

Calidad de la receta médica en dos hospitales de Lambayeque y su influencia en la comprensión de la información brindada

Quality of medical prescriptions in two Lambayeque hospitals and its influence in understanding the written information

Carmen Campos-Caicedo^{1,a}, Ricardo Velasquez-Uceda^{1,2,b}

1 Escuela de Medicina, Universidad de San Martín de Porres. Chiclayo, Perú.

2 Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo

a Médico cirujana, b médico internista

Correspondencia

Carmen Leyla Campos Caicedo
carmeneyla1507@gmail.com

Recibido: 19/01/2018

Arbitrado por pares

Aprobado: 16/05/2018

Citar como: Campos-Caicedo C, Velasquez-Uceda R. Calidad de la receta médica en dos hospitales de Lambayeque y su influencia en la comprensión de la información brindada. Acta Med Peru. 2018;35(2):100-7

RESUMEN

Objetivos: Estimar la frecuencia de recetas médicas con información completa que se entregan en consulta externa de dos hospitales. Estimar la proporción de pacientes que no comprenden la receta médica en consulta externa de dos hospitales. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, observacional, cuantitativo. Se realizó un muestreo en 2 etapas, para la primera se eligieron los 4 servicios con mayor flujo de pacientes, se utilizó muestreo sistemático para la elección de pacientes. Participaron 635 pacientes que acudieron a consulta externa del Hospital Regional Docente Las Mercedes y Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo. **Resultados:** el 100% de las recetas tenían algún tipo de omisión. El 52,60% del total de los pacientes no entendieron la letra del prescriptor en la receta, las que sirvieron para evaluar la comprensión de la información de la receta resultando que solo el 1,10% de todos los pacientes comprendieron completamente la información acerca de su tratamiento. **Conclusiones:** El total de las recetas evaluadas presentó información incompleta, por tal motivo, un bajo porcentaje de pacientes que comprendieron las recetas, produciendo un gran desconocimiento por parte de los pacientes acerca de sus tratamientos, por tal motivo los establecimientos públicos de esta investigación deberían realizar una capacitación a través de talleres al personal de salud involucrado en el proceso de atención a los usuarios.

Palabras clave: Receta médica; Comprensión; Hospitales; Consultorios médicos (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objectives: To estimate the rate of medical prescriptions with complete information issued in the outpatient clinics of two hospitals. To estimate the proportion of patients who do not understand the medical prescriptions in the outpatient clinics of two hospitals. **Materials and Methods:** This is a descriptive, observational, and quantitative study. A two-stage sampling was carried out. In the first stage, the four services with the largest patient flow were selected, systematic sampling was used for patient selection. There were 635 patients attending the outpatient clinics in Las Mercedes Regional teaching Hospital and Almanzor Aguinaga-Asenjo National Hospital who participated in the study. **Results:** One-hundred percent (100%) of all prescriptions had some type of omission. More than half (52.60%) of patients were not able to understand the prescriber writing; and, when assessing understanding the information written on the prescription, it was found that only 1.10% of all patients completely understood the information about their therapy. **Conclusions:** All the assessed prescriptions had incomplete information, leading to a low percentage of patients understanding prescriptions, and consequently, most patients did not know what their therapy was all about. For this reason, public health facilities should have training workshops for healthcare personnel who are involved in taking care of patients.

Keywords: Prescriptions; Comprehension; Hospitals; Physicians' offices (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

En la mayoría de los casos, la consulta médica concluye con la elaboración y entrega de una receta médica, documento médico-legal en el que el personal de salud autorizado entrega la información detallada de la medicación indicada que debería seguir con ciertos parámetros de calidad, como los que se establecen en el Manual de buenas prácticas de prescripción médica (MBPPM); además, para que se cumpla correctamente lo prescrito, es vital que la información no solo sea completa sino también entendible ^[1-4].

La ilegibilidad del contenido y el uso de nombres o abreviaturas poco conocidos son también factores que conllevan a una deficiencia en la comprensión adecuada de las indicaciones médicas, lo que se traduce en errores en la toma de medicamentos. La Organización Mundial de la Salud indica que más del 50% de los medicamentos se recetan, dispensan o venden de manera inadecuada y el 50% de los pacientes no los toman correctamente ^[5-7]. Además, este problema genera un aumento en los costes, en Estados Unidos se ha estimado que se pierden 100 mil millones de dólares por una toma incorrecta de la medicación ^[8].

En la India, la frecuencia de errores de prescripción fluctúa entre el 17,6% y 44,18%. En España, un estudio descriptivo que incluyó a 318 entrevistados, se encontró que solo el 44% tenía conocimiento completo del tratamiento y que la intervención del farmacéutico fue requerida principalmente para aclarar la posología (35,4%) y duración del tratamiento (33,9%) ^[9].

En Latinoamérica se ha descrito investigaciones que abordan el problema. Un estudio realizado en Ecuador que analizó 706

recetas encontró que el 100% contenía algún tipo de error de prescripción, el 58,1% tenía indicaciones incompletas y el 53% tenía omisiones en la dosis y concentración ^[10]. Los errores de prescripción representarían el 70% de los errores de medicación que podrían dar lugar a efectos adversos ^[11].

En un estudio realizado en Guatemala, el 94% de los pacientes no recibieron información acerca de reacciones adversas a medicamento (RAM) e interacciones sobre el fármaco recetado, datos que si no se detallan adecuadamente pueden poner en riesgo la vida de los pacientes ^[12].

Con respecto a la comprensión, un estudio realizado en Brasil durante el 2014 encontró que aproximadamente el 20% de los encuestados desconocía la dosis del fármaco prescrito y el 30% la duración de la administración, lo que condicionaría a una interrupción precoz del tratamiento, provocando problemas relacionados con la efectividad o la seguridad de los medicamentos ^[13].

En el Perú, un estudio realizado en el año 2013 en una clínica de Lima evaluó el cumplimiento del MBPPM dado por el Ministerio de Salud peruano (MINSA) y encontró que de 4 644 recetas dadas a pacientes hospitalizados solo el 1,14% cumplían con todas las características necesarias para ser consideradas recetas con información adecuada ^[14].

En la región Lambayeque no se encontraron datos exactos sobre el completo llenado de la receta médica y sobre la comprensión que tienen los pacientes de esta, por tal motivo la presente investigación tiene como objetivo estimar la frecuencia de recetas médicas incompletas que se entregan en consulta externa y la proporción de pacientes de consulta externa en dos hospitales de Lambayeque.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Estudio descriptivo, transversal

Población

La población estuvo conformada por pacientes atendidos en consulta externa de dos hospitales localizados en la ciudad de Chiclayo (27 m de altitud), departamento de Lambayeque, Perú: el Hospital Nacional Almanzo Aguinaga Asenjo (HNAAA) de la Seguridad Nacional del Perú (EsSalud) y el Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM) del MINSA.

Criterios de selección

Se incluyó a aquellos pacientes mayores de 18 años de edad, usuarios de consulta externa de los hospitales HNAAA y HRDLM que tuvieran como máximo tres fármacos escritos en la receta médica. Se incluyeron a aquellos atendidos entre los meses de agosto y octubre de 2016. Se excluyó a aquellos analfabetos, que dependan de un cuidador, invidentes o que pertenezcan al programa TARGA (tratamiento antiretroviral de gran actividad).

Muestreo y tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue calculado usando el programa virtual estadístico Open Epi, se consideró una población infinita con una precisión de 5%, un nivel de confianza de 95%, una proporción esperada de 52%^[12] y un efecto de diseño de 1,5. Al resultado obtenido se le añadió el 20% del total como porcentaje de pérdida. En total se encontró un tamaño de muestra de 691.

El muestreo se realizó en dos etapas. Para la primera se escogió por conveniencia a los cuatro servicios que tuviesen el mayor flujo de pacientes en un mes promedio. La cantidad de personas seleccionadas en cada servicio se hizo proporcionalmente con el número de pacientes que acudían por servicio según los datos obtenidos en el departamento de estadística de cada hospital. Para el HNAAA, 537 personas: 167 de Medicina interna (24,1%), 146 de Hematología (21,1%), 126 de Neurología (18,2%) y 98 de Gastroenterología (14,2%); para el HRDLM, 155 personas: 49 de Cardiología (7,1%), 47 de Gastroenterología (6,8%), 39 de Medicina general (5,6%) y 20 de Reumatología (2,9%).

Para la segunda etapa se realizó un muestreo sistemático teniendo en cuenta la afluencia de pacientes por día, la cual se multiplicó por los días de atención y el tiempo estimado (tres meses), dando como resultado 990 consultas. La constante de muestreo se obtuvo de dividir el número de consultas entre el total de la muestra: $990/691 = 1,43$. El intervalo de selección fue cada dos.

Variables

Información de la receta médica: información que debe estar presente según la guía de buenas prácticas de prescripción clínica para una adecuada receta médica; comprensión de

la receta médica por el usuario: información que el paciente debe comprender de la receta médica; grado de instrucción del paciente: último grado de educación al cual accedió.

Procedimientos o intervenciones

El proceso de recolección de datos se inició en los consultorios externos de Medicina. Se abordó a los pacientes al salir de consulta externa. En la sala de espera de farmacia se les brindó una hoja informativa y se les explicó el objetivo del estudio.

La ficha de recolección de datos se diseñó en base al MBPPM realizado por el MINSA^[1] y se dividió en tres partes (Anexo 1): la primera estuvo relacionada con la información que debe contener la receta médica; la segunda consistió en verificar si la letra escrita en la receta era legible para el paciente - se solicitó a cada participante a leer la receta y se consideró que era legible si la leía perfectamente y sin dificultades-; y la tercera verificaba la comprensión de la receta médica -se indagó acerca de lo que el participante debía entender y saber acerca de su enfermedad-. Todas las preguntas se hicieron de manera verbal.

Se tomaron en cuenta solo las preguntas relacionadas a la información que se encontraba en la receta médica las que fueron revisadas por cuatro médicos internistas. Se realizó una prueba piloto que incluía a 25 pacientes del HRDLM de diferentes servicios -los que a su vez estaban incluidos en el estudio- con la finalidad de probar la redacción y comprensión de cada una de las preguntas. Para esta parte solo participaron las recetas que fueron legibles para el paciente.

Análisis de datos

Se analizaron los resultados de las fichas de recolección de datos utilizando los programas Microsoft Excel 2013 y SPSS Statistics 23. Se calcularon las frecuencias absolutas de las siguientes variables: evaluación de la información de la receta médica y la frecuencia de la comprensión que tiene el usuario de la receta médica. Se utilizaron tablas de acuerdo a la pertinencia de la información obtenida.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por la Universidad San Martín de Porres - filial norte y se obtuvo la autorización por parte de los dos hospitales. Se solicitó la aprobación del Comité de ética del HNAAA, requisito que era necesario para la realización del estudio en dicha institución. Se garantizó la confidencialidad de los datos de cada participante.

RESULTADOS

De un total de 692 recetas médicas incluidas en el periodo de estudio, 57 (8,2%) fueron excluidos; 15 porque estaban recibiendo tratamiento TARGA y 42 porque abandonaron el

estudio antes de terminar la recabación de información. No se cuantificó la cantidad de pacientes que se negaron a participar en el estudio ni el número de personas analfabetas o que dependían de un cuidador –no formaron parte del total de pacientes inicial-. Finalmente, se evaluaron 635 recetas médicas (Figura 1).

La mediana de edad de los participantes fue de 48 años (43,2 años para el HRDLM y de 48,5 años para el HNAAA). Cuatrocientos treinta y dos (68%) fueron del sexo femenino. Respecto al grado de instrucción, 295 (46,5%) tenían instrucción superior, 252 (39,5%) educación secundaria y 89 (14%) educación primaria. Clasificado por hospital, en el HRDLM predominó el nivel secundario (51,7%) y en el HNAAA el más frecuente fue el nivel superior (53,3%).

De las 635 recetas analizadas, ninguna contenía la información necesaria de acuerdo a lo recomendado en el MBPPM (Tabla 1). La información que más frecuentemente apareció en las recetas fueron el sello y la firma del médico, seguido del nombre del medicamento y los nombres del paciente. La información que estuvo ausente en todas las recetas fueron la fecha de validez de las recetas y la dirección y teléfono de los pacientes.

En relación a la legibilidad de las recetas, 301 (47,4%) personas afirmaron entender la letra del prescriptor. De manera particular,

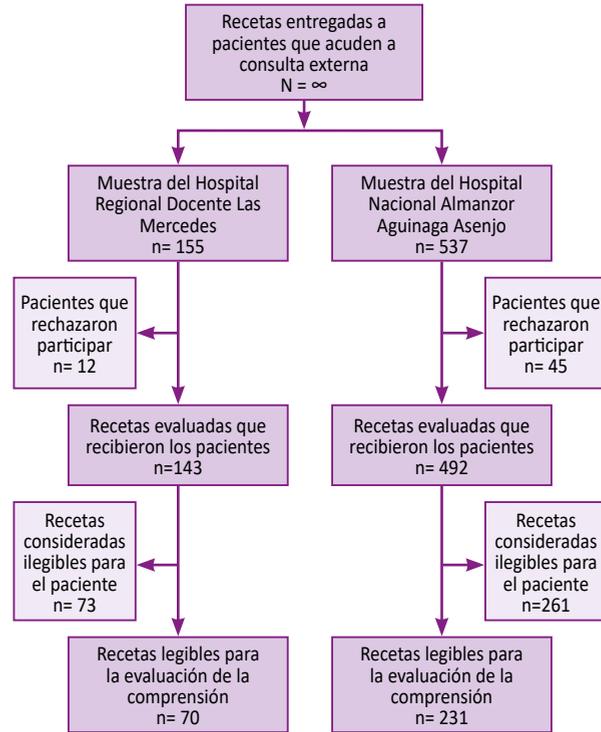


Figura 1. Flujograma de selección de la muestra

Tabla 1. Frecuencia de las recetas médicas completas según cumplimiento del Manual de Buenas Prácticas de Prescripción Médica en dos hospitales de Lambayeque HRDLM – HNAAA. Agosto - octubre del 2016.

Información de la receta médica		HDLM	HNAAA	Total
		n (%)	n (%)	n (%)
Información del paciente *	Edad	119 (83,2)	25 (5,1)	144 (22,7)
	Nombres y apellidos completos	142 (99,3)	487 (98,9)	629 (99,1)
Información de la enfermedad	Diagnóstico (Definitivo/presuntivo)	142 (99,3)	1 (0)	142 (22,4)
	Número de Historia Clínica	3 (2,1)	436 (94,1)	466 (73,4)
	CIE-10	3 (2,1)	481 (97,8)	484 (76,2)
Información de la receta *	Fecha de atención	142 (99,3)	484 (98,4)	626 (98,6)
Información del fármaco	Concentración del Fármaco	137 (95,8)	305 (61,9)	442 (69,6)
	Forma farmacéutica	140 (97,9)	307 (62,4)	447 (70,4)
	Cantidad del fármaco	143 (100)	447 (90,9)	590 (92,9)
	Medicamento con DCI	141 (98,6)	474 (96,3)	615 (96,9)
	Nombre de Medicamento o insumo	143 (100)	490 (99,6)	633 (99,7)
	Indicaciones	Información de RAM	21 (14,7)	33 (6,7)
Vía de administración		78 (54,6)	177 (35,9)	255 (40,2)
Frecuencia de Días/Horario		39 (27,3)	422 (85,8)	461 (72,6)
Dosis		78 (54,6)	431 (87,6)	509 (80,2)
Duración del tratamiento		75 (52,5)	465 (94,5)	540 (85,0)
Información del prescriptor	Sello	141 (98,6)	490 (99,6)	631 (99,4)
	CMP	142 (99,3)	489 (99,4)	631 (99,4)
	Firma	143 (100)	490 (99,6)	633 (99,7)

* En ninguna receta médica se encontró dirección o teléfono del paciente; tampoco la fecha validez en la sección Información de la receta. HNAAA: Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo; HRDLM: Hospital Regional Docente Las Mercedes

Tabla 2. Lista de preguntas incluidas en el instrumento de evaluación de la receta médica

Datos generales: se incluyó el nombre del hospital, servicio en donde se atendió, grado de instrucción del entrevistado, edad, sexo

Evaluación de la información contenida en la receta y su comprensión*

Información de la receta médica

Información del paciente: en la receta ¿estaban presentes el nombre y apellidos completos? ¿edad? ¿dirección? ¿teléfono?

Información de la enfermedad: en la receta ¿se mostraba el diagnóstico (definitivo/presuntivo)? ¿figuraba el CIE-10? ¿el número de historia clínica?

Información de la receta: en la receta ¿se describía la fecha de atención? ¿la fecha de validez de la receta?

Información del fármaco: en la receta ¿se describía el nombre del medicamento o insumo? ¿el medicamento con DCI? ¿la forma farmacéutica? ¿la cantidad del fármaco?

Indicaciones: en la receta se describía ¿la posología? ¿duración del tratamiento? ¿vía de administración? ¿frecuencia de uso (días/horario)? ¿información de las reacciones adversas medicamentosas (RAM)?

Información del prescriptor: ¿estaba el sello del prescriptor? ¿la firma? ¿El número de colegiatura?

Legibilidad de la receta médica

¿Usted tiene la capacidad de leer adecuadamente la receta médica? (pregunta se verifica haciendo que el entrevistado lea la receta frente al encuestador)

Comprensión

Información sobre la salud actual: ¿conoce su diagnóstico actual?

Información recibida sobre el fármaco: el paciente sabe ¿por cuánto tiempo tomará cada medicamento†? ¿cuál es la vía de administración que usará? ¿cuánto de medicamento tomará o se le administrará? ¿cada cuánto tomará la medicina?

Información recibida sobre las RAM: ¿conoce qué reacciones podrían ocurrir? ¿sabe qué hacer si ocurren?

* Cada pregunta era cerrada y admitía dos alternativas: sí o no.

† El investigador elige una pastilla al azar para realizar las preguntas.

en el HRDLM el 49,7% de la población evaluada pudo entender la letra del prescriptor, mientras que en el HNAAA la proporción que entendió fue del 46,8% (Tabla 3).

Las proporciones fueron similares en los grados secundaria y superior (Tabla 3). Con respecto al grado de instrucción de los pacientes, en el hospital HRDLM el porcentaje que entendió más la letra estuvo conformado por población del nivel secundario con un 49,3% (n=35) mientras que en HNAAA que entendieron, fue en el nivel superior 63,0% (n=145).

Para la evaluación de la comprensión solo se consideró a los pacientes que entendieron la letra de las recetas, solo se consideraron las respuestas en los casos en que la información estaba en la receta médica. Para el caso de la pregunta 1 se consideró el ítem de diagnóstico, pregunta 2 la dosis, pregunta 3 duración, pregunta 4 vía de administración, pregunta 5 frecuencia, pregunta 6 información de RAM (ver Tabla 2).

De los resultados obtenidos en la tercera parte de la ficha de recolección de datos (Tabla 4) se encontró que la información que menos comprendían los pacientes era la frecuencia de la toma del medicamento y la información de RAM;

Tabla 3. Distribución de las recetas legibles para los pacientes, según sexo, hospital y grado de instrucción, en dos hospitales de Lambayeque HRDLM - HNAAA. Agosto - octubre del 2016.

Variable	Entendieron letra		No entendieron la letra	
	n	%	n	%
Grado de instrucción				
Primaria	31	34,9	58	65,2
Secundaria	106	42,2	145	57,8
Superior	164	55,6	131	44,4
Sexo				
Femenino	204	47,2	228	52,8
Masculino	97	47,8	106	52,2
Hospital				
HRDLM	71	49,7	72	50,4
HNAAA	230	46,8	262	53,3

HNAAA: Hospital Nacional Almanzo Aguinaga Asenjo; HRDLM: Hospital Regional Docente Las Mercedes

Tabla 4. Frecuencia de pacientes que no comprendieron la información escrita en las recetas en dos hospitales de Lambayeque HRDLM – HNAAA Agosto – Octubre del 2016.

Pregunta	Constó en la receta	HRDLM	Constó en la receta	HNAAA	TOTAL	
	N	n1 (%)	n	n1 (%)	n	n1 (%)
1. ¿Conoce su diagnóstico actual?	70	10 (14,3)	0	No aplica	70	10 (14,3)
2. ¿Cuánto del medicamento se tomará o aplicará? (Dosis)	48	19 (39,6)	204	34 (16,7)	252	53 (21,0)
3. ¿Sabe hasta cuándo tomará cada medicamento?	71	19 (26,8)	216	26 (12)	287	45 (15,7)
4. ¿Cuál es la vía de administración?	50	10 (20)	98	7 (92,9)	148	17 (11,5)
5. ¿Cada cuánto tomará/se aplicará el medicamento?	28	7 (25)	203	38 (18,7)	231	45 (19,5)
6. ¿Conoce qué reacciones adversas podrían ocurrir?	15	7 (46,7)	27	14 (33,3)	42	21 (50)

HNAAA: Hospital Nacional Almanzo Aguinaga Asenjo; HRDLM: Hospital Regional Docente Las Mercedes; n: cantidad de personas que pudo leer adecuadamente la receta médica; n1: cantidad de personas que respondió afirmativamente a la pregunta realizada

adicionalmente se preguntó sobre si sabían qué hacer en caso ocurriera las RAM, a las personas a quienes se les había dado información de los RAM y entendían estas indicaciones, solo el 33,33% sabía cómo actuar en caso se presentarán.

DISCUSIÓN

Todas las recetas evaluadas tenían algún tipo de omisión de información, resultado que coincide con el estudio realizado por Pinedo ^[14], lo que podría atribuirse al tiempo escaso con el que cuentan los médicos para redactar las indicaciones en las recetas, entre consulta y consulta, situación que afecta directamente a los pacientes pues no son informados adecuadamente exponiéndolos a daños por un mal uso de medicamentos.

Los datos que se omitieron más frecuentemente fueron la fecha de validez de la receta y la dirección y teléfono del paciente. La ausencia de fecha de validez puede generar problemas al momento de adquirir medicamentos en farmacia, en especial cuando no hay existencias y el paciente tiene que regresar en distintas fechas ocasionando confusiones tanto para el personal como para los pacientes.

Para el caso de dirección y teléfono son los mismos pacientes quienes deben escribir estos datos antes de entregarlos en farmacia, siendo los prescriptores los que deberían colocarlos según lo que indica el MBPPM, datos que son importantes cuando los medicamentos no se encuentran disponibles ^[1].

La fecha de emisión (atención) estuvo presente en casi todas las recetas –por encima del 98%–, proporción que es mayor si la comparamos con un estudio realizado en Brasil, en el

cual la fecha de emisión estaba ausente en el 9,83% de las prescripciones escritas a mano ^[13]. La mención de este dato es importante para acceder al pronóstico y por temas legales en caso de mortalidad. No debe olvidarse que la prescripción es un documento legal y no incluir la fecha de emisión podría interpretarse como un acto de negligencia, incluso en casos sin implicancia médico-legal.

Otras omisiones frecuentes fueron el número de historia clínica, en las recetas del HRDLM se encontró en un número reducido, a diferencia de lo encontrado en el HNAAA. Esto se debería a que en farmacia del HNAAA se exige esta información para que pueda constar dentro de las estadísticas del hospital a diferencia del HRDLM en donde no es un requerimiento.

Con respecto al código CIE-10, en el HNAAA se encontró un alto porcentaje de recetas que tenían esta información a diferencia del HRDLM, donde fue escaso. Este dato coincide con el encontrado por Olivera ^[15] quien al evaluar recetas médicas de un hospital cusqueño dependiente del MINSA encontró que ninguna receta tenía código CIE-10. Esta diferencia se debería a la forma de trabajo diferente entre hospitales de EsSalud y MINSA, en los primeros se usa el CIE-10 para la consignación de las enfermedades –que es útil para la generación de estadísticas– mientras que en los segundos se considera más el diagnóstico específico.

Las indicaciones directamente relacionadas con el tratamiento que se le brinda al paciente tuvieron diferencias en ambos hospitales, en las recetas del HRDLM resaltaron las omisiones de dosis y frecuencia de toma del medicamento, donde cerca de la mitad y un tercio, respectivamente, tuvieron los valores más bajos que los encontrados en el HNAAA. Este dato es

opuesto a lo reportado por Pinedo, quien encontró que la mayoría de recetas sí tenían esos datos ^[14], no obstante, es de resaltar que dicho estudio fue realizado en una clínica con pacientes hospitalizados, características que podríana hacernos deducir que el tiempo que tienen los prescriptores para colocar estas indicaciones adecuadamente es mayor.

Se notó que en la mayoría de recetas no se presentaban indicaciones específicas de cada fármaco. En diversos estudios se ha demostrado la dificultad del paciente para recordar o comprender las instrucciones básicas para tomar los medicamentos, la presencia de esta información es de ayuda para evitar errores de dispensación ^[16].

Otro dato importante observado está relacionado con información sobre las RAMS. La mayor parte de recetas médicas evaluadas no cumplían con tener esta información, resultados que se asemejan con los encontrados por Forbes ^[12], quien realizó un estudio también en dos hospitales. La omisión podría deberse por un lado a que los médicos dan esta información de manera verbal, y por otro a que los médicos a la vez que dan los medicamentos para tratar las enfermedades de base prescriben medicamentos para prevenir las RAM, información que debería ser explicada con mayor detalle para que los pacientes entiendan el por qué deben tomar algunos medicamentos a pesar de no estar relacionados directamente con tratar la dolencia.

Con respecto a la legibilidad de la letra en las recetas médicas, cerca de la mitad de los pacientes lograron leer la receta médica sin dificultades, superando a la población estudiada por López-Torres ^[9], quien encontró un porcentaje menor de legibilidad. En relación a la comprensión de la información de la receta médica, los resultados distan mucho de lo que se encontró en la legibilidad.

Una muy baja cantidad de pacientes comprendieron la totalidad de la receta debido a que la información era incompleta; sin embargo, al evaluar ítem por ítem con respecto a las recetas que sí constaba la información, más de la mitad comprendían sobre lo escrito en la receta, siendo el punto menos entendido la información de los RAM.

El tener recetas incompletas ocasiona que la mayor parte de pacientes tengan que consultar sus dudas al personal que labora en el servicio de farmacia sobre las indicaciones de la receta, tal como lo indica López-Torres ^[9], quien encontró que cerca de la mitad de sus pacientes estudiados necesitó consultar a un farmacéutico para comprender las indicaciones dadas por los médicos; lo que es preocupante pues el farmacéutico, no conoce el proceso de la enfermedad como lo hace un médico.

Dentro de las limitaciones que se encontraron está el tiempo y la disposición de los pacientes debido a que cuando acuden

a consulta externa usualmente están haciendo colas y al salir de la atención prefieren comprar su medicina en las farmacias fuera del hospital para disminuir su tiempo de estancia, como ocurrió en el caso del HRDLM, algo que también ocurrió en el HNAAA, en donde realizábamos la entrevista en las colas de farmacia y era común que los entrevistados dejarán el lugar para realizar otras actividades lo que hacía que se frustrase la entrevista completa.

Una deficiencia de este estudio es la validez externa del instrumento debido a que la ficha de recolección de datos fue elaborada en base al manual de buenas prácticas, optando por preguntas cerradas; además la diferencia de tratamientos que estipula cada enfermedad, según cada servicio, hace que las indicaciones sean diversas en cada uno, por lo cual hubiese requerido reproducir esta investigación en cada uno de los consultorios externos.

La presente investigación nos muestra a groso modo la situación que viven los pacientes tras una consulta médica, la desinformación de la que se sienten parte y que genera deterioro no solo en la salud, si no en la relación médico-paciente.

Concluimos que el total las recetas evaluadas presentó información incompleta. Cerca de la mitad de pacientes entendieron la letra de las prescripciones sumado a un bajo porcentaje de pacientes comprendieron la información escrita de manera correcta. Las omisiones más frecuentes fueron con respecto a la dosis, frecuencia, e información de los RAMS, información que puede marcar la diferencia en el proceso de recuperación.

Recomendamos capacitar adecuadamente a los médicos en la entrega de información hacia los pacientes, en especial la información escrita, además de capacitar al personal de salud mediante talleres, haciendo de conocimiento lo ya estipulado en el MBPPM. Además, se sugiere la adopción de sistemas informáticos que permitan emitir recetas por computadora, lo que disminuiría el número de errores u omisiones y la ilegibilidad. Para futuras investigaciones se sugiere incluir la medición del tiempo de cada consulta y las indicaciones verbales para tener una mejor visión de los posibles factores que pueden ocasionar la prescripción inadecuada en las consultas médicas, además del número de fármacos y la diferencia de si el paciente es crónico o presenta alguna enfermedad de tipo aguda. Se recomienda una verificación del tiempo que según la norma técnica debería ser empleado por los profesionales con la finalidad de disminuir este problema y evaluar la oferta y la demanda.

Agradecimiento: Jorge Osada-Liy en los aspectos epidemiológicos.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de intereses relacionado al presente estudio de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Manual de buenas prácticas de prescripción [Internet]. Lima, Perú: Minsa; 2005 [citado el 5 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1431.pdf>
2. Ministerio de Salud, Dirección de Salud IV Lima Este. Expendio y uso de medicamentos [Internet]. Lima: Prisma; 2016 [citado el 5 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2g9y6Sn>
3. Casado M. Manual de documentos médico-legales [Internet]. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura; 2008 [citado el 5 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_45494_FICHERO_NOTICIA_28621.pdf
4. Soto J. Evaluación de la calidad de la prescripción farmacéutica: ¿no nos estamos olvidando de medir los resultados en salud obtenidos en los pacientes? *Aten Primaria*. 2006;37(6):347-9.
5. Raza U, Khursheed T, Irfan M, Abbas M, Irfan U. Prescription patterns of general practitioners in Peshawar, Pakistan. *Pak J Med Sci*. 2014;30(3):462-5.
6. Robaina J, Morales E, López J, Sosa M. La letra de médico. *Rev Osteoporos Metab Miner*. 2014;6(4):122-6.
7. Ramos G, Olivares G. Guía para las buenas prácticas de prescripción. Metodología para la prescripción racional de medicamentos [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2010 [citado el 5 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2gzlhRF>
8. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: Causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009;41(6):342-8.
9. López-Torres R, Quijano E, Carbajal J, Honrubia F, Griñán M, Merino P, et al. Comprensión de la información recibida por el paciente en la primera prescripción: intervención farmacéutica. *Ars Pharm*. 2010;51(suppl 3):285-92.
10. Almeida N. Errores de prescripción en el área de consulta externa del Hospital José Félix Valdivieso Santa Isabel – 2010 [Tesis doctoral]. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca; 2010.
11. Velo G, Minuz P. Medication errors prescribing faults and prescription errors. *Br J Clin Pharmacol*. 2009;67(6):624-8.
12. Forbes D. Evaluación sobre la información de medicamentos otorgada a pacientes en la consulta ambulatoria de los Hospitales Nacionales Roosevelt y Hno. Pedro de Bethancourt [Tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2008.
13. Stols A, Lawless A, Mattos M, Olivio R, Calegario T, Galato D. Factores asociados con la comprensión de prescripciones médicas en el Sistema Único de Salud en una ciudad en el sur de Brasil. *Cien Saude Colet*. 2013;18(12):3731-7.
14. Pinedo Y, Romero J, Merino F. Cumplimiento de buenas prácticas de prescripción en pacientes hospitalizados. *Interciencia RCCI*. 2014;5(1):26-30.
15. Olivera D. Evaluación administrativa de prescripción médica de consulta externa del Seguro Integral de Salud (SIS) [Tesis Doctoral]. Cusco, Perú: Universidad de San Antonio Abad de Cusco; 2012.
16. Joshi A, Buch J, Kothari N, Shah N. Evaluation of Hand Written and Computerized Out-Patient Prescriptions in Urban Part of Central Gujarat. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(6):FC01-FC05.

Las ediciones anteriores de Acta Médica Peruana
están disponibles en:

www.scielo.org.pe

