

# Cumplimiento de buenas prácticas de prescripción en pacientes hospitalizados

Yolly Pinedo Pinedo<sup>1</sup>, Jackeline Vanessa Romero Díaz<sup>1</sup>, Flor Nancy Merino Medina<sup>1</sup>

---

## RESUMEN

**Objetivo:** El presente trabajo se realizó con el fin de determinar e identificar las deficiencias en el cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción, en las recetas de los pacientes hospitalizados en la Clínica Internacional-sede Lima. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo de las recetas médicas de los pacientes hospitalizados, medido según la Ley General de Salud N° 26842, artículo 26, y con el manual de las buenas prácticas de prescripción del Ministerio de Salud del Perú. **Resultados:** Se analizó el 100 % de recetas (4 644) de los meses de abril y junio de 2013, encontrándose que el 1,14 % de estas (53) cumplió con todas las características analizadas, y el resto no cumplió con una o más características analizadas. **Conclusiones:** Incumplimiento de las normas de buena prescripción en un porcentaje elevado de recetas. Esto evidencia la existencia de un problema que debe ser corregido desde el inicio del acto de la prescripción, para evitar futuros errores que podrían llegar a poner en riesgo la salud de los pacientes.

**Palabras clave:** Concentración. Denominación común internacional. Dosis. Forma farmacéutica. Posología. Receta médica.

1. Servicio de Farmacia. Clínica Internacional. Lima, Perú.

## INTRODUCCIÓN

Realizar una buena prescripción requiere el seguimiento de una serie de normas para regular la selección y el uso adecuado de los medicamentos. A su vez, el empleo indebido de estas, podría tener serias repercusiones en la persona y la sociedad, con consecuencias en su salud y economía. La prescripción de un fármaco no es un hecho aislado, forma parte del acto médico y relaciona al médico prescriptor con otros profesionales de la salud. Por ello, para evitar los errores cometidos durante la prescripción de medicamentos, es fundamental conocer por qué se producen<sup>1-5</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la prescripción es la instrucción dada por un prescriptor que va dirigida a un dispensador. Esta, a su vez, debe ser legible y debe indicar con precisión lo que se desea suministrar. El médico está legalmente obligado a escribir de manera legible y cumplir con cada una de las pautas que se menciona en la norma, ya que un error en el flujo que sigue después de una prescripción, podría conllevar a situaciones graves, o incluso la muerte del paciente. Como ejemplo podemos citar un caso ocurrido en el Reino Unido, en el que un médico prescribió comprimidos de Amoxil® (amoxicilina), el farmacéutico entendió mal lo que estaba escrito y dispensó Daonil® (glibenclamida), al no ser diabético, el paciente sufrió daño cerebral permanente como consecuencia de la toma del fármaco<sup>2</sup>. Otro ejemplo resaltante es el ocurrido en un Hospital de Denver (EE. UU.) en 1996, en el que se causó la muerte de un recién nacido debido a la administración intravenosa de una dosis diez veces superior a la prescrita de penicilina benzatínica<sup>6</sup>. En el análisis para descubrir la causa del error, se encontraron 12 errores de sistema, entre ellos: medicamento innecesario, orden médica ilegible, entre otros<sup>2,6</sup>.

Existen organizaciones que utilizan estos errores como indicadores de calidad, así podemos mencionar a la *Health Care Financing Administration* (HCFA) que estableció que el límite del índice de error de medicación no debería sobrepasar del 5 %, si sobrepasara este valor, la institución no

estaría calificada para su inclusión en el programa de financiación *Medicare*. La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, establece que los errores de medicación deben notificarse inmediatamente mediante procedimientos escritos. En los hospitales y clínicas se deberían establecer políticas y procedimientos de notificación de incidencias, así como implantarse un plan de educación y programas de intervención, a fin de evitar posibles errores futuros en todo el sistema de prescripción y medicación.

El motivo de este estudio es evidenciar el cumplimiento del manual de buenas prácticas de prescripción<sup>1</sup>. El cual hace referencia a que este acto debe ser realizado propiamente por el médico, cirujano dentista u obstetras. También cabe mencionar la forma correcta de la prescripción en una receta, que consiste en colocar el nombre, dirección, teléfono y número de colegiatura del profesional que la extiende, además de registrar la fecha de expedición y expiración de la receta; esto con el fin de maximizar la efectividad de los medicamentos, minimizar los riesgos a los que se somete el paciente al usar un fármaco, y minimizar los costos en la atención de la salud<sup>1,2</sup>.

El objetivo de esta investigación es evidenciar el cumplimiento del Manual de buenas prácticas de prescripción, en cada una de las recetas analizadas.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de las recetas de pacientes hospitalizados de la Clínica Internacional-sede Lima entre los meses de abril y junio de 2013. Se excluyeron todas las prescripciones dadas en las hojas de evolución farmacológica a pacientes que acudieron a sala de operaciones y no contaban con hoja de prescripción. Se incluyeron todas las recetas de los pacientes hospitalizados, los que constituyeron la población en estudio.

Se extrajeron los seis puntos establecidos en el Manual de buenas prácticas de prescripción, específicamente en los artículos 26 y 35<sup>1</sup>, los cuales

hacen referencia a la consignación del sello, firma, denominación común internacional (DCI), dosis, frecuencia, forma farmacéutica, concentración, letra legible y fecha de expedición. Se contrastaron con los indicadores utilizados en el área de dosis unitaria y se determinó añadir dos indicadores más, que serían: marcado correcto de las indicaciones impresas en la receta y la denominación igual receta prescrita del día anterior. Al final se obtuvo un total de 11 indicadores, los cuales fueron transcritos en tablas en el programa Excel XP, que se utilizaron para la obtención de los resultados.

La recolección de los datos fue manual, mediante la revisión individualizada de cada receta, luego se procedió al llenado de los indicadores y a medir los plasmados en el programa Excel XP mediante una tabla, lo que nos permitió obtener los resultados.

## RESULTADOS

Del total de 4 644 recetas archivadas en farmacia hospitalaria, se excluyeron 137 por encontrarse en blanco (pacientes de Sala de Operaciones) y no contaban con ninguna prescripción. Solo se analizaron 4 507 recetas, las cuales constituyeron la muestra.

**Tabla 1.** Cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción.

	n	%
<b>Sello</b>	3 919	86,95
<b>Firma</b>	4 418	98,03
<b>Forma farmacéutica</b>	3 854	85,51
<b>Concentración</b>	3 013	66,85
<b>Dosis</b>	3 548	78,72
<b>Frecuencia</b>	4 203	93,25
<b>DCI*</b>	2 821	62,59
<b>Letra legible</b>	1 503	33,35
<b>Marcado correcto</b>	3 497	77,59
<b>Fecha de expedición</b>	3 497	77,59
<b>Igual prescripción</b>	4 378	97,14

total = 4 507

\*DCI: Denominación común internacional.

## DISCUSIÓN

Se observó en los resultados que se cometen muchos errores durante la prescripción de las recetas, tales como: omisión de la DCI, de la concentración del medicamento, de la dosis del medicamento y el más importante, letra del prescriptor ilegible. Estos errores generan problemas al paciente (directamente en el tratamiento), y al servicio de farmacia hospitalaria, generándole retrasos en la dispensación de productos farmacéuticos.

En el indicador de omisión de firma del prescriptor, Tornero y Valdez, reportan en su estudio un 6,9 %<sup>5</sup> de no cumplimiento; el porcentaje obtenido por nuestro estudio fue menor (2%) debido, probablemente, a que las recetas analizadas están sujetas a evaluación diaria por el área de Dosis Unitaria, y mensual en el Comité farmacológico, con el nombre de los prescriptores responsables de dicha falta para una futura mejora.

En otro estudio similar encontramos resultados de tipos de errores de medicación registrados en el MedMARX® durante el año 1999, en donde se detectó el 1,8 % de forma farmacéutica errónea, y 1,3 % de vía de administración errónea<sup>7</sup>. Estos estudios se alejan un poco de nuestros resultados, ya que el porcentaje de no cumplimiento obtenido por nuestro estudio fue mayor. Esto último puede deberse a que al consignar, las recetas analizadas, la vía de administración, el prescriptor considera que esta información es suficiente. En farmacoterapia existe una amplia gama de formas farmacéuticas, y la omisión de su registro podría generar una serie de errores de prescripción<sup>8</sup>.

Tornero y Valdez encuentran en su estudio, que en el 28,6 % de casos se ha omitido la concentración del medicamento<sup>5</sup>; este resultado tiene similitud con el obtenido en nuestro estudio. Los prescriptores solo anotan la dosis en la receta, mas no la concentración del fármaco.

Tornero y Valdez también reportaron que en 8,3% de casos, la dosis del principio activo había sido omitida<sup>5</sup>. En nuestro estudio se concluyó que en un 79% de recetas no se contaba con esta información; esta gran brecha entre los resultados de ambos estudios

podría deberse a la percepción del prescriptor, quien consideraría suficiente registrar la concentración del medicamento cuando esta es igual a la dosis que se ha de administrar, ejemplo: «ceftriaxona 1 g cada 12 horas», información que omite la dosis. En pacientes pediátricos, que requieren dosis menores debido a su peso y edad, un error de este tipo generaría graves errores de sobredosificación, como podemos observar en un estudio registrado en el MedMARX® durante el año 1999, donde se detectó una frecuencia de 21 % de casos con dosis incorrecta<sup>6</sup>; otro estudio es el de tipos de errores de medicación registrados por el grupo de trabajo Ruiz y Jarabo 2000<sup>9</sup> en donde se reportó un 28 % de errores al registrar dosis incorrecta. Asimismo, reportó una frecuencia de administración errónea de 7 %, originada ya sea por falta de información, frecuencia de administración del fármaco, no correcta de acuerdo al principio activo, y otros factores. Estas dos últimas investigaciones tienen resultados similares a los de nuestro estudio.

Tornero y Valdez concluyeron en su investigación, que la omisión de la DCI<sup>5</sup> se dio en el 7,1 % de casos, alejándose un poco de nuestro resultado ya que obtuvimos un porcentaje mayor.

El indicador de letra legible muestra un mayor porcentaje en el no cumplimiento, es importante indicar puede ocasionar errores graves que incluso podrían ocasionar la muerte del paciente<sup>10</sup>, tal como ocurrió en nuestra institución, en donde se registró el caso de una receta recibida por el área de Dosis unitaria, en la que no se podía diferenciar si la prescripción era cefalotina o cefazolina. En varios estudios realizados para identificar los principales errores en la medicación, se encontró que la poca legibilidad en las prescripciones, ocasiona fallos en el sistema que pueden conllevar a la muerte<sup>6,8,10</sup>. Otro estudio que hace referencia a este indicador, es el estudio realizado en el área de Farmacia de Consulta externa en un hospital de alta complejidad, en el cual el resultado obtenido es que del 100 % de recetas analizadas, el 10,9 % presentaban letra ilegible<sup>5</sup>.

El indicador de marcado correcto de las indicaciones impresas en la receta se obtuvo un porcentaje mayor de cumplimiento, pero el de

incumplimiento se obtuvo un 22 %, que aún puede conllevar al aumento en las confusiones al momento de realizar la transcripción de la prescripción, así como validación y administración del medicamento.

En conclusión, no se registra el cumplimiento de las normas de buena prescripción en un porcentaje elevado de las recetas. Esto evidencia que existe un problema que ha de ser corregido desde el inicio del acto de la prescripción, para evitar futuros errores que puedan alcanzar al paciente, llegando incluso a poner en riesgo su salud. Además genera un problema al área de Farmacia Hospitalaria, retrasando la dispensación de productos farmacéuticos.

---

#### AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento va dedicado a la Clínica Internacional en especial al área de Dosis Unitaria por brindarnos todas las herramientas para poder desarrollar a plenitud nuestro proyecto de investigación y permitirnos continuar con el avance de la ciencia.

---

#### AYUDAS O FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Ninguna.

---

#### CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores no reportan conflictos de interés respecto al presente manuscrito.

## REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Manual de buenas prácticas de prescripción. Ministerio de Salud. Lima: Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas MINSa; 2005.
2. Organización Mundial de la Salud. Guía de la buena prescripción. Programa de acción sobre medicamentos esenciales. Ginebra: OMS; 1994.
3. Organización Panamericana de Salud. Manual de Selección de Medicamentos Esenciales. Lima: Editorial SINCO; 2010.
4. Martínez J. Errores en la prescripción. En: Lacasa C, Humet C, Cot R, editores. Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: EASO-242 SL; 2011. p. 197-204.
5. Tornero E, Valdez F. Evaluación del Cumplimiento de Buenas Prácticas de Prescripción en Recetas Atendidas en Farmacia de Consulta Externa del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de los meses de noviembre del 2010 a abril 2011. Tesis para obtener el título de Químico farmacéutico. 2012. Universidad Norbert Wiener. Lima. Perú.
6. Otero MJ, Martín R, Robles D, Codina C. Errores de medicación. En: Bonal Falgas J, Domínguez-Gil H, Gamundi Planas MC, editores. Farmacia Hospitalaria. Madrid: SCM SL (Doyma); 2002. p. 713-47.
7. United States Pharmacopeia. Summary of the 1999 information submitted to MedMARxSM, a national database for hospital medication error reporting.
8. Bates K, Beddy D, Whirisky C, Murphy M, O'Mahony JB, Mealy K. Determining the frequency of prescription errors in an Irish hospital. *Ir J Med Sci.* 2010;179:29-34.
9. Otero MJ, Castaño B, Pérez M, Codina C, Tamés MJ, Sánchez J. Actualización de la clasificación de errores de medicación del grupo Ruíz-Jarabo 2000. *Farm Hosp.* 2008;32:38-52.
10. Velo G, Minuz P. Medication errors: prescribing faults and prescription errors. *Br J Clin Pharmacol.* 2009;67:624-8.

### Correspondencia:

Flor Nancy Merino Medina

Servicio de Farmacia

Clínica Internacional

Av. Garcilaso de la Vega 1420. Lima, Perú.

Tel: (511) 6196161

E-mail: DosisUnitariaSLI@cinternacional.com.pe