

INFORMACIÓN QUE LAS PERSONAS RECIBIERON SOBRE LOS MEDICAMENTOS DURANTE LA CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Luis Guillermo Jiménez Herrera

Profesor, Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica.

Correspondencia: Dr. Jiménez, tel (506)207-5406, 207-5407 y 207-3165; fax (506)225-3574, 207-3426; lgjimene@cariari.ucr.ac.cr, lgjhfa@gmail.com, lgjh@costarricense.cr
Manuscrito recibido 24-11-2006, versión corregida recibida el 27-11-2007.

RESUMEN

Como parte del uso racional de medicamentos se requiere de una prescripción basada en una terapéutica razonada y que la persona usuaria de medicamentos reciba una adecuada información que ayude a la adherencia al tratamiento.

Este trabajo es parte de un estudio multicéntrico en Latinoamérica sobre la información que recibieron las personas respecto a los medicamentos durante la consulta médica ambulatoria en un centro de la Seguridad Social.

Se entrevistaron inmediatamente después de recibir atención médica, en forma voluntaria, anónima, intencional o no probabilística 500 personas; se obtuvieron datos generales e información recibida sobre el problema de salud, el medicamento, las instrucciones y lo escrito en la prescripción, se creó un índice que luego se reagrupó en tres categorías para valorar si la persona estaba bien, regular o mal informada (o).

Los hallazgos mostraron que las personas entrevistadas en un 21% estaban bien, 60% regular y 19% mal informadas; los factores relevantes relacionados con el proceso de información fueron: sexo ($p=0,005$), edad ($p=0,001$), si fue la primera vez que utilizaba el medicamento ($p=0,00$) y el número de enfermedades de base ($p=0,008$); por otra parte, el tiempo que dura la consulta ($p=0,06$) no resultó significativo. Además, hubo casos en que las personas mostraron confusión entre el diagnóstico de consulta y el medicamento que recibieron como tratamiento; las mujeres resultaron más informadas que los hombres y no todas las personas tenían claridad sobre la información que deben de conocer sobre los medicamentos.

En conclusión, este estudio demostró que la comunicación paciente-personal médico es insuficiente o resulta no ser efectiva, y esto puede afectar los resultados que se esperan de las intervenciones fármaco-terapéuticas en el contexto de la atención de la salud.

Palabras clave: información, medicamento, paciente, consulta médica ambulatoria.

INTRODUCCIÓN

Como parte de un acceso racional de las personas a los medicamentos disponibles, se requiere de un acertado criterio médico al prescribir, de modo que el medicamento de acuerdo al diagnóstico sea el adecuado en cuanto a dosis, frecuencia, duración de tratamiento y costo (1,2). Tanto los factores relacionados con los medicamentos, como los de la (del) médica (o) y de la (del) paciente, confluyen en una terapéutica razonada (3); la cual se constituye en la base de la Buena Práctica de Prescripción (BPP) que se propone desde la Organización Mundial de la Salud. Por ende, la prescripción médica es un proceso vital, dada las consecuencias que puede tener (4,5); de modo que las personas deben recibir la información, en contenido y en forma adecuada, pues son elementos que contribuyen a la adherencia terapéutica (6,7).

Con recursos y estrategias apropiadas se debe encausar el proceso de comunicación entre profesional y paciente, principalmente cuando se instaure o se da seguimiento a la terapia farmacológica, corroborando el conocimiento de las personas sobre los medicamentos, haciendo uso de diversas técnicas o procedimientos confirmatorios que aseguren que la persona utilizará esa información de la manera correcta (7,8) y en especial, para evitar o disminuir eventuales problemas relacionados con los medicamentos (9,10).

Los datos utilizados para este trabajo forman parte del estudio multicéntrico coordinado por DURG-LA (Drug Utilization Research Group Latin América) y GAPURMED (Grupo Argentino para el Uso Racional de Medicamentos) y desarrollado con la intención de determinar errores en la prescripción al observar la redacción de la receta, las instrucciones y las advertencias sobre los medicamentos.

El estudio se realizó con el objetivo de valorar la información que las personas percibieron por parte del personal médico relacionada con los medicamentos durante la consulta médica ambulatoria.

METODOLOGÍA

El estudio se realizó durante el mes de noviembre del año 2005, en la Clínica Dr. Carlos Durán Cartín de la Caja Costarricense de Seguro Social, situada en la Gran Área Metropolitana y con una población de atracción mayor a las 100.000 personas. Se hizo en esa clínica por aspectos logísticos, se obtuvo los permisos de las autoridades del centro y del Comité de Bioética Local.

Se entrevistaron 500 personas de forma voluntaria y anónima, la cifra no probabilística fue seleccionada por conveniencia y la entrevista fue inmediatamente después de la consulta médica ambulatoria donde la persona recibió una prescripción médica y que fue parte de los insumos de obtención de datos; en caso de menores de edad se entrevistó a la persona adulta.

El instrumento de recolección de datos fue diseñado y validado por los coordinadores del estudio multicéntrico, su estructura contempló documentar la siguiente información:

Generalidades: sexo de la (del) paciente, edad, tipo de consulta médica: general, especializada, urgencias; duración de la consulta, ¿primera vez que utiliza el medicamento?, sabe leer la persona, tiene enfermedad de base ¿Cuál (es)?.

Información recibida sobre:

- a) Problema de salud actual al momento de la entrevista ¿Conoce el diagnóstico? ¿Cuál?, ¿Conoce el objetivo del tratamiento Tx indicado? ¿Cuál?;
- b) Sobre el medicamento el cual se seleccionó al azar ¿Conoce el efecto? ¿Cuál?, ¿Sabe la duración del tratamiento? ¿Cuánto tiempo?, ¿Le explicaron qué sucede si no lo toma?, ¿Cuáles RAM puede tener?, se utilizó un lenguaje apropiado y se solicitó que mencionara al menos dos;
- c) Sobre las instrucciones ¿Médica (o) corroboró si paciente comprendió las instrucciones?, ¿De qué manera lo hizo?, ¿Sabe cuándo es la próxima visita?;
- d) Escrita en la receta ¿Datos personales de la (del) paciente?, ¿Datos personales de prescriptora (or)?, sexo ¿Fármaco prescrito por marca? (verificado en la receta), ¿Medicamento prescrito por nombre genérico? ¿Cuál DCI (Denominación Común Internacional)?, ¿Fue escrita la forma farmacéutica?, ¿Cuál?, ¿Fue escrita la dosis?, ¿Cuál?, ¿Fue escrito el intervalo de dosis?, ¿Cuál?.

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 13.0 a través de una descripción básica y luego se creó un índice de conocimiento utilizando 8 variables dicotómicas (SI=1, NO=0): conoció diagnóstico, conoció el objetivo del tratamiento, conoció el efecto del medicamento, sabe duración del tratamiento, sabe qué sucede si no toma lo toma, conoce RAM, el (la) médico (a) corroboró si la persona había comprendido las instrucciones recibidas, conocía cuándo era la próxima visita al (la) médico (a). El índice muestra el número de personas según sus respuestas a esos ítems, desde 0 = todas las respuestas afirmativas y hasta 8 = todas las respuestas negativas; se reagrupó en tres categorías de conocimiento, a saber: bien informado (a) con 0-2 respuestas negativas; regular informado (a) con 3-5 respuestas negativas, mal informado con 6-8 respuestas negativas; finalmente se realizó un análisis de varianza del índice.

RESULTADOS

Del total de 500 personas entrevistadas, un 66.4% (n= 332) eran mujeres, un 48% tenía entre 49 y 93 años, 27% con edad entre 28-48 años y el 25% restante tenían menos de 27 años; un 96,4% confirmó que sí sabían leer, en tanto que un 2.4% de las mujeres no sabían leer. Un 61.6% fueron atendidos en la consulta de Medicina General (n= 308), un 23.6% (n= 118) en la consulta médica especializada y el resto (14.8%) en Urgencias. El 37% de las personas no reportaron estar cursando con enfermedad, mayoritariamente las de menor edad; los demás reportaron el padecimiento de una (31.0%), dos (18.6%), tres (10.6%) y cuatro (2.8%) enfermedades distintas; destacó hipertensión arterial (30%), diabetes (7.2%), asma (4%) y los trastornos con los lípidos (2,4%). Con relación a los medicamentos, se registró que un 34.6% de las personas recibieron ese medicamento por primera vez.

Con respecto a la información recibida sobre el problema de salud actual, se documentó que un 92,2% de las personas conocía el diagnóstico y un 74,6% el objetivo del tratamiento; los diagnósticos que se mencionaron con mayor frecuencia fueron: 68 (13,6%) infecciones, 39 (7,8%) dolor lumbar o de cadera y 36 (7,2%) gripe.

En cuanto a la información recibida sobre el medicamento, un 66,0% conoce el efecto del medicamento, un 45,8% no sabía la duración del tratamiento, a un 72,6% no le explicaron qué sucede si no toma el medicamento y un 93,2% no conoce las RAM que puede tener si toma el medicamento. Además, las personas que sabían las RAM, refirieron somnolencia (2,2%), gastritis (1,2%) y disminución del potasio (0,4%).

Sobre las instrucciones que habrían sido recibidas, un 70,6% mencionó que el profesional médico no corroboró si la persona había comprendido las instrucciones recibidas y un 45,6% no sabía cuando sería la próxima cita médica.

Con relación a la información escrita en el formulario de prescripción médica, se pudo establecer que el 99,6% tenían los datos personales de la (del) paciente, el 98,6% tenían los datos del profesional prescriptor (38,6% médicos mujeres y 61,4% médico varón).

En un 55,2% de los casos, el medicamento fue prescrito por su nombre como marca registrada y, los medicamentos prescritos con mayor frecuencia usando la marca registrada fueron 31 (6%) Torfán® (dextrometorfano), 20 (4%) Ardine® o Bromofex® (jarabe descongestionante) y 19 (3,8%) Motrín® (ibuprofeno); solo en un 41% se encontró escrita la forma farmacéutica y en el 6% no estaba escrito el intervalo de dosificación.

Al contrastar la opinión de la persona entrevistada con los medicamentos indicados; es decir, la autopercepción de su problema de salud actual o su interpretación versus el tratamiento prescrito, pero **sin** verificar diagnósticos en el expediente clínico, destacó lo siguiente:

- 18 casos con antibióticos en los que la persona aseguró que había entendido como diagnóstico que tenía una gripe o resfriado
- 5 casos con antibióticos que, según la persona, eran para el control del dolor o de la inflamación
- amitriptilina para un caso de cefalea, otro caso de "dolor de garganta" y un caso de dolor en el hombro
- 5 mg de dexametasona intramuscular como tratamiento único para una faringoamigdalitis
- hidroxicina 25 mg para tratar la picazón de oídos
- 2 casos de resfriados para "curar" con AINES (antiinflamatorios no esteroideos)

ÍNDICE DE CONOCIMIENTO: Las variables consideradas se agruparon en dos factores bien definidos, el primero con relación a la información sobre el problema de salud y el segundo acerca de la información sobre los medicamentos y las instrucciones recibidas, generando un 33% de la variabilidad en el índice creado. En el cuadro 1 se muestra la distribución del número de personas según sus respuestas negativas en el índice en general, mientras que en la tabla 2, se expone la distribución de las personas según sus respuestas negativas en el índice pero reagrupadas en las tres categorías de conocimiento establecidas.

Cuadro 1. Distribución del número de personas según sus respuestas de conocimiento. Clínica de la CCSS, noviembre 2005.

Nº de respuestas negativas	Nº de personas	Porcentaje
0	10	2,0
1	34	6,8
2	63	12,6
3	90	18,0
4	108	21,6
5	100	20,0
6	58	11,6
7	29	5,8
8	8	1,6
Total	500	100,0

Fuente: Encuesta Información sobre medicamentos, 2005.

Cuadro 2. Número de personas según su categoría de conocimiento. Clínica de la CCSS, noviembre 2005.

Categoría de conocimiento	Nº de personas	Porcentaje
Bien informadas	107	21,4
Regular informadas	298	59,6
Mal informadas	95	19,0
Total	500	100,0

Fuente: Encuesta Información sobre medicamentos, 2005.

La distribución de las personas en las tres categorías del índice de conocimiento reagrupadas según sus características y condiciones se muestra en el cuadro 3.

Con base en la información anterior, de acuerdo con los resultados del análisis de varianza que se muestran en el cuadro 4, se encontró cuatro variables importantes con relación al índice de conocimiento reagrupado, las que muestran diferencia estadísticamente significativa al 95% de confianza ($p < 0,05$); en tanto que el tiempo que dura la consulta no resultó ser un factor relevante en cuanto al conocimiento sobre los medicamentos por la persona atendida.

DISCUSIÓN

Este estudio valoró el grado de información recibida de los medicamentos desde la perspectiva de las personas durante la consulta médica ambulatoria. Contempló dos grandes factores relacionados entre sí, el problema de salud de la persona y la información que recibe sobre los medicamentos, se encontraron algunos estudios previos que hacen referencia a tópicos de interés considerados en este trabajo (3-23).

El grado de información que capta una persona depende de sus características propias y es un fenómeno complejo que se ve afectado por elementos inherentes e indivisibles a la persona o también

a algunos que son externos a ella, que lo hace multicausal y por ser un proceso social esto se evidenció en el índice de conocimiento que un 33% fue explicado por las variables utilizadas.

Cuadro 3. Distribución de las personas según su categoría de conocimiento según sus características y condiciones. Clínica de la CCSS, noviembre 2005.

Condición de la persona	Bien informadas	Regular informadas	Mal informadas
-mujer	76	201	55
-hombre	31	97	40
-menor de 27 años	18	74	33
-de 28 a 48 años	28	81	26
-mayor de 49 años	61	143	36
-atendida en CMG	68	182	58
-atendida en CMU	5	49	20
-atendida en CE	34	67	17
-consultó 10-20 minutos	71	181	56
-atendida por una médica	70	174	63
-atendida por un médico	37	124	32
-conoce diagnóstico	107	282	72
-conoce objetivo Tx	98	255	20
-sabe efecto medicamento	106	211	13
-conoce duración Tx	104	152	13
-conoce que sucede si no toma medicamento (s)	77	59	1
-conoce las RAM	24	9	1
-no conoce RAM	83	289	94
-médico (a) corroboró comprensión de instrucciones	87	57	3
-conoce cuando será la próxima visita médica	93	157	22
-medicamento les fue prescrito por marca registrada	58	162	56
-medicamento fue prescrito por genérico o DCI	49	136	39

Fuente: Encuesta Información sobre medicamentos, 2005.

Entre las características de las personas y que resultaron estadísticamente significativas en este trabajo se encuentran el sexo, el número de enfermedades de base y la edad (11); aunque fueron entrevistadas más mujeres que hombres, ellas resultaron mejor informadas, lo que sugiere que se preocupan más que ellos por los problemas de salud (12); además a menor número de enfermedades y a mayor edad, se encontró que la persona estaba más informada, confirmando la importancia de aquellos procesos tendientes al auto-cuidado de la salud, en especial los de carácter preventivo, pues perduran a través del tiempo y son los que pretenden disminuir el número de eventos mórbidos.

En el proceso de atención a las personas, muchas veces se recurre a la utilización de medicamentos y cuando se recibe por primera vez, es el momento ideal, aunque no el único, en el que la persona debe recibir una adecuada información sobre la medicación (10), por lo que resulta imprescindible corroborar ese conocimiento mediante diversas técnicas o estrategias confirmatorias, asegurando que utilizará esa información de la manera correcta según su situación particular (7,8), para obtener así una mayor efectividad en las intervenciones (13) y mejorar también la adherencia terapéutica (6).

Cuadro 4. Análisis de varianza para el índice de conocimiento reagrupado según variables específicas. Clínica de la CCSS, noviembre 2005.

Variable	F	prob >F
Sexo de la persona	2,816	0,005
Edades agrupadas	3,385	0,001
Primera vez que utiliza el medicamento	4,198	0,000
Número de enfermedades de base	2,621	0,008
Duración en minutos de la consulta	1,8669	0,063

Fuente: Encuesta Información sobre medicamentos, p <0,05, 2005.

Se comprobó como las personas no captan adecuadamente la información de interés referida a su medicación y aunque altos porcentajes de personas mencionaron que sabían el diagnóstico y el objetivo del tratamiento indicado; al mismo tiempo, también altos porcentajes no sabían el efecto del medicamento, la duración del tratamiento, ni eran capaces de reconocer posibles RAM, ubicándolas en una condición de riesgo al no poder actuar de inmediato o con prudencia según la situación.

Esa ruptura en el proceso de comunicación y de comprensión adecuada (14) de los elementos necesarios para obtener resultados efectivos, fueron palpables mediante el divorcio encontrado entre la prescripción, lo que la persona entendió de su problema de salud como diagnóstico y lo que la (el) galena (o) le indicó a la persona en la consulta médica cuando le atendió, aunque evidentemente no se contrastaron todos esos puntos fielmente; sin embargo, esos son claros ejemplos de no comprensión por parte de la persona sobre la información recibida y por lo tanto, es considerada como una falla (15,16) del proceso de información, el cual debe ser explícito dentro del proceso de prescripción, pues el mismo es un arte que se debe formar y cultivar, junto a la ayuda que proporciona un trabajo en equipo para dar una atención integral en salud, de ahí que no es solo cuestión de tomar decisiones sobre cual medicamento prescribir (17,18,19,20) ya que las consecuencias (13) que tiene la información brindada sobre los medicamentos es muy importante (6,7).

En otro estudio se evidenció como desde el mismo centro de salud, las personas no retiran sus medicamentos del servicio de farmacia o no los utilizan como debieran luego de retirarlos (11), de ahí que las consecuencias de su falta de educación y reflejada en la falta de adherencia que lleva implícito entre otros, los costos de oportunidad (21).

Por otra parte y aunque el tiempo que tarda la consulta médica puede ser un factor que se utilice como justificante sobre el grado de información que se ofrece a la persona, en esta ocasión no resultó ser relevante, del todo no se puede descartar como una medida de calidad, pues al igual que otros factores debe ser considerado al afectar las acciones de otras personas (13,22).

Algunos estándares dados en el ámbito internacional y recomendados para la BPP, es utilizar el nombre genérico o DCI (15,23,24,25) y no la marca registrada, la cual puede tener una connotación influenciada por factores comerciales (23), también se requiere la utilización de una letra clara y legible en la prescripción, indicar el nombre y código de la (del) prescriptora (or), indicar la forma farmacéutica, el intervalo de dosificación, la duración del tratamiento, que junto a otros elementos deben quedar bien claros para la (el) paciente y que se comprobó a través de este trabajo que no se siempre se cumplen.

Por lo tanto, la comunicación entre profesionales en Medicina y las personas que acuden a ellas/os para la atención médica (26) no es suficiente o efectiva en todos los casos, lo cual puede afectar los resultados que se esperan de los procesos de las intervenciones médicas en salud.

Agradecimientos: a las autoridades y a los funcionarios de la CCSS, especialmente al personal de la Clínica Dr. Carlos Durán Cartín, así como a mis asistentes universitarios por su colaboración y apoyo.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Uso racional de medicamentos. I Conferencia de Expertos. Nairobi, Zambia; 1985 Nov 25-29.

2. Organización Mundial de la Salud. Uso racional de medicamentos: progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS; 2006 May. Informe de la secretaria. EB 118/6.
3. Organización Mundial de la Salud. Guía de la Buena Prescripción. Programa de Acción de Medicamentos Esenciales. Suiza. 1998. (116 páginas en pantalla). Disponible en: URL: <http://www.icf.uab.es/universidad/gbp/castella/gbp.pdf>.
4. Dean B; Schachter M; Vincent Ch; Barber N. Causes of prescribing error in hospital inpatients: a prospective study. *The Lancet* 2002. 359 (9315): 1373-1378.
5. Organización Mundial de la Salud. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS; 2002.
6. Osterberg L; Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med*. 2005; 353: 487-97
7. Bradbury F. How important is the role of the physician in the correct use of a drug? An observational cohort study in general practice. *Int J Clin Pract Suppl*. 2004; 144:27-32.6.
8. Hayes K. Designing written medication instructions: effective ways to help older adults self-medicate. *J Gerontol Nurs*. 2005; 31(5):5-10.
9. Britten N; Stevenson FA; Barry CA; Barber N; Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ* 2000; 320:484-8.
10. Daal JO; Lieshout VJJ. Falls and medication in the elderly. *Netherlands The Journal of Medicine*. 2005; 63(3): 91-96.
11. Jiménez HLG; Blanco SR. Medicamentos subutilizados en el ámbito comunitario, Área Salud Coronado, CR. *Revista Costarricense de Salud Pública*. 2006; 28:50-61.
12. Green CA & Pope Cr. Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. *Social & Science and Medicine*. 1999; 48:1363.1372.
13. Majumdar SR; Soumerai SB. Why most interventions to improve physician prescribing do not seem to work. *Commentary. CMAJ*, 2003; 169(1).
14. Acurcio FA; Perini E; Magalhaes SM; Terceiro LG; Vieira FJM; Coutinho KE et al. Analysis of medical prescriptions dispensed at health centers in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(1):72-9.
15. Pugh M; Fincke G; Bierman A; Chang B; Rosen A; Cunningham F et al. Examining prescriptions for psychiatric disease or chronic pain may be critical for reducing inappropriate prescribing *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53(8):1282-1289.
16. Dean B; Barber N; Schachter M. What is a prescribing error?. *Quality in Health Care* 2000; 9:223-237.
17. Gupta AK, Cooper EA, Feldman SR, Fleischer AB Jr, Balkrishnan R. Analysis of factors associated with increased prescription illegibility: results from the National Ambulatory Medical Care Survey, 1990-1998. *Am J Manag Care*. 2003; 9(8):548-52
18. Alastrue LJI, Meneu de Guillerma R, Peiro MS. Análisis de las opiniones, actitudes y conocimientos de los médicos de los centros de salud de Valencia sobre la eficacia y la eficiencia en la prescripción de medicamentos. *Aten Primaria*. 1998; 21(3):165-71.
19. Caamaño F; Figueiras A; Gestal-Otero JJ. Condicionantes de la prescripción en atención primaria. *Aten Primaria*. Enero 2001; 27(1):43-8.
20. Jolín GL; Bun M; Prados TS; Vicens CC; Abánades HJC; Cabedo GV et al. Factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de atención primaria. *Aten Primaria*. 1998; 22(6):391-8.
21. Perdreau S, Bonneaux F, Birge J, Labrude P. Prescription practices: an audit of prescription quality among Lorrain general practitioners. *Ann Pharma Fr*. 2005; 63 (3):228-32.
22. Barber N; Rawlins M; Dean FB. Reducing prescribing error: competence, control, and culture. *Qual Saf Health Care* 2003; 12:i29.
23. Goodman B. Do drug company promotions influence physician behavior?. *West J Med*. 2001; 174(4): 232-233.
24. Robertson J; Fryer JL; O'Connell DL; Smith AJ; Henry DA. Personal formularies. An index of prescribing quality?. *Eur J Clin Pharmacol*. 2001; 57(4):333-41.
25. Santos V; Nitrini SM. Prescription and patient-care indicators in health care services. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(6):819-26.
26. Aspden P; Wolcott, JJ; Bootman L; Cronenwett LR (editors). *Preventing Medication Errors: Quality Chasm Series*. Board on Health Care Services (HCS). Institute of Medicine IOM; 2006.

JL