

Prescripción complementaria: ¿intrusismo o necesidad?

Eduardo Satué de Velasco¹, Irene Jaraiz Magariños², Eduardo Agustín³, Alicia Martínez Menéndez⁴

1. Farmacéutico comunitario en Maella (Zaragoza). 2. Farmacéutica comunitaria en Oviedo (Asturias). 3. Farmacéutico comunitario en Solórzano (Asturias). 4. Farmacéutica comunitaria en A Caridá (Asturias).

PALABRAS CLAVE

Dispensación excepcional,
prescripción complementaria,
farmacia comunitaria

KEYWORDS

Exceptional dispensing,
complementary prescription,
community pharmacy

RESUMEN

La prescripción complementaria es una actividad cada vez más extendida entre los sanitarios no médicos de los países anglosajones. El presente artículo plantea la posibilidad de implantar este servicio en España en la farmacia comunitaria caracterizando cuáles serían los posibles beneficios de este tipo de intervención y en qué casos. Finalmente plantea qué tipo de barreras o cuestiones habría que superar para poder llevarla a cabo.

Complementary prescription: a fraud or a necessity?

ABSTRACT

Complementary prescriptions are increasingly widespread among non-medical healthcare professionals in Anglo-Saxon countries. This article presents the possibility of introducing this service in Spain in community pharmacies, specifying the possible benefits of this type of intervention and for which cases. Finally, the types of barriers or issues that would need to be addressed in order to implement it.

Introducción

La ley española de uso racional del medicamento parte de un clásico en su concepción de la prescripción: *La receta médica, pública o privada, y la orden de dispensación hospitalaria son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico, un odontólogo o un podólogo, en el ámbito de sus competencias respectivas, únicos profesionales con facultad para recetar medicamentos sujetos a prescripción médica*. Sin embargo, la demanda de la profesión enfermera a abrir la prescripción ha posibilitado que la ley plantee, bajo regulación gubernamental y en función de determinadas guías y protocolos, que puedan “indicar” determinados medicamentos sujetos a prescripción médica (1). Es pronto para saber hasta dónde llegará este colectivo en sus aspiraciones, pero parece lógico que si enfermería, con un curriculum menor en farmacología que farmacia, puede implicarse en la prescripción, también ésta se

plantee la cuestión en aquellos aspectos que puedan mejorar la calidad de atención al paciente.

Para empezar, debemos aclarar ciertos términos que pueden confundirse. Por el término *prescripción* de forma coloquial nos referimos a lo que nos receta el médico y por indicación a los que nos aconsejan otros profesionales sanitarios, término acuñado por el colectivo farmacéutico para referirse al acto en el que el farmacéutico le aconseja un medicamento a un paciente que le consulta sobre un síntoma menor. Desde un punto de vista amplio, el concepto es el mismo: un profesional sanitario determina un remedio para un problema de salud, pero al afinar algo más la diferencia radica en que los medicamentos de prescripción precisan un diagnóstico que sólo puede realizar el médico mientras que los medicamentos de indicación no lo precisan, dirigiéndose tan solo a tratar síntomas y no a curar. Esta distinción es importante porque solo los médicos pueden diagnosticar. Una vez diagnosticado el

Recibido: 28/1/2020
Aceptado: 24/2/2020
Disponible *online*: 6/3/2020

Financiación: ninguna.

Conflicto de intereses: ninguno.

Cite este artículo como: Satué E, Jaraiz I, Agustín E, Martínez A. Prescripción complementaria: ¿intrusismo o necesidad?. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2020 Mar 06; 12(1):22-24. doi:10.5672/FC.2173-9218.(2020/Vol12).001.04

Correspondencia: Eduardo Satué de Velasco (e.satue.000@recol.es).

ISSN 1885-8619 ©SEFAC (Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria). Todos los derechos reservados.

Tabla 1

	Prescripción complementaria	Prescripción independiente
Profesionales de la salud a los que se les permite capacitarse y registrarse como prescriptores	Enfermeras, farmacéuticos, ópticos, fisioterapeutas, podólogos y radiólogos	Enfermeras, farmacéuticos y ópticos
Patologías que pueden manejar	Cualquiera	Cualquiera
Diagnóstico	La patología manejada por un prescriptor complementario debe ser diagnosticada por un médico (o dentista) antes de que la prescripción pueda comenzar	El prescriptor independiente puede tratar cualquier paciente, tenga o no diagnóstico previo.
Necesidad de "Plan de Gestión Clínica" (PGC)	Un PGC específico para el paciente en papel o formato digital debe existir antes de que pueda darse la prescripción	No precisa un PGC cuando trata pacientes, diagnosticados o no.
Necesidad de acuerdo formal	El PGC debe ser acordado con el médico (o dentista) y el paciente antes de que la prescripción pueda darse	No precisa acuerdo formal
Medicamentos incluidos	Cualquiera. Puede prescribir fuera de indicación	Cualquiera excepto medicamentos controlados. Puede prescribir fuera de indicación

Fuente: *British Journal of Clinical Pharmacology* (2).

paciente, lo que se precisa para prescribir es conocimientos en farmacoterapia. Las objeciones a la prescripción de no-médicos son claras; por una parte, hace falta diagnosticar y, por otra parte, es necesario hacer un seguimiento del paciente y no menos importante, podría incurrirse en ciertos conflictos de interés al prescribir y dispensar a la vez.

Esta situación es la que internacionalmente se entiende como "prescripción independiente" (véase tabla 1) y no es el objeto de este artículo.

La prescripción complementaria pretende, como su propio nombre indica, complementar la prescripción que ya ha realizado un médico y que por diferentes motivos puede requerir la intervención de un profesional sanitario no médico. ¿Es posible salvar estas cuestiones? ¿Tendría sentido que un farmacéutico, experto en farmacoterapia y conocedor del diagnóstico de un paciente, pudiera

complementar esa prescripción? ¿Y si esta prescripción fuera supervisada por el médico del paciente dentro de un acuerdo de colaboración previamente establecido? En este escenario nos adentraríamos en la prescripción complementaria, una suerte de prescripción tutelada por el médico que permite complementar en aquellas situaciones donde la intervención de un profesional sanitario no médico, y en este caso nos centraremos en el farmacéutico, puede ser relevante por los beneficios al paciente y eficiente para el sistema. Hemos de tener en cuenta que los términos "complementary prescribing", "collaborative prescribing", "therapeutic substitution" o "supplementary prescribing" son usados internacionalmente para referirse a este hecho; diferente sin duda del "independent prescribing" (véase tabla 1) en el que el profesional no médico asume la prescripción de principio a fin. Por otra parte, es

interesante mencionar el término "dispensación excepcional", más conocido en nuestro país, encaminado a justificar la dispensación de un medicamento en caso de urgencia cuando no media una prescripción válida, y que puede entenderse como un caso particular de la prescripción complementaria.

Casuística

La farmacia comunitaria (FC) se enfrenta a diario con situaciones que impiden la dispensación adecuada del medicamento, a menudo por cuestiones meramente administrativas y/o burocráticas que poco tienen que ver con la atención sanitaria. En aquellos casos en que la dispensación tiene carácter urgente y no existe la posibilidad de solucionar el problema que impide la dispensación en el momento de la misma, el farmacéutico puede quedar indefenso dentro del marco legal, realizando una dispensación excepcional y forzada, anteponiendo la urgencia y necesidad del paciente a disponer de su tratamiento al cumplimiento estricto de la legislación, con las consecuencias legales que ello podría acarrear para el propio farmacéutico comunitario.

Estas situaciones (de las que puede verse un resumen en la tabla 2) vienen aumentando en gran medida en los últimos años, con la aparición de cada vez más medicamentos en situación de desabastecimiento de todas las presentaciones comercializadas de su

Tabla 2 Tipo de incidencias susceptibles de ser resueltas por el farmacéutico comunitario por prescripción complementaria

A. Potencial incumplimiento por desabastecimiento no sustituible.
B. Potencial incumplimiento por prescripción no activa en el momento de la dispensación (superado margen de 10 días).
C. Medicación insuficiente por pérdida o rotura.
D. Potencial incumplimiento o alteración del proceso LADME por forma galénica no adecuada.
E. Potencial incumplimiento por insuficiente número de dosis prescritas.
F. Potencial uso de medicamento innecesario por exceso de dosis prescritas.
G. Ausencia o deficiencia de receta oficial que valide la prescripción.

grupo homogéneo, lo que es especialmente problemático cuando se trata de medicamentos no sustituibles. Ello obliga al paciente a tener que volver a ponerse en contacto con el médico prescriptor para subsanar el problema.

Pero no es la única situación en la que esto ocurre. El bloqueo de la dispensación en el soporte receta electrónica, por la superación del margen de 10 días disponible para la retirada de la medicación en la farmacia por parte del paciente, es una situación a la que los farmacéuticos comunitarios asisten con mucha frecuencia y que en algunas comunidades autónomas como la valenciana ya no se aplica. Otra situación parecida puede ser la pérdida o extravío de envases necesarios para el correcto cumplimiento del tratamiento por parte del paciente, ante lo que el farmacéutico comunitario tampoco puede ser resolutivo.

Otro gran problema ocurre con la elección de la forma galénica más adecuada para el tratamiento del paciente. A veces por falta de información del paciente al médico y otras veces por un fallo en la selección del medicamento en el programa informático del hospital o centro de salud, se prescribe una forma galénica al paciente que compromete la farmacocinética del medicamento en alguno de los procesos LADME (Liberación, Absorción, Distribución, Metabolismo y Excreción), lo que podría provocar problemas en el cumplimiento del tratamiento.

En otras ocasiones el farmacéutico comunitario se encuentra con que la prescripción es insuficiente o, por el contrario, excesiva para que el paciente acabe el tratamiento. En el primer caso por haberle sido prescrito un número de envases insuficiente para acabar el tratamiento en el número de días establecido por el médico; y en el segundo caso porque el número de envases es superior al necesario y el paciente refiere una reducción de la dosis que no se ha reflejado en la receta electrónica. Este último caso es especialmente preocupante si el farmacéutico considera que ello pudiera motivar un mal uso futuro de los medicamentos (automedicación).

También es frecuente, en los cambios de nivel asistencial, que exista la indicación de un cambio de tratamiento o nuevo tratamiento en el informe médico que no se haya reflejado en la receta electrónica del

paciente o no haya sido prescrito en ningún otro formato de receta en papel. De nuevo, el farmacéutico comunitario no puede ser resolutivo y el paciente está obligado a volver a solicitar una consulta con el médico prescriptor, probablemente con unos cuantos días de demora.

Discusión

Este tipo de errores se engloban en su mayoría dentro de cuestiones meramente administrativas, que podrían ser resueltas por el farmacéutico en el momento de la dispensación y que suponen un trastorno evidente para el paciente, ya que no sólo implica emplear tiempo adicional en volver al centro de salud para solucionar la incidencia, sino que a menudo estos pacientes sufren del algún tipo de problema de, a su vez, un sistema asistencial de atención primaria cada día más presionado por la falta de recursos para atender los pacientes. Debería ser prioritario optimizar tareas y recursos que permitan mejorar la eficiencia y sostenibilidad del sistema, y no parece que dedicar el escaso tiempo del médico a resolver cuestiones burocráticas fácilmente delegables forme parte de ello. Asimismo, facilitaría el trabajo del farmacéutico comunitario que podría emplear su tiempo en resolver las incidencias planteadas y no en tener que explicarle al paciente por qué no puede hacerlo.

Finalmente, son muchos los interrogantes que abre este escenario y que deberán abordarse para ser capaces de llegar a posibles soluciones:

- ¿Quieren los farmacéuticos comunitarios aumentar sus competencias en pro de la resolución de estos problemas? Y, paralelamente, ¿estarían de acuerdo los médicos y pacientes en que este tipo de acciones pudieran realizarse en el ámbito de la farmacia comunitaria?
- En caso de estar de acuerdo, ¿cuál sería el procedimiento para llevarlo a cabo?, ¿qué límites se marcarían a esta teórica prescripción complementaria?, ¿sería para todas las farmacias o solo para aquellas que cumplan una serie de requisitos de capacitación? Y en caso de que algo falle, ¿quién sería el responsable?

El objetivo de este artículo es detallar aquellos supuestos en los que una

intervención del farmacéutico sobre una prescripción realizada por el médico podría generar un beneficio al paciente y/o al sistema sanitario. Estas son las razones por las cuales países como Canadá (3), Gran Bretaña (4), Australia (5)... llevan más de una década con este sistema implantado y funcionando, bajo la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (6) y la Federación Internacional de Farmacia. La necesidad de optimizar las intervenciones sanitarias, el derroche que supone para el sistema ocupar al médico en tareas administrativas o delegables en otros profesionales, el sinsentido de enviar al paciente de un profesional a otro por cuestiones no esencialmente médicas... son el marco donde aparece esta reflexión en estos países y que puede trasladarse a España.

Referencias bibliográficas

1. Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.
2. Derek Stewart, Katie MacLure, Johnson George. Educating nonmedical prescribers. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2012. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04204.x>
3. Shkrobot J. Alberta: la apuesta canadiense por la prescripción farmacéutica. *El farmacéutico* nº 539. Ed Mayo. 2016. http://www.elfarmacéutico.es/index.php/la-revista/secciones-de-la-revista-el-farmacéutico/item/7346-alberta-la-apuesta-canadiense-por-la-prescripcion-farmacéutica?utm_source=MailingList&utm_medium=email&utm_campaign=Newsletter+EF+N%C3%BAmero+5401679
4. Department of Health. Supplementary prescribing by nurses, pharmacists, chiropodists/podiatrists, physiotherapists and radiographers within the NHS in England: a guide for implementation. London: HMSO, 2005. <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20070306020119/http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/00/33/04110033.pdf>
5. Hoti K, Hughes J, Sunderland B. Expanded prescribing: a comparison of the views of Australian hospital and community pharmacists. *Int J Clin Pharm*. 2013 Jun;35(3):469-75. Epub 2013 Apr 3. <https://doi.org/10.1007/s11096-013-9766-z>
6. FIP reference paper Collaborative practice. FIP 2009 Disponible en www.fip.org/statements