

ERRORES DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es una prioridad para los sistemas sanitarios. A este interés han contribuido diferentes iniciativas, como la publicación del informe "To Err is Human" del Instituto de Medicina de EEUU, o la constitución, de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, por parte de la OMS, que en su Tercer reto mundial pone el objetivo en la reducción de los daños causados por los medicamentos.

La prescripción de medicamentos es un acto médico muy frecuente. Necesita un tiempo suficiente y un entorno adecuado que permita la comunicación entre el médico y el enfermo.

Errar es humano y la presión asistencial excesiva, la ausencia de revisiones de tratamientos sistemáticas, la falta de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, potenciado por la actual situación de pandemia con teleasistencia y renovaciones automáticas de tratamientos para evitar riesgos a la población y personal sanitario, influyen negativamente en la calidad de la prescripción y por tanto en la seguridad del paciente.

Por otro lado, la pandemia por covid ha ocasionado un incremento en las prescripciones de determinados medicamentos, como la vitamina D (Figura 1) o dexa-

metasona (ver siguiente artículo del Boletín), cuyo uso en la población general se ha promocionado por un efecto protector frente al coronavirus, sin que existan evidencias sólidas al respecto.

En febrero de 2021 se realizó una revisión de los tratamientos con vitamina D, metotrexato pauta semanal, fentanilo y buprenorfina parches, paliperidona y aripiprazol, detectándose problemas de seguridad en la prescripción de estos medicamentos.

Vitamina D, Metotrexato y parches transdérmicos de opioides tienen alertas emitidas por la AEMPS:

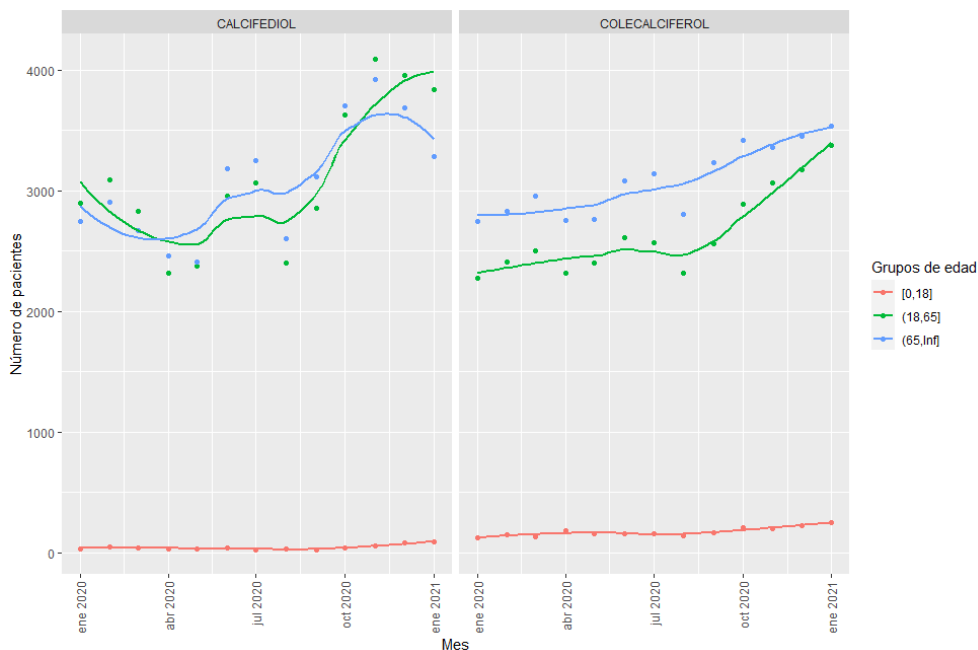
- *MUH (FV), 2/2019.* Alerta sobre la vitamina D por casos graves de hipercalcemia por sobredosificación en pacientes adultos y en pediatría. En la que se relacionaron los casos notificados con sobredosificación de preparados con colecalciferol en niños y calcifediol en adultos, debidos a errores producidos tanto en la prescripción, como en la dispensación o en la administración del medicamento. En los casos notificados en adultos, se relacionó con el uso diario de presentaciones mensuales.
- *MUH (FV), 12/2019.* Metotrexato nuevas medidas para evitar reacciones adversas por errores en su administración. La dosis y frecuencia de adminis-



SUMARIO

ERRORES DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	PÁG. 1
DEXAMETASONA Y COVID-19	PÁG. 5
POLIMEDICACIÓN EN MAYORES DE 65 AÑOS EN EL SMS	PÁG. 6
CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD EN 2020	PÁG. 7
INFORMACIÓN BREVE. INFORMACIÓN SOBRE PRESCRIPCIÓN DE RECETAS EN DETERMINADAS SITUACIONES	PÁG. 7

Figura 1



tración varía según la indicación, siendo semanal y no diaria para el tratamiento de las patologías inflamatorias y de algunas oncológicas.

En España, a lo largo de los años, se han notificado casos de errores en los que el paciente ha recibido una dosis diaria en vez de semanal, que han tenido consecuencias graves para el paciente, ocasionándole la muerte en algunos casos.

- La FDA emitió alertas en 2005 y 2007 relacionadas con el uso seguro de los parches transdérmicos de opioides tras la notificación de varios casos de sobredosificación con resultado de fallecimiento. Las causas que se atribuyeron fueron la prescripción incorrecta o una mala utilización de estos dispositivos de liberación prolongada. Por su parte, la AEMPS emitió en 2014 una nota de seguridad alertando sobre riesgos asociados al uso de estos sistemas terapéuticos.

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS

1. VITAMINA D

Aunque no hay consenso en la definición de los niveles adecuados de vitamina D, se puede aceptar que existe deficiencia de vitamina D con niveles séricos de 25(OH)-colecalciferol < 20 ng/ml e insuficiencia cuando los niveles están entre 20 y 24 ng/ml.

En sujetos normales, las concentraciones séricas medias oscilan entre 25 y 40 ng/ml de 25(OH)- colecalciferol.

Por otra parte, aunque el nivel de toxicidad esté en 100 ng/ml, es importante tener en cuenta que alcanzar niveles superiores a 50-60 ng/ml de forma continuada puede llegar a ser perjudicial para el individuo, tal y como reconoce el *Institute of Medicine norteamericano* (IOM) (Tabla 1).

Tabla 1 Síntomas de hipervitaminosis D

Categoría	Valores de 25-OH vit D	Síntomas
Sobredosis	50-150 ng/ml	Hipercalcemia, anorexia, náuseas, estreñimiento, depresión, cálculos renales, deterioro renal, anemia
Intoxicación	>150 ng/ml	Confusión, poliuria, polidipsia, anorexia, vómitos y debilidad muscular. A largo plazo desmineralización ósea y dolor.

La suplementación de vitamina D a las dosis establecidas en ficha técnica no ocasiona problemas de seguridad. Sin embargo, la administración de una dosis excesiva o ciertas situaciones, como el deterioro de la función renal podrían suponer un mayor riesgo de efectos adversos.

La existencia de preparados comerciales de vitamina D con diferentes pautas de administración (dosis única, diaria, semanal o mensual) también podría contribuir a la aparición de errores con el consiguiente daño para el paciente (Tabla 2).

Para evitar errores de medicación es importante seleccionar la presentación adecuada para cada situación,

asegurándose de que en la prescripción quedan anotadas con claridad la dosis por toma y la frecuencia de administración para cada paciente y garantizar que cumple con la pauta de administración.

Tabla 2 Resumen de presentaciones de vitamina D

Pauta habitual	Medicamento	Contenido vitamina D
Colecalciferol		
Diaria	Deltius® 10.000 UI/ml gotas	1 gota = 200 UI
	Vitamina D3 Kern Pharma® 2.000UI/ml gotas	1ml = 2.000 UI 3 gotas = (aprox. 200 UI)
	Divisun® 800 UI cáps.	1 cáps. = 800 UI
Semanal/ mensual	Benferol® mensual 25.000 UI cáps.	1 cáps = 0,1 ml = 200UI
	Colecalciferol Rovi® 30.000 UI comp	1 comp = 30.000 UI
	Deltius® 25.000 UI cáps.	1 cáps. = 25.000 UI
	Deltius® 25.000 UI/ frasco unidosis 2,5 ml sol. oral	1 frasco = 25.000 UI
	Thorens® 25.000 UI cáps.	1 cáps. = 25.000 UI
	Thorens® 25.000 UI/ frasco unidosis 2,5 ml sol. oral	1 frasco = 25.000 UI
	Videsil 25.000 UI amp sol. oral	1 amp = 1ml = 25.000 UI
Dosis única (de carga o choque)	Benferol® choque 50.000 UI cáps.	1 cáps. = 50.000 UI
	Videsil® 50.000 UI amp sol. oral	1 amp = 1ml = 50.000 UI
Calcifediol		
Diaria	Hidroferol® 0,1 mg/ml gotas	1 gota = 240 UI = 4 mcg
mensual	Hidroferol® 0,266 mg cáps.	1 cáps. = 16.000 UI = 266 mcg
	Hidroferol® 0,266 mg amp sol oral	1 amp = 16.000 UI = 266 mcg
Dosis única (de carga o choque)	Hidroferol® choque 3 mg sol oral	1 amp = 180.000 UI = 3.000 mcg

Fuente: Infac/volumen 28. N°1/2020 modificada.

2. PARCHES DE FENTANILO Y BUPRENORFINA

- Los **parches de fentanilo** (Matrifen®, Durogesic®, Fendivia®, Durfenta®, Doloxital®, etc.), a diferencia de los de buprenorfina, **NO se deben cortar** en partes más pequeñas ya que no se ha demostrado la calidad, eficacia y seguridad divididos.

Cada **parche** contiene una cantidad suficiente de **fentanilo para 3 días (72 horas)**. Si la analgesia es insuficiente, únicamente durante la primera aplicación, el parche se podrá sustituir a las 48 horas por otro de la misma dosis, o se podrá aumentar la dosis después de un periodo de 72 horas.

- Los **parches de buprenorfina** (Transec®, Gexana®, Feliben®, etc.) contienen una cantidad suficiente de fármaco para **3-4 días (máx. 96 horas)**. Si al final del periodo inicial de aplicación la analgesia es insuficiente, puede aumentarse la dosis aplicando más de un parche transdérmico de la misma concentración o cambiando a la siguiente concentración de parche transdérmico. No deben aplicarse al mismo tiempo más de dos parches transdérmicos sea cual sea su concentración.

3. METOTREXATO

En el tratamiento de la artritis reumatoide, la artritis idiopática juvenil activa, la psoriasis, la artritis psoriásica y la enfermedad de Crohn, metotrexato **solo se debe usar una vez por semana**. Los errores de dosificación en el uso de metotrexato pueden producir efectos adversos graves, incluida la muerte.

La AEMPS recuerda en su Nota Informativa MUH (FV), 12/2019, la importancia de informar detalladamente a los pacientes sobre la pauta de administración y, en caso de que ésta sea semanal y no diaria, valorar detenidamente si presentan dificultades para cumplir adecuadamente la pauta de administración.

4. PALIPERIDONA MENSUAL Y TRIMESTRAL

PALIPERIDONA MENSUAL (XEPLION®)

Posología y forma de administración

Se recomienda iniciar Xeplion® con una dosis de 150 mg en el día 1 de tratamiento y 100 mg una semana después (día 8), para alcanzar concentraciones terapéuticas rápidamente. La tercera dosis se debe administrar un mes después de la segunda dosis de inicio. La **dosis de mantenimiento mensual** recomendada es de 75 mg; algunos pacientes pueden beneficiarse de dosis inferiores o superiores dentro del rango recomendado de 25 a 150 mg en función de la tolerabilidad y/o eficacia individual del paciente. Los pacientes con sobrepeso u obesos pueden requerir dosis situadas en la parte superior del intervalo. Al realizar ajustes de la dosis, se deben tener en cuenta las características de liberación prolongada de Xeplion® dado que el pleno efecto de las dosis de mantenimiento puede no resultar evidente durante varios meses.

PALIPERIDONA TRIMESTRAL (TREVICTA®)

Después de la dosis inicial de Trevicta®, este medicamento **se administrará** mediante inyección intramuscular **una vez cada 3 meses** (\pm 2 semanas). Si es necesario, se puede ajustar la dosis de Trevicta® cada 3 meses en incrementos dentro del intervalo de 175 a 525 mg en función de la tolerabilidad del paciente y/o de la eficacia. Debido a la acción prolongada de Trevicta®, la respuesta del paciente al ajuste de la dosis puede no ser evidente hasta que han transcurrido varios meses. Si el paciente sigue presentando síntomas, se le tratará conforme a la práctica clínica.

INTERVENCIÓN DE SEGURIDAD

Se revisaron las prescripciones en el sistema de receta electrónica de esos medicamentos y se analizó su pauta posológica. **De las 42.870 prescripciones analizadas un 5% correspondían a prescripciones erróneas que podían suponer un compromiso de seguridad.**

Se elaboró un informe por médico con los pacientes afectados por errores de prescripción, que se envió a las Gerencias para su remisión a los médicos responsables de los tratamientos, tanto de primaria como de hospital y se informó a las Comisiones de Calidad y Seguridad de las Áreas. También se adjuntó un informe de seguridad con las recomendaciones de dosis, intervalo y duración de ficha técnica, así como las alertas de la AEMPS.

A principios de abril se reevaluaron las prescripciones erróneas para comprobar el resultado de la intervención y evaluar su efectividad, obteniendo los siguientes resultados en la tabla 3.

Adicionalmente con la vitamina D se realizó una intervención activa, realizando llamadas a los prescriptores informándoles del error en la prescripción (dosis, intervalo y duración), así como del rango analítico de 25-hidroxivitamina D (25-OH vit D) si lo tenían y era superior > 100 ng/ml. Esta intervención activa ha duplicado el porcentaje de modificación de prescripciones hasta un 50% respecto a la no realización de la

misma, con un porcentaje de modificación muy similar en el resto de los grupos de aproximadamente un 25%.

Los errores de prescripción son riesgos evitables y la implantación en el servicio de salud de sistemas de revisión de prescripciones con medicamentos que pueden comprometer la seguridad del paciente y su comunicación a los médicos que indicaron los tratamientos, se ha mostrado efectivo y pueden paliar o prevenir consecuencias negativas para los pacientes afectados por errores de medicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Garjón Parra J, Gorricho Mendivil J. Seguridad del paciente: cuidado con los errores de medicación. BIT Navarra. 2010; 18(3). Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/BIT/Vol+18/BIT+VOL+18+N3.htm
- Vitamina D: Casos graves de hipercalcemia por sobredosificación en pacientes adultos y en pediatría. AEMPS. Nota informativa 2/19. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/notas-informativas/medicamentosusohumano-3/seguridad-1/vitamina-d-casos-graves-de-hipercalcemia-por-sobredosificacion-en-pacientes-adultos-y-en-pediatria/>. [Fecha de consulta: 21/1/21].
- Metotrexato: Nuevas medidas para evitar reacciones adversas por errores en su administración. AEMPS. Nota informativa 12/19. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/notas-informativas/medicamentosusohumano-3/seguridad-1/2019-seguridad-1/metotrexato-nuevas-medidas-para-evitar-reacciones-adversas-por-errores-en-su-administracion/>. [Fecha de consulta: 21/1/21].
- Fentanilo de liberación inmediata: Importancia de respetar las condiciones de uso autorizadas. AEMPS. Nota informativa 5/18. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/notas-informativas/medicamentosusohumano-3/seguridad-1/2018/ni-muh-fv-5-2017-fentanilo/>. [Fecha de consulta: 21/1/21].
- Fichas técnicas de productos. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html> [Fecha de consulta: 18/01/21].
- Vitamina D en adultos: ¿está sobrevalorada? INFAC. 2020; 28(1). Disponible en: https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/boletin_revista/n-fasciculo-28/1-2020-infac-eskualdeko-farmakoterapi-informazioa/.
- Suplementos de vitamina D: de la sobremedicación a la deprescripción. BTA. 2020; 35(1). Disponible en: https://cadime.es/images/documentos_archivos_web/BTA/2020/CADIME_BTA_2020_35_01_.pdf.
- Vitamina D: ¿Moda o necesidad? Boletín Farmacoterapéutico Castilla-La Mancha. 2021; 22(1). Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/bft_2021_1_vitamina_d_moda_o_necesidad.pdf.

Tabla 3 Resultados de la intervención

MEDICAMENTOS	PRESCRIPCIONES ACTIVAS	P. ERRÓNEAS (%)	P. ERRÓNEAS MODIFICADAS* (%)	P. ERRÓNEAS NO MODIFICADAS (%)
METOTREXATO SEMANAL	3.888	278 (7)	73 (26)	205 (74)
PALIPERIDONA Y ARIPIPRAZOL	3.347	608 (18)	118 (19)	490 (81)
FENTANILO Y BUPRENORFINA PARCHES	4.387	172 (4)	41 (24)	131 (76)
VITAMINA D (excepto frascos y gotas)	31.248	1.213 (4)	644 (53)	569 (47)
TOTAL 4 GRUPOS	42.870	2.270 (5)	876 (39)	1395 (61)

* P. erróneas modificadas= modificadas, suspendidas, exitus.

DEXAMETASONA Y COVID-19

Se ha detectado un incremento del número de Dosis Diarias Definidas de dexametasona dispensada por receta médica a cargo del Servicio Murciano de Salud del 70% comparando los meses de noviembre de 2019 y 2020 (145.956 y 247.800 DDD respectivamente). Analizando dicho consumo por paciente, la mayor parte de este incremento ha ido destinada a pacientes con diagnóstico de COVID-19 sin uso previo de dexametasona.

Del total de pacientes diagnosticados de COVID-19, sin uso previo de dexametasona, en septiembre de 2020, un 0,56% retiraron dexametasona con receta de oficina de farmacia, subiendo hasta el 2,72% de los diagnosticados en enero de 2021, en este último mes suman un total de 1.030 pacientes, 77 de los cuales ingresaron con posterioridad a la retirada de dexametasona de la oficina de farmacia, un total de 47 pacientes que ingresaron continuaron con una receta en AP de dexametasona con fecha posterior al ingreso y 30 no pudieron ser rastreados. Estos datos sugieren que 876 pacientes recibieron dexametasona fuera del entorno hospitalario (tabla 1).

Tabla 1 Prescripciones de dexametasona asociadas a COVID-19 en la Región de Murcia

Mes	Pacientes con prescripción dexametasona en AP	Casos COVID-19 Positivos mes	% pacientes dexametasona AP respecto casos
sep 2020	73	13.030	0,56 %
oct 2020	102	18.225	0,56 %
nov 2020	326	15.242	2,14 %
dic 2020	112	6.558	1,71 %
ene 2021	1.030	37.867	2,72 %

En julio de 2020 el *New England Journal of Medicine* publicó los resultados preliminares del ensayo RECOVERY (Randomized Evaluation of COVID-19 Therapy)², que posicionó a los glucocorticoides, y en concreto a la dexametasona, como uno de los fármacos clave en el tratamiento de los casos más graves de la COVID-19.

Sus resultados definitivos, publicados en febrero, reafirmaron las conclusiones preliminares: en pacientes hospitalizados con COVID-19, el uso de dexametasona frente a sólo cuidados habituales, disminuyó la mor-

talidad a los 28 días entre los pacientes que o bien estaban bajo ventilación mecánica invasiva o bien en oxigenoterapia sola en el momento de la aleatorización, pero no entre los pacientes que no necesitaban soporte respiratorio en ese momento³. Un metaanálisis publicado en JAMA (*Journal of the American Medical Association*) en octubre de 2020 basado en 7 estudios, incluido RECOVERY, avala estos resultados⁴.

Entre las recomendaciones actuales para el manejo clínico de los pacientes COVID-19 del Servicio Murciano de Salud⁵ está la recomendación en contra del uso de esteroides en pacientes que no precisan oxígeno suplementario.

PUNTOS CLAVE

- ✓ El consumo de dexametasona por receta se ha incrementado coincidiendo con el aumento de diagnósticos de COVID-19.
- ✓ Las recomendaciones actuales solo avalan el uso de dexametasona en paciente con COVID-19 que requieren de oxígeno o soporte respiratorio.
- ✓ La duración del tratamiento es 10 días o hasta el alta hospitalaria, lo que ocurra antes.
- ✓ La dexametasona en estadios iniciales de la infección puede ser perjudicial y sólo debe plantearse en el contexto de comorbilidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abordaje del paciente con COVID-19 en atención primaria [Internet] Disponible en: <https://www.semfyc.es/formacion-y-recursos/abordaje-del-paciente-con-covid-19-en-atencion-primaria.pdf> [Fecha de consulta: 02/03/2021]
2. The RECOVERY Collaborative Group. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19. Preliminary report. *N Engl J Med* [Internet], 2020. Disponible en: [NEJM.org](https://www.nejm.org) [Fecha de consulta: 17/07/2020]
3. The RECOVERY Collaborative Group. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19. *N Engl J Med*, 2021; 384(8): 693-704. Disponible en: doi 10.1056/NEJMoa2021436
4. WHO Rapid Evidence Appraisal for COVID-19 Therapies (REACT) Working Group et al. Association Between Administration of Systemic Corticosteroids and Mortality Among Critically Ill Patients With COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA* [Internet], 2020; 324: 1330-1341. [Fecha de consulta: 03/03/2021]
5. Recomendaciones para el manejo clínico de pacientes COVID-19 [Internet], 2020 Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/459512-20210511_Recomendaciones_manejo_clinico_pacientes_COVID-19.pdf [Fecha de consulta: 18/05/2021]

POLIMEDICACIÓN EN MAYORES DE 65 AÑOS EN EL SMS

La polimedicación o polifarmacia es un importante factor de riesgo de numerosos problemas. A más número de fármacos y mayor complejidad terapéutica, menor adherencia, con lo que no se consigue la mejoría clínica esperada. La incidencia de eventos adversos debidos a fármacos y la posibilidad de interacciones aumentan exponencialmente con el número de fármacos prescritos, especialmente entre los ancianos, debido a la comorbilidad, los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos asociados a la edad y el declive en la función hepática, renal y cardiaca.

Adicionalmente hay que tener en consideración el papel que juegan los fármacos en el desarrollo de fragilidad. La polimedicación aumenta el riesgo de caídas y se asocia a mayor mortalidad en pacientes frágiles, sobre todo en el caso de polifarmacia excesiva (≥ 10 fármacos).

En pacientes mayores de 65 años, lo más frecuente es considerar *polimedificados* entre 5 y 9 medicamentos y *gran polimedificado*, 10 o más. Para poder aplicar estas clasificaciones es muy importante concretar qué medicamentos computan: **solo debe computar la medicación crónica**.

La prevalencia de polimedicación en pacientes atendidos en atención primaria en el contexto del Sistema

Nacional de Salud español se triplicó en el periodo 2005–2015, mientras que la polifarmacia excesiva (≥ 10 fármacos) se multiplicó por 10². Aproximadamente un 30% de los mayores de 65 años consumían de 5 a 9 medicamentos y un 4% consumían 10 o más medicamentos (figura 1).

En la Región de Murcia en 2020 la prevalencia de la polifarmacia fue de un 57% en mayores de 65 años. Un 44% consumían de 5 a 9 medicamentos y un 13% consumían 10 o más medicamentos (figura 2).

La reducción de la polifarmacia es una intervención efectiva en el abordaje de la fragilidad para reducir el riesgo o atenuarla y debe plantearse como objetivo en los próximos años.

BIBLIOGRAFÍA

- Herr M., Robine J.M., Pinot J., Arvieu J.J., Ankri J. Polypharmacy and frailty: prevalence, relationship, and impact on mortality in a French sample of 2350 old people. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2015;24(6):637–646. doi:10.1002/pds.3772
- Hernández-Rodríguez M.Á., Sempere-Verdú E., Vicens-Caldentey C., et al. Evolution of polypharmacy in a spanish population (2005–2015): A database study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2020; 29(4):433–443. doi:10.1002/pds.4956



Figura 1 Polifarmacia en mayores de 65 años. Fuente: BIFAP (2005–2015)

Polifarmacia en el Servicio Murciano de Salud. Año 2020.

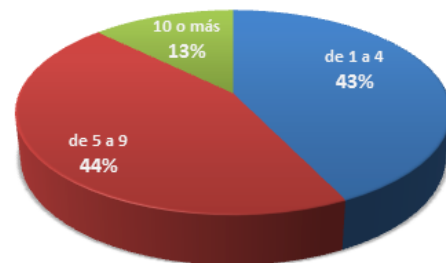


Figura 2 Porcentaje de pacientes mayores de 65 años según número de medicamentos de consumo regular

CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD EN 2020

El consumo de antibióticos en el Servicio Murciano de Salud ha disminuido en 2020, tanto en prescripción con receta (-21,3%) como en prescripción intrahospitalaria (-8,16%). Sin embargo seguimos por encima del consumo medio de antibióticos del Sistema Nacional de Salud.

El 91% del consumo de antibióticos se produce en AP a través de recetas.

El número global de pacientes tratados con algún antibiótico sistémico con receta en 2020 fue de 365.088. El 23,36% fueron tratados con penicilinas asociadas a inhibidor de beta-lactamasa, el 17,79% con macrólidos, el 13,53% con fluorquinolonas y el 12,95% con penicilinas de amplio espectro y el 11,67% con cefalosporinas.

En hospitales, los antibióticos más utilizados han sido: cefalosporinas (22%), penicilinas asociadas a inhibidor de betalactamasa (19%), quinolonas (11%), macrólidos (11%), polimixinas (8%) y carbapenemas (6%).

La distribución del consumo por áreas sanitarias y hospitales en 2020 se muestra en la figura 1:

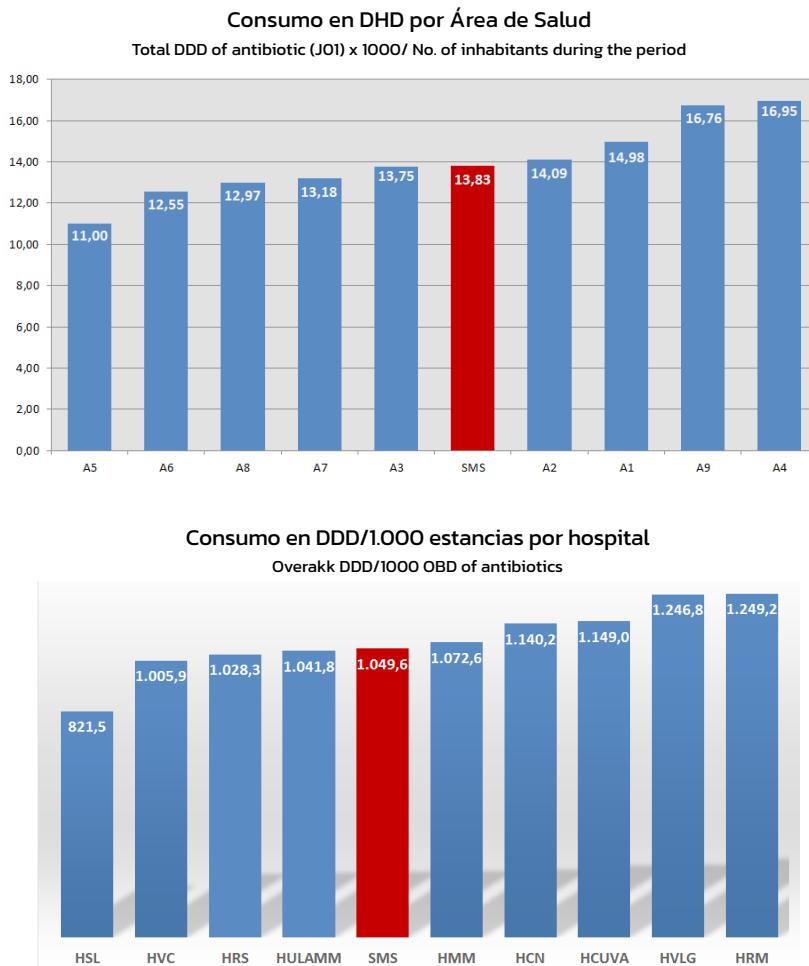


Figura 1 Consumo antibióticos 2020. IRAS-PROA SMS. www.murciasalud.es

INFORMACIÓN BREVE

INFORMACIÓN SOBRE PRESCRIPCIÓN DE RECETAS EN DETERMINADAS SITUACIONES

INDICACIONES PARA LA CORRECTA PRESCRIPCIÓN DEL NUEVO MEDICAMENTO GLUCAGÓN INHALADO

En el ámbito del SNS se establecen reservas singulares para las indicaciones de Baqsimi®, restringiendo su dispensación con visado de inspección a pacientes menores de 18 años en tratamiento con insulina y con alto riesgo de hipoglucemia grave con pérdida de consciencia.

Indicaciones para el médico prescriptor:

- Se prescribirá un solo envase por paciente, siendo necesaria la valoración médica para prescribir el siguiente envase, con el fin de conocer la situación clínica del paciente en relación a las hipoglucemias graves con pérdida de consciencia.
- Para garantizar que el tratamiento no se caduque antes de visarlo y de que el paciente pueda retirar-

lo en la farmacia, la recomendación de prescripción en Receta Electrónica debe ser 1 PULVERIZACION NASAL cada 28 días con una duración de 28 días.

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS NO FINANCIADOS

Mientras no se dispongan en Receta Electrónica, la prescripción de medicamentos que no pueden facturarse con cargo al SNS (no financiados) o cuando el paciente no tiene derecho a la prestación farmacéutica (TSI NOFAR), deben hacerse *manualmente* usando los talonarios de recetas específicos destinados a medicamentos NO FINANCIADOS, disponibles en todas las Gerencias. De ese modo, las oficinas de farmacia tendrán el documento necesario para hacer la dispensación correspondiente y su custodia en caso de estupefacientes.

Servicio Murciano de Salud Sistema Nacional de Salud		RECETA PARA MEDICAMENTOS NO FINANCIADOS		Servicio Murciano de Salud Sistema Nacional de Salud	
RECETA MÉDICA - NO FACTURABLE	PRESCRIPCIÓN (consignar el medicamento, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase).	Duración tratamiento:	Paciente:	Medicamento:	
	DPS Nº env.	Posología (unidades, pauta):	Prescripción:	Instrucciones de administración:	
	Nº Orden dispensación:	Fecha prevista dispensación:	Medicamento:	Horas:	
	MEDICO (Datos de identificación y firma)	Fecha prescripción:	Paciente:	Unidades:	
Información al farmacéutico.	PACIENTE (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación)		<input type="checkbox"/> Ayunas <input type="checkbox"/> Después de comidas <input type="checkbox"/> Independiente de comidas	Prescriptor:	
NO VÁLIDO PARA FACTURACIÓN				Fecha:	
		UG4 1432600 01			UG4 1432600 01

RECETAS MUTUALISTAS

El acuerdo firmado entre SMS y las entidades MUFACE, MUGEJU e ISFAS sólo incluye la prescripción en el sistema de receta electrónica. No pueden emitirse recetas tradicionales (informatizadas o manuscritas) usando el modelo oficial del SMS a los beneficiarios de dichas mutualidades. En caso de ser necesaria su in-

dicación en formato papel se prescribirán usando las recetas de la propia mutualidad.

RECORDATORIO DE LAS CONDICIONES DE FINANCIACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA (BUPROPION - ZYNTABAC® Y VARENICLINA - CHAMPIX®)

- Sólo pueden ser prescritos en pacientes que tengan motivación expresa de dejar de fumar constatada con algún intento de dejar de fumar en el último año, que fumen 10 cigarrillos o más al día y que tengan además, un alto nivel de dependencia calificado por el test de Fagerstrom ≥ 7 .
- La prescripción es aguda de 1 envase/mes, valorando la efectividad del tratamiento antes de emitir la siguiente receta.
- El tratamiento será como máximo hasta las 12 semanas (vareniclina) o 7-9 semanas (bupropion).
- La prescripción y dispensación de estos medicamentos se realizara por el sistema de Receta Electrónica.
- Se financiará un único intento por paciente al año.

ADVERTENCIAS GENERALES A LA PRESCRIPCIÓN

- La fecha de prescripción y la firma del prescriptor son datos de consignación obligatoria para que las recetas tengan validez y puedan dispensarse en las oficinas de farmacia.
- Las enmiendas o añadidos relacionados con el TSI del paciente NO son válidos. Debe respetarse el TSI que informa el aplicativo de prescripción, que es el que tiene reconocido el paciente por el INSS. En caso de discrepancias, deberán derivar al paciente a la unidad de tarjeta sanitaria de su centro.

Edita:
Servicio Murciano de Salud

ISSN:
2792-2332

Comité editorial:

M^o del Mar Galindo Rueda, Francisco Manuel Sánchez Rodríguez, Eduardo Salas Martín, Sandra García Rodríguez, Montserrat Llopis Fernández, Diana La Cruz Guzmán, Juan Miguel Bernal Montañés, Juan Abellón Ruiz, María Muros Ortega, Ana Aranda García, Rafael Herrero Delicado, Ruth López Hernández, Mariana Tobaruela Soto y Víctor Rausell

Diseño y maquetación:
Compobell, S.L.

Información y suscripciones

El boletín Binfarma es una publicación periódica y abierta dirigida a los profesionales sanitarios de la Región de Murcia cuyo objetivo es proporcionar información objetiva y contrastada sobre medicamentos y farmacoterapia. Los interesados en suscribirse o en enviar correspondencia, trabajos y/o sugerencias, pueden dirigirse a:

Servicio de Gestión Farmacéutica
Dirección General de Asistencia Sanitaria SMS
Edificio Habitamia C/ Central, nº 7 30100
Espinardo, Murcia
gesfarma-sms@carm.es