

Investigación original / Original Research

# Evaluación del número de recetas mal cumplimentadas que llegan a una farmacia comunitaria

## Assessment of poorly written prescriptions that reach a community pharmacy

Olatz GIL DE SAN VICENTE, Olaia ERAUNCETAMURGIL, Pilar DE ESCALZA, Igor ODRIOZOLA, Miguel Angel GASTELURRUTIA

Texto en español

### RESUMEN\*

Existe un número importante de recetas con errores de cumplimentación que deben de ser corregidas antes de proceder a su facturación.

Objetivo: Este estudio se diseñó para evaluar el número de recetas mal cumplimentadas que se reciben en la farmacia y el tiempo que se emplea en su corrección con el fin de poder cuantificarlo para posteriormente mejorar la organización de las tareas a nivel interno.

Métodos: Se separaron y analizaron las recetas recogidas durante una hora, tres días diferentes. Se midió el tiempo empleado en corregir los errores administrativos detectados.

Resultados.: El 64% de las recetas contenía al menos un error. Existen más errores en las recetas realizadas manualmente que en las informatizadas; el 86% de las recetas manuales los contenía, mientras que en las informatizadas la cifra de errores llegaba al 33%. El error más frecuente es el relacionado con la fecha que estuvo presente en el 100% de las recetas erróneas. De los resultados se puede estimar que es preciso emplear una persona al mes durante 15,25 horas para corregir estos errores administrativos.

**Palabras clave:** Receta médica. Errores de medicación.

### ABSTRACT†

A great amount of prescriptions poorly written, containing administrative errors, must be corrected in the pharmacy before being invoiced to the Spanish National Health Service.

Objective: This study was designed to assess the number of prescriptions with such errors and the time spent to correct them, in order to gather information to help the pharmacy owner to improve the organization of the different tasks that have to be done in the pharmacy.

Methods: All the prescriptions filled during an hour on three consecutive days were taken aside to be analyzed later. Time spent in the correction of the met administrative errors was measured.

Results: 64% of all of the analyzed prescriptions contained at least one error. More errors were found in hand-written prescriptions (86%) than in computer-produced prescriptions (33%). The most common error was the one related to the prescription date (100% of all the erroneous prescriptions). According to these data, we can estimate that to correct these errors 15.25 working hours per month are needed.

**Keywords:** Prescription forms. Medication errors.

## (Español)

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años está teniendo lugar una transformación en el ejercicio profesional del farmacéutico asistencial en general y del comunitario en particular<sup>1</sup> con un cambio de

\* Olatz GIL DE SAN VICENTE. Licenciada en Farmacia. Farmacéutica comunitaria en San Sebastián  
Olaia ERAUNCETAMURGIL. Licenciada en Farmacia. Farmacéutica comunitaria en San Sebastián  
Pilar DE ESCALZA. Licenciada en Farmacia. Farmacéutica comunitaria en San Sebastián  
Igor ODRIOZOLA. Licenciado en Farmacia. Farmacéutico comunitario en San Sebastián  
Miguel Angel GASTELURRUTIA. Licenciado en Farmacia. Farmacéutico comunitario en San Sebastián. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada  
Dirección: Farmacia Gastelurrutia. Paseo Larratxo, 98. 20007 San Sebastián.

† Olatz GIL DE SAN VICENTE. BScPharm. Community Pharmacist at San Sebastián (Spain)  
Olaia ERAUNCETAMURGIL. BScPharm. Community Pharmacist at San Sebastián (Spain)  
Pilar DE ESCALZA. BScPharm. Community Pharmacist at San Sebastián (Spain)  
Igor ODRIOZOLA. BScPharm. Community Pharmacist at San Sebastián (Spain)  
Miguel Angel GASTELURRUTIA. BScPharm. Community Pharmacist at San Sebastián. Pharmaceutical Care Research Group, University of Granada (Spain)  
Address: Farmacia Gastelurrutia. Paseo Larratxo, 98. 20007 San Sebastián. (Spain)

orientación desde una actividad basada en el producto, es decir en el medicamento, a otra basada en el paciente y más concretamente en los resultados de salud de la farmacoterapia.<sup>2,3</sup>

Como es natural, este proceso de cambio está siendo lento<sup>4</sup> y, aunque la mayoría de los farmacéuticos aprueban la filosofía subyacente a la atención farmacéutica<sup>5</sup>, y más concretamente los beneficios de los programas de seguimiento farmacoterapéutico, su implantación generalizada en la práctica diaria es aún minoritaria.<sup>6,7</sup> La realidad de la farmacia actual sigue siendo que la dispensación es la actividad que más tiempo ocupa a los farmacéuticos comunitarios.<sup>8-12</sup>

Todo ello refuerza la idea, defendida por algunos autores, de que es preciso investigar sobre la realidad del ejercicio profesional de la farmacia actual<sup>13</sup>, y analizar aspectos de la rutina cotidiana de la farmacia comunitaria<sup>14-16</sup>, en el bien entendido de que sigue siendo imprescindible avanzar en el proceso de cambio de la práctica farmacéutica, y por tanto, necesaria también la investigación sobre la diseminación e implantación de nuevos servicios profesionales.<sup>17,18</sup>

Este es el planteamiento que nos llevó a diseñar el presente estudio, para tratar de analizar aspectos concretos de la realidad actual de nuestra farmacia como paso previo a su posterior reorganización interna a la hora de plantearnos la implantación de nuevos servicios cognitivos en la misma.<sup>19</sup>

La farmacia en la que se desarrolla el presente estudio cuenta con un equipo humano compuesto por cuatro farmacéuticos (titular y tres adjuntos) y tres auxiliares. Participa en programas como el de uso racional de antibióticos<sup>20</sup>, programa de mantenimiento con metadona con 6 pacientes activos y se realizan pruebas de cribado mediante química seca, medida de la presión arterial, del peso y altura, formulación magistral adaptada al RD 175/2001<sup>21</sup> con una media estimada de 2-3 fórmulas/día, incluyendo formulación a terceros a un nivel 2 (cápsulas) y se resuelven consultas tanto sobre la medicación como sobre problemas de salud, con un alto grado de satisfacción por parte de los usuarios.<sup>22</sup> Sin embargo, también la actividad fundamental de la farmacia consiste en la dispensación de recetas: se dispensan aproximadamente 10.000 recetas mensuales provenientes fundamentalmente del SVS/Osakidetza.

Debido a que por las tardes no hay actividad médica en el Centro de salud más próximo, la demanda asistencial de la farmacia comunitaria está concentrada fundamentalmente en el horario de mañana.

Entre el gran volumen de recetas dispensadas nos llamó la atención la existencia de errores de cumplimentación que debemos corregir antes de proceder a su facturación. Esto supone una carga adicional de trabajo, fundamentalmente administrativo.

El objetivo de este estudio es evaluar el número de recetas mal cumplimentadas que recibíamos y el

tiempo que se empleó en su corrección, con el fin de poder cuantificar este tiempo en datos reales y así dar un primer paso en la mejora de la organización de las tareas a nivel interno.

## METODO

Para conocer el porcentaje de recetas mal cumplimentadas que deben de ser corregidas en la farmacia previamente a su inclusión en el proceso de facturación de las mismas, se procedió a recoger y separar todas las recetas financiadas por el SVS que fueron dispensadas durante una hora en tres días diferentes. Sólo se analizaron las recetas financiadas por el SVS/Osakidetza.

Los días elegidos para la realización del estudio fueron: jueves 05/02/04, de 10h a 11h; miércoles 11/02/04, de 11h a 12h; y martes 17/02/04, de 12h a 13h. Las recetas dispensadas en esos periodos de tiempo fueron separadas del resto y procesadas como se explica a continuación.

Cada día, se fotocopiaron las recetas objeto de estudio y un miembro del equipo procedió a su revisión y posterior corrección de los errores detectados, sin interrupción, apuntando al final, el total del tiempo empleado en el proceso. Mientras tanto otro miembro del equipo fue anotando y señalando los tipos de error para luego poder clasificarlos.

Los errores de prescripción que se detectaron en las recetas se agruparon en tres apartados principales:

- Errores en datos del paciente (ausencia o ilegibilidad del nombre, nº de afiliación al SVS/Osakidetza, etc...)
- Errores en datos del médico (ausencia o ilegibilidad del nombre, número de colegiado o falta de la firma)
- Errores en datos de la receta (ausencia de posología y/o fecha)

Dentro de cada apartado principal se distinguieron dos subgrupos: recetas cumplimentadas a mano y recetas informatizadas.

## RESULTADOS

Durante los tres días de duración del estudio, se analizaron un total de 363 recetas para las que se empleó un tiempo de 52 minutos. Su distribución en función del tipo de aportación fue de 273 recetas de pensionistas (75%) y 90 recetas correspondientes al Régimen General (25%). El tiempo medio empleado por receta fue de 0,143 minutos (Tabla 1).

Algo más de la mitad de las recetas analizadas estaban cumplimentadas a mano (58%), mientras que el 42% estaban informatizadas. En 232 recetas se detectó algún error (64%). De ellas, el 78% eran manuales y el 22% informatizadas. Por otra parte, el 77% de las recetas correctas (101) estaban informatizadas mientras que el 23% estaban hechas a mano. (Tabla 2)

Tabla 1. Tiempo de corrección de las recetas con errores de cumplimentación.

Recetas	Día 1 05/02/04	Día 2 11/02/04	Día 3 17/02/04	Total
R. gral.	29	30	31	90
Pensionista	126	60	87	273
Total	155	90	118	363
Tiempo total (min.)	23	9	20	52
T/Rx (min/receta)	0,148	0,100	0,169	0,143

Tabla 2. Distribución de los errores según origen de las recetas.

	Correctas		Incorrectas		Totales	
Recetas a mano	30		181		211	58%
Recetas informatizadas	101		51		152	42%
Recetas totales	131	36%	232	64%	363	100%

Del total de recetas cumplimentadas manualmente (211) sólo el 14% eran correctas (30), mientras que en las informatizadas (152) se llegaba al 66% (101) (tabla 2)

Se hallaron errores en datos del médico en 12 recetas (5,2%), en datos de los pacientes en 7 recetas (3,0%) mientras que había errores en datos de la receta en todas las recetas erróneas (100%). Los errores más frecuentes fueron los relacionados con la fecha, presentes en la totalidad de las recetas que contenían algún error. (Tabla 3)

Tabla 3. Tipos de error encontrados.

	Nº Recetas (232 recetas incorrectas)	
Datos del médico	12	5,2%
Datos del paciente	7	3,0%
Posología	11	4,7%
Fecha	232	100%

En el 12 % de las recetas con errores (28) se detectó más de uno, no habiéndose encontrado ningún caso de receta con más de dos errores. En la revisión de las recetas no se detectó ningún error de dispensación.

## DISCUSIÓN

La dispensación es la actividad que más tiempo ocupa a los farmacéuticos comunitarios. La mayoría de los medicamentos precisan receta por lo que este documento se convierte en el medio de comunicación entre el médico y la Farmacia. Cuando un paciente acude a su médico y este instaura un tratamiento farmacológico, lo hace mediante la cumplimentación de una receta médica.

La receta está regulada por el Real Decreto 1910/1984 de 26 de septiembre sobre receta médica, y en la práctica la cumplimentación por el médico de la receta resulta complicada y trabajosa

y es vista como un exceso de burocracia. Además parece que la actual estructura de receta, (un medicamento – una receta) va en contra de las líneas de pensamiento actuales tendentes a priorizar al paciente ante todo.<sup>23</sup> Bajo esta filosofía, probablemente deberíamos pensar en un paciente y, por tanto, en su estrategia terapéutica en su conjunto, con una única receta para ella. El problema se agrava cuando, además, la receta pasa de ser un documento sanitario a un documento de cobro del medicamento.

Para materializar dicho cobro, en la farmacia debemos de realizar un ingente trabajo administrativo de facturación, basado en los diferentes Concierdos que las diferentes Consejerías de Sanidad de las CCAA firman con los Colegios de farmacéuticos. Para, al final cobrar con éxito, la receta debe de ir correctamente cumplimentada.

Como es una realidad, confirmada en el presente estudio en el que el 64% de las recetas eran administrativamente incorrectas, en todas las farmacias comunitarias se solventa este tipo de deficiencias cuando estas están presentes. Esto conlleva un consumo de tiempo que podría ser utilizado en la realización de otras tareas.

De los datos obtenidos podemos concluir que en una farmacia que facture 10.000 recetas al mes, si asumimos que el 64% de las recetas contienen errores que deben de ser subsanados, podemos concluir que debemos dedicar una persona 15,25 horas al mes para este trabajo. (Figura 1)

$$10.000 \text{ recetas} \times 64\% = 6.400 \text{ recetas incorrectas}$$

$$6.400 \times 0,143 \text{ min/receta} = 915,20 \text{ minutos/mes}$$

$$915,20 \text{ min./mes} = 15,25 \text{ horas/mes}$$

Figura 1. Estimación del tiempo empleado en la subsanación de errores de cumplimentación en las recetas.

La mayoría de los errores se producen en recetas cumplimentadas a mano, sobre todo por falta de fecha. Lo sorprendente es que en las recetas informatizadas también se producen errores, aunque en menor proporción (Errores: 33% recetas informatizadas vs. 86% manuales). Los errores en las recetas informatizadas son debidos fundamentalmente a la emisión de recetas conteniendo todas ellas la misma fecha, o periodos de tiempo superiores a los que permite la ley.<sup>24</sup>

En este trabajo hemos pretendido referirnos exclusivamente a las denominadas anomalías del proceso de uso (APU) administrativas<sup>12</sup>, sin tratar de analizar la importancia de los errores en la receta médica en relación con la calidad de dispensación, como se ha hecho por otros autores.<sup>25,26</sup> Sin embargo también desde este abordaje poco clínico y más administrativo podemos concluir que la receta médica debería venir cubierta de forma más detallada, completa y clara. Parece importante apoyar la progresiva implantación de receta informatizada y, en su caso, de la receta electrónica en el futuro para evitar la existencia de este tipo de errores.

Aunque no era el objetivo de este trabajo, no se detectó ningún error de dispensación. Trabajos realizados en los EEUU ofrecen cifras que varían entre el 0,2% y el 10% de las recetas dispensadas<sup>27</sup>. En nuestro país, las cifras que se manejan a nivel hospitalario son similares<sup>28</sup>, aunque los estudios en farmacia comunitaria ofrecen valores inferiores, entre el 0,05 y el 0,23%<sup>29,30</sup>, probablemente debido al sistema de envasado de medicamentos que tenemos.

El número de recetas sin posología que encontramos es bajo, 4,7% de las recetas con errores, a diferencia del que encuentran otros autores que cifran este dato en 2/3 de las recetas<sup>31</sup>, o más (47%).<sup>32</sup>

## CONCLUSIONES

Se confirma el alto número de recetas incorrectas (64%) pudiéndose definir todos ellos como APU administrativas.

Esto supone, en nuestra farmacia, 15,25 horas/mes de una persona dedicada exclusivamente a corregir errores

Las recetas manuales contienen un mayor número de errores que las informatizadas, por lo que en tanto en cuanto no esté disponible una receta electrónica, es importante la implantación de recetas cumplimentadas mediante ordenador.

El error más frecuente es el relacionado con la fecha, por su ausencia en las recetas manuales, o por errores, ya que vienen todas las recetas para tres meses con la misma fecha, o porque se hacen recetas para periodos de tiempo más largos que los autorizados por la ley

El número de recetas sin posología es bajo a diferencia del descrito por otros autores.

No encontramos errores de dispensación.

## Bibliografía / References

- 1 Holland RS, Nimmo CM. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm* 1999; 56:1758-64
- 2 Fernández-Llimós F, Tuneu L, Baena MI, García-Delgado A, Faus MJ. Morbidity and mortality associated with pharmacotherapy. Evolution and current concept of drug-related problems. *Curr Pharm Des.* 2004; 10(31): 3947-3967
- 3 Martin-Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural process and implementation programs of Pharmaceutical care in different countries. *Curr Pharm Des.* 2004; 10(31): 3969-3985
- 4 Farris KB, Schopfloeher DP. Between the intention and behavior: an application of community pharmacists' assessment of pharmaceutical care. *Soc Sci Med* 1999; 49: 55-56
- 5 Grupo de Expertos. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001
- 6 Posey LM. Proving that pharmaceutical care makes a difference in community pharmacy. *Viewpoint. J Am Pharm Assoc* 2003; 43:136-139
- 7 Tice B. Pharmaceutical care : a necessary "disruptive innovation" in health care. *J Am Pharm Assoc* 2002; 42: 381-382
- 8 Community Pharmacist's work activities in the United States during 2000. *J. Am. Pharm. Assoc.* 2002; 42: 399-406  
Schommer JC, Pedersen CA, Doucette WR, Gaither CA and Mott DA.
- 9 Informe Libro Blanco sobre La Aportación del Farmacéutico a la Calidad de la Asistencia Sanitaria en España. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Página 32. Madrid. 1997
- 10 Marquez R. Análisis de la distribución del tiempo de 16 farmacéuticos comunitarios de la provincia de Badajoz. *Pharm Care Esp* 2003; 5 (Extr): 136 -142
- 11 Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Valoración del Consejo Sanitario de las Oficinas de Farmacia. Madrid: Acción Médica; 2003.
- 12 Gastelurrutia MA, Fernández Llimós F. Dispensación. *Aula de la Farmacia* 2004; 1(3): 10-26
- 13 van Mil Foppe. Pharmacy, World and Science? (Editorial) *Pharm World Sci* 2003; 25(4) : 127.
- 14 Vazquez I, Fernández-Llimós F Aspecto físico de las especialidades farmacéuticas españolas. *Pharm Care Esp* 1999; 1:194-197
- 15 Andrés MI, Avis I, Andrés L. Gestión de encargos en la oficina de farmacia: valoración de la disponibilidad por tipo de artículo. *Pharm Care Esp* 2001; 3 (Extr): 101 -114
- 16 Vazquez I, Fernández-Llimós F, Gastelurrutia MA. Respuesta a la solicitud de información sobre límites de tolerancia en el almacenamiento de especialidades de conservación en frigorífico. *Pharm Care Esp* 2003; 5 (Extr): 136 -142
- 17 Roberts A S, Hopp T, Sorensen E W, Benrimoj S I., Chen T F, Herborg H, et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharm World Sci* 2003; 25(5): 227 – 234
- 18 Gastelurrutia MA. Carta del director.(Editorial) *Boletín de la SEFAC.* 2002; 3: 3-4
- 19 Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care Practice.* Pag. 268-269. McGraw-Hill.1998. New York
- 20 Gastelurrutia MA, Larrañaga B, Ortega B, Puntonet L. Evaluación del programa de uso racional de antibióticos en Gipuzkoa. Primera Fase: 1999-2000 *Pharm Care Esp* 2002; 4: 143-157
- 21 Real Decreto 175/2001 por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales.
- 22 Gastelurrutia MA, Gil de San Vicente O, Erauncetamurgil O, De Escalza P, Fernández-Llimós F. Assessing customers expectations and satisfaction at a pharmacy lacking advanced professional cognitive services. 64th Congress of FIP, New Orleans. September 2004.
- 23 Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47: 533-543

- 24 Fernández I, Goikoetxea B, Mitxelena I. Evaluación del comportamiento del paciente pensionista con recetas de patologías de larga duración. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(supl 1): 24-48
- 25 Casal C, Losada MJ, Marín C, Rodríguez AM. Procedimiento básico para reducir errores de medicación en la dispensación. *Pharm Care Esp* 2003; 5 (Extr): 95 -105
- 26 Lyra Júnior DP, Prado MCTA, Abriata JP, Pelá IR. Recetas médicas como causantes de riesgo de problemas relacionados con medicamentos. *Seguim Farmacoter* 2004; 2: 86-96
- 27 Flynn EA, Barrer KN, Carnahan BJ. National observational study of prescription dispensing accuracy and safety in 50 pharmacies. *J Am Pharm Assoc* 2003; 43: 191-200
- 28 Pérez JJ, Pastor E, Juan J, Jiménez NV Análisis de un sistema automatizado de dispensación individualizada de medicamentos en una unidad de cuidados intensivos. *Farm Hosp.* 1998; 22:81-87
- 29 Fernández M, Índice de errores de dispensación en una farmacia. *Pharm Care Esp* 2002; 4: 66-71
- 30 Lozano C, Blasco P, Hernández MR, Vallcanera JL, López MJ, Just MJ, et al. Estudio de errores de dispensación en oficinas de farmacia de Valencia. *Pharm Care Esp* 2004; 6: 53-58
- 31 Cabal R. Uso de amiodarona: indicador de riesgo en atención farmacéutica. *Pharm Care Esp* 2003; 5 (Extr): 95 -105
- 32 Ibáñez J, Caelles N, Rodríguez L, Fernández E, garcía M, Tuneu L. Análisis de la cumplimentación de las recetas en algunas farmacias comunitarias. *Pharm Care Esp* 1999; 1:198-201