendida y arraigada, condicionada por factores más allá de los relacionados con el profesional, como pueden ser los dependientes de la industria (presión comercial) y de los propios pacientes (y asociaciones de pacientes), que requerirían una corrección a medio y largo plazo a través de la información a la población y formación y protocolos de buen uso dirigido a los médicos y enfermeros.

Hay discrepancias entre las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica y el manejo real que se hace de esta medicación, y esto es extensivo prácticamente a la totalidad de los profesionales. En ello muy probablemente tenga un papel importante que cuando el médico asume al paciente éste ya viene usando benzodiazepinas; además, el paciente no tiene conciencia del problema que constituye su consumo crónico, al profesional le falta tiempo y habilidades para el abordaje de los consumidores crónicos de benzodiazepinas y, finalmente, también pueda intervenir en esto el hecho de la necesidad de mejora de conocimientos por los profesionales sobre la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia de apoyo.

Las variables sobre consumo de recursos indican un comportamiento más favorable a favor del grupo de facultativos con mejor puntuación en incentivos. Aunque la diferencia no llegó a ser significativa, llama la atención el mayor incremento del importe de la prescripción tras la entrada en funcionamiento

de la RE en el grupo de facultativos con mejor puntuación en incentivos. Es probable que este hallazgo esté relacionando con que en el grupo de facultativos con peor puntuación el porcentaje de utilización de la nueva modalidad de receta es mucho menor de forma significativa (48,1% frente a 80,4%). Esto apoya la hipótesis de que la implantación del modelo de RE es uno de los factores que ha conllevado incremento en el número de envases prescritos (y dispensados en la farmacia) por Planes Terapéuticos no adaptados para el funcionamiento óptimo del sistema de RE (cálculo automático del número de envases y aplicación de ciclos de tratamiento). Este problema ha sido generalizado en todos los profesionales.

El incremento en el coste de la prescripción de farmacia al comienzo del despliegue de la RE se ha producido en el resto de las Comunidades Autónomas que la han implantado para más tarde llegar a ser controlado⁹. Tras implantarse la RE, en el Área de Salud se produjo un incremento en el coste de la prescripción para luego moderarse y, de acuerdo con los datos de los últimos meses, finalmente reducirse. Aunque no tenemos certeza, estimamos que en parte esta disminución responde al despliegue de la estrategia comentada y a las correcciones

y mejoras técnicas que paulatinamente se han ido introduciendo en el módulo de prescripción de la historia clínica Drago AP.

Las diferencias halladas a favor de los facultativos con mejor puntuación en incentivos en las dimensiones abordadas de adecuación del PT, uso racional del medicamento y consumo de recursos, hace pensar en la existencia de un perfil de profesional con un uso más correcto y eficiente en el manejo del medicamento. Por tanto, la puntuación obtenida puede ser de ayuda a la hora de establecer prioridades de actuación orientadas a la mejora. En este sentido, hemos observado el hecho de que el perfil de profesional con menor puntuación en incentivos frecuentemente se corresponde con el de quienes menos participan en las actividades de formación continuada y habría que buscar estrategias para promover esta participación.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento al Equipo Directivo de la Gerencia de Atención Primaria del Área de Tenerife por el apoyo y las facilidades que nos ha brindado para la realización del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006 - 2010. Proyecto de Historia Clínica Digital. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/hcdsns/home.htm>
2. Servicio Canario de la Salud. Secretaría general. Sistema de Información. Drago AP. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organica.jsp>
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Proyecto de Receta Electrónica en el SNS. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic03.htm>
4. Peinado AJ, Aguilar A. Receta electrónica. En: Carnicero J (coord). La gestión del medicamento en los Servicios de Salud. Informes SEIS (8). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2008. Disponible en: <http://www.seis.es>
5. Jiménez ML. La receta electrónica y su progresiva implantación en el Sistema Sanitario Español: especial referencia al caso andaluz. *RevistadeSalud.com* 2009;5:1-11. Disponible en: <http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/index>
6. Suárez-Varela Úbeda J, Beltrán Calvo C, Molina López T, Navarro Marín P. Receta electrónica: de la utopía a la realidad. *Aten Primaria* 2005;35:451-7.
7. Carreño-José V, Gayo-Loredo ML, González-Rodríguez F, Pérez-Manzano F, Gómez-Ortega AI, Albero-Serrano MP. Implantación de receta XXI en el Centro de Salud de Benahadux (Almería). *Aten Primaria* 2006;37:60-1.
8. Román Viñas R. Factores de éxito en la implementación de las tecnologías de la información y la comunicación de los sistemas de salud. El factor humano. *Medicina Clínica* 2010;134:39-44.
- 9.- Trujillo J. 'E-receta': más calidad y seguridad para el paciente, pero ¿con más gasto sanitario? Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2009/11/02/al-dia/profesion/e-receta>