



Original

Impacto de la receta electrónica en la unidad básica de atención médico/a-enfermera/o en Atención Primaria

Nerea García Granja, María Hernández Carrasco, Alba Hidalgo Benito,
 Irene García Álvarez, Sara Leticia de la Fuente Ballesteros, Elpidio García Ramón*

Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de septiembre de 2017

Aceptado el 18 de enero de 2018

On-line el 20 de marzo de 2018

Palabras clave:

Receta electrónica

Consulta médico/a-enfermera/o

Atención primaria

R E S U M E N

Objetivo. La coordinación de consulta entre médico/a y enfermera/o es un factor básico de la atención primaria. Este trabajo analiza el impacto de la implantación de la receta electrónica en el funcionamiento de las consultas del médico/a y de la enfermera/o.

Material y métodos. Se realizó un estudio transversal retrospectivo desde febrero de 2015 hasta 31 de enero del año 2016 sin receta electrónica y desde febrero de 2016 hasta 31 de enero de 2017 con la implantación de la receta electrónica. Se analizó el aumento y reducción de las consultas, el tipo de consultas afectadas y el impacto en el tiempo de atención a los pacientes.

Resultados. Se estudiaron 7.006 consultas de enfermería en 2015 y 4.612 en 2016. La consulta de enfermería sufrió una reducción total de consultas del 34,18 % con una reducción similar de la consulta a demanda y la consulta concertada. En el caso de la consulta médica se estudiaron 7.586 consultas en 2015 y 8.622 en 2016, lo que supone un incremento de consultas de 13,65 %. En 2015 la consulta administrativa representó un 15,42 % del total de la demanda de la consulta del médico/a, mientras en 2016 la consulta administrativa representó un 29,24 % del total de la demanda. El médico/a en 2015 dedicó 10,54 minutos por consulta a demanda y en 2016 dedicó 8,72 minutos, una reducción de 1,82 minutos de pérdida de atención por paciente.

Conclusión. La implantación de la receta electrónica ha supuesto un incremento importante en la presión asistencial de la consulta del médico/a con el consiguiente impacto en el tiempo de atención a los pacientes. Al mismo tiempo ocasiona una migración de los pacientes de la consulta de enfermería y deja la actividad de enfermería muy disminuida.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elpiyo127@hotmail.com (E. García Ramón).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.001>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Impact of the electronic prescription on the basic unit of physician/nurse in primary care

A B S T R A C T

Keywords

Electronic prescription
Physician/nurse consultation
Primary care

Objective. The coordination of physician/nurse consultation is a basic factor of primary care. This paper analyzes the impact of the implementation of the electronic prescription on the functioning of physician and nurse consultations.

Material and methods. A cross-sectional retrospective study was carried out from February 2015 to January 31, 2016 without electronic prescription and from February 2016 to January 31, 2017 with the introduction of the electronic prescription. We analyzed the increase and reduction of consultations, the affected type of consultations and the impact in the patients attending time.

Results. A total of 7,006 nursing consultations were studied in 2015 and 4,612 in 2016. The nursing consultation suffered a total reduction of 34.18% of consultations with a similar reduction of consultation on demand and concerted consultations. In case of the medical consultation, 7,586 consultations were studied in 2015 and 8,622 in 2016, which means an increase of consultations of 13.65%. In the year 2015 the administrative consultation represented 15.42% of the total demand for the doctor's consultation, while in 2016 the administrative consultation represented 29.24% of the total demand. As for the times for consultation, in 2015 the Doctor spent 10.54 minutes per consultation on demand and in 2016 spent 8.72 minutes, a reduction of 1.82 minutes of patient care loss.

Conclusion. The introduction of the electronic prescription has meant a significant increase in the healthcare pressure of the physician's consultation with the consequent impact on the patient care time. At the same time, it causes a migration of the patients from the nursing consultation leaving the nursing activity very diminished.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Introducción

Los servicios sanitarios están inmersos en un entorno de gran complejidad en el que se producen constantes aportaciones científicas e importantes avances tecnológicos que hacen que los componentes del sistema sanitario, tanto usuarios como profesionales, experimenten cambios en sus necesidades y expectativas¹.

La coordinación de la consulta médico/a-enfermera/o es un factor determinante en el buen funcionamiento de la asistencia en atención primaria. Ello implica una continuidad en la asistencia, un abordaje integrado y un aumento de confianza del paciente en la unidad de atención médico/a-enfermera/o².

La prescripción farmacéutica hasta el momento es realizada por el médico/a y la enfermera/o colabora en la dispensación de las recetas a los pacientes crónicos con consulta concertada. La receta médica y las órdenes de dispensación, como documentos normalizados, suponen un medio fundamental para la transmisión de información entre los profesionales sanitarios y una garantía para el paciente. La receta médica es el documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio mediante el cual los médicos, odontólogos o podólogos, legalmente facultados para ello, y en el ámbito de sus competencias respectivas, prescriben a los pacientes los medicamentos o productos sanitarios sujetos a prescripción médica, para su dispensación por un farmacéutico³.

La colaboración entre los médicos/as y las enfermeras/os se encuentra muy arraigada en la historia y estereotipada en el imaginario popular. Cooperar con los profesionales de la medicina en programas de seguimiento protocolizado de determinados tratamientos farmacológicos, sobre todo de pacientes crónicos en las condiciones que se establezcan, es fundamental para el buen funcionamiento del servicio⁴.

El estudio de la relación entre estos dos grupos de profesionales de la salud es importante porque de la misma depende en gran parte la calidad de la atención, la seguridad de los pacientes y la disminución de los conflictos médico-legales.

La complejidad de la atención médica moderna expone al paciente a riesgos y requiere del trabajo coordinado y armonioso de todos los integrantes del equipo de salud. Por ello, la colaboración entre los médicos/as y las enfermeras/os es un elemento fundamental de cualquier programa de administración de riesgos y seguridad del paciente⁵.

La aparición de la historia clínica electrónica, las guías asistenciales integradas y la reducción de las tareas administrativas debe contribuir de forma considerable a la mejora de atención a los pacientes y a la de la relación interprofesional en los equipos de atención primaria. Su misión es favorecer el funcionamiento de los equipos multiprofesionales, a través de la participación, la reflexión, el análisis y el consenso y desde el respeto a las competencias propias y a las del resto de especialistas y profesionales del ámbito comunitario y de la Salud Pública⁶.

Tabla 1 – Consultas de enfermería.

Tipo consulta	Año 2015	Año 2016
Demanda	5.016	3.275
Programada	381	225
Concertada	1.609	1.112
Total	7.006	4.612

Un escenario de población envejecida y con sobrecarga de tareas administrativas derivadas en su mayoría de la retirada de recetas, hace que los profesionales sanitarios sientan que no disponen del tiempo necesario para escuchar a sus pacientes. La aplicación de la receta electrónica debería contribuir a facilitar a los pacientes la obtención de sus medicaciones crónicas, a reducir las consultas administrativas y sobre todo a reducir la presión asistencial de carácter burocrático.

Con el desarrollo de los equipos de atención primaria, se crean las unidades médico/a-enfermera/o. La consulta de enfermería comienza a desarrollar sus funciones centradas en la asistencia a pacientes programados, concertados, tareas domiciliarias y de educación para la salud. La consulta programada y concertada lleva aparejada la entrega de medicación de los procesos crónicos y de los programas atendidos.

La aparición de la receta electrónica en patologías crónicas facilita al paciente la obtención de los fármacos en la farmacia sin tener que acudir al centro de salud; es una herramienta muy bien valorada por muchos pacientes. Pero al desvincular las recetas crónicas de las consultas concertadas de enfermería y necesitar el paciente la firma electrónica del médico/a, se provoca el abandono del paciente de las consultas de enfermería, puesto que la obtención de la medicación constituía un fuerte estímulo para las consultas concertadas.

Sin duda, este cambio en el sistema de acceso a la consulta de enfermería requiere un esfuerzo para la redefinición, promoción e información de los servicios que puede ofrecer una enfermera/o en atención primaria. La población desconoce muchos de los servicios que le puede ofrecer una enfermera/o y normalmente identifica la consulta como una consulta concertada para patologías programadas, administración de tratamientos, las curas o la entrega y en algunos casos la cumplimentación de recetas de tratamientos médicos de larga duración⁷.

Objetivos

El objetivo general de este estudio es conocer el impacto provocado por la implantación de la receta electrónica en las consultas de medicina de familia y de enfermería de familia, que compartían la administración de recetas crónicas en consultas concertadas.

Como objetivos secundarios valoramos la presión asistencial en las diferentes consultas (programadas, concertadas, domiciliarias...) y el impacto en las mismas a partir de las modificaciones. Valoramos también los tiempos por tipos de consulta antes y después de la aplicación de la receta electrónica.

Tabla 2 – Consultas de medicina.

Tipo de consulta	Año 2015	Año 2016
Administrativa	867	1.538
Programada	403	395
Demanda	4.753	5.259
Consulta de día	1.126	767
Consulta telefónica	228	313
Correo electrónico	88	267
Ecografías y Técnicas	121	83
Total	7.586	8.622

Material y métodos

Presentamos un estudio epidemiológico, transversal, descriptivo, realizado tras un año de funcionamiento de la receta electrónica. El estudio se realiza en el Centro de Salud Arturo Eyries de Valladolid, que da cobertura a una población urbana de la Comunidad de Castilla y León.

El ámbito del estudio es un cupo de población de 1653 pacientes mayores de 14 años; de ellos, 512 son mayores de 65 años.

El estudio comprende todas las consultas realizadas desde el 1 de febrero de 2015 hasta el 31 de enero de 2017. El 1 de febrero de 2016 se inicia la implantación de la receta electrónica: se separan así el 2015 (sin receta electrónica) y el 2016 (con la receta electrónica implantada).

En este centro de salud el personal de enfermería se hacía cargo de la entrega de recetas crónicas a los pacientes cuando acuden a sus consultas concertadas y programadas.

Los datos han sido obtenidos directamente del programa MEDORA, programa de atención en las consultas de atención primaria en la Comunidad de Castilla y León. A través de la aplicación de registro de actividad se obtuvieron los datos de las consultas realizadas durante los dos años del estudio.

Se analizaron las variables relativas a número total de consultas, tipos de consultas, consultas por grupos de edades y consultas según el perfil demográfico y tiempos por consultas según agenda.

Se establecieron en enfermería tres grandes bloques: consulta a demanda, consulta programada y consulta concertada (Tabla 1). En medicina: consulta administrativa, a demanda, programada y otras consultas (Tabla 2).

Las variables se han analizado mediante estadística descriptiva y prueba de Chi-cuadrado usando el paquete SPSS para Windows (v.22).

Resultados

Se analizaron 11618 consultas de enfermería, 7006 consultas correspondientes al 2015 y 4612 consultas correspondientes al 2016. Así mismo se estudiaron 16208 consultas médicas, 7586 consultas correspondientes a 2015 y 8622 consultas correspondientes a 2016 (Fig. 1).

La consulta de enfermería en su conjunto sufrió una reducción de actividad de 34,18 % en 2016 con respecto a 2015 ($p < 0,001$). Si analizamos solamente las cifras de consul-

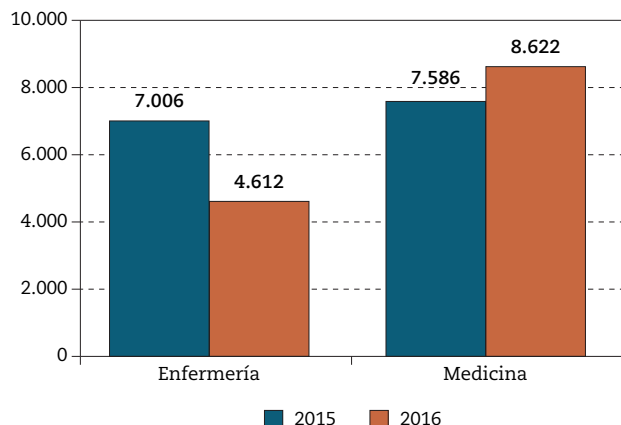


Figura 1 – Variación de las consultas enfermería y medicina.

tas a demanda, observamos una reducción de las mismas de 34,71 % ($p < 0,001$). Al analizar las de consultas programadas vemos que también cayeron un 37,33 %. En términos individuales, las consultas programadas representan 28,40 % del total en 2015 y 28,98 % en 2016. No se han observado cambios significativos al reducirse también las cifras de consultas a demanda.

Las consultas concertadas han sufrido una caída de 30,91 % en 2016 respecto a año 2015 ($p < 0,001$). La demanda por grupos de edades en enfermería se ha mantenido en los dos años en niveles similares; la población mayor de 65 años es más demandante (29 % en 2015 y 21,04 % en 2016) y dentro de ella el sexo femenino (10,01 % en 2016 y 11,39 % en 2015 más que el masculino).

Las consultas del médico/a en su conjunto se incrementaron un 13,65 % en 2016 con respecto a 2015 ($p < 0,001$). En 2015 las consultas administrativas representaron el 15,42 % del total de consultas a demanda, mientras que en 2016 representaron el 29,24 %, lo que supone un incremento de 13,82 % ($p < 0,001$). Las consultas administrativas se incrementaron en 2016 un 93,79 % con respecto a 2015 (Fig. 2).

Las consultas de realización de exploraciones ecográficas y de otra técnicas fueron 38 menos que en 2015, lo que supone una reducción de 68,59 % ($p < 0,001$). El número de consultas programadas se mantuvo en el mismo porcentaje en ambos años.

El tiempo de atención por paciente en las consultas a demanda del médico/a en 2015 fue de 10,54 minutos y de 8,72 minutos en 2016 (Fig. 3).

Conclusiones

En el presente estudio se pone de manifiesto cómo la implantación de la receta electrónica ha ejercido un importantísimo impacto sobre la consulta de enfermería. Se ha reducido su actividad a demanda de forma importante y al mismo tiempo y en similar porcentaje la de programadas y concertadas. En el momento en que los pacientes tienen que acudir a la consulta médica para la dispensación de las recetas crónicas, aban-

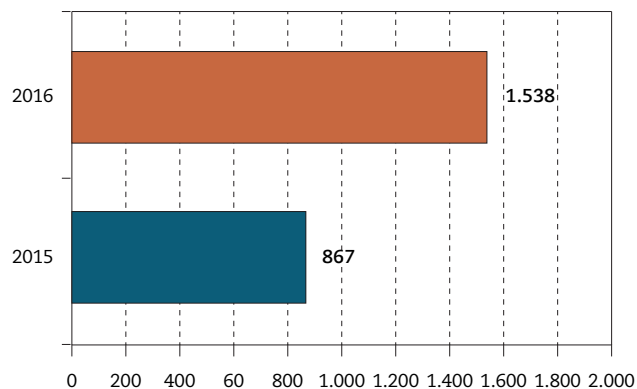


Figura 2 – Incremento de consultas administrativas.

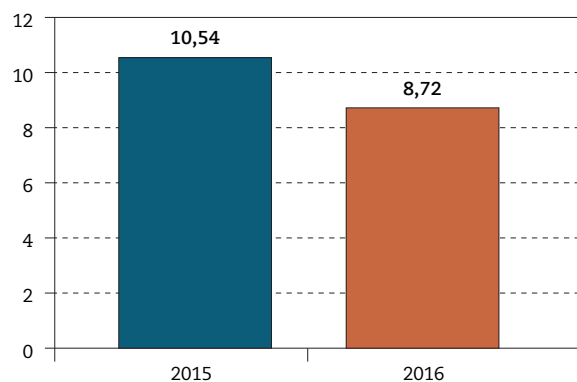


Figura 3 – Minutos por paciente consulta medicina.

donan las consultas concertadas de enfermería y por ende también las programadas, lo que las vacía de contenido.

Hemos podido evidenciar también en el estudio la importante sobrecarga de presión asistencial en la consulta médica derivada de la implantación de la receta electrónica. Esto se refleja en un gran incremento de las consultas administrativas, que ocasiona una sobrecarga asistencial; como consecuencia de la misma, observamos una reducción del tiempo dedicado a la asistencia a los pacientes y además una reducción en el volumen de otras actividades complementarias, como las exploraciones ecográficas, ya que estas requieren un tiempo concreto para poder ser realizadas.

Creemos que es necesario solucionar el problema de la consulta médica para lograr una gestión adecuada de las agendas. Es importante separar las consultas administrativas de las de demanda pura y adecuar la ratio de población por profesional médico: si se incrementa la presión asistencia son necesarios más profesionales.

Es preciso también reorientar las consultas de enfermería y coordinarlas con las médicas para mejorar la atención a los usuarios, y al mismo tiempo crear nuevas funcionalidades en la receta electrónica, para que en ella pueda participar el personal de enfermería. Se hace necesario identificar el papel que deben tener los diferentes agentes de salud implicados en el desarrollo de la receta electrónica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería en Atención Primaria. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2007.
2. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (2 volúmenes). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
3. Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. BOE núm. 17, de 20 de enero de 2011.
4. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Decreto 307/2009, de 21 de julio. BOJA núm. 151, página núm. 11.
5. Vítolo F. Relación médico enfermera. Esencial para la seguridad de los pacientes. Compañía de Seguros Biblioteca Virtual NOBLE, junio 2012.
6. Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
7. Guirao Boris A. La consulta de enfermería: aparición, implantación y desarrollo en España. I Reunión de Invierno de la Asociación de Enfermería Comunitaria. Arnedillo; 1998.
8. Quintanilla Martínez M. Implicación de la enfermera en la prescripción electrónica segura. GeroKomos. 2012; 23: 103-9.