



Proyecto sobre dispensación excepcional en el Principado de Asturias

Irene Jaraiz Magariños¹ , Alicia F. Martínez², Eduardo Satué de Velasco³ , Eduardo Agustín⁴, Silvia López⁵, José Luis Allué⁶

1. Farmacéutica comunitaria en Avilés (Principado de Asturias). 2. Farmacéutica comunitaria en La Caridad (Principado de Asturias). 3. Farmacéutico comunitario en Maella (Zaragoza, Aragón). 4. Farmacéutico comunitario en Castro-Urdiales (Cantabria). 5. Farmacéutica comunitaria en Avilés (Principado de Asturias). 6. Farmacéutico comunitario en Zaragoza (Aragón).

PALABRAS CLAVE

Farmacia comunitaria, dispensación excepcional, interrupción de tratamientos

ABREVIATURAS

AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

AP: atención primaria.

BOPA: Boletín Oficial del Principado de Asturias.

CCAA: comunidades autónomas.

COF: Colegio Oficial de Farmacéuticos.

FC: farmacia comunitaria.

IC: intervalo de confianza.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

IPC: índice de precios de consumo.

LADME: proceso de liberación, absorción, distribución, metabolismo y excreción

No-EPA: estudio observacional no post-autorización

OMS: Organización Mundial de la Salud

PRM: problema relacionado con los medicamentos

SEFAC: Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria

SESPA: Servicio de Salud del Principado de Asturias.

SPFA: servicio profesional farmacéutico asistencial

TSI: tasa de aportación individual a la Seguridad Social

RESUMEN

La farmacia comunitaria (FC) se enfrenta a diario con situaciones que impiden la dispensación adecuada del medicamento, poniendo en riesgo la continuidad de los tratamientos por parte de los pacientes, lo cual se traduce en problemas relacionados con los medicamentos (PRM). A través de este estudio piloto realizado en el Principado de Asturias, se ha querido cuantificar el número de incidencias de este tipo relacionadas con aquellos aspectos de la prescripción que podrían ser fácilmente subsanadas por el farmacéutico comunitario a través de intervenciones sencillas en el momento de la dispensación. Se llevó a cabo un estudio en diez farmacias de esta comunidad autónoma en el horario de apertura habitual a lo largo de quince días laborables. La muestra incluyó un total de 32.331 envases dispensados. En él se registraron 406 incidencias susceptibles de dispensación excepcional. La tasa de incidencia total alcanza el 1,26% de las dispensaciones, lo que extrapolando al total de dispensaciones realizadas en Asturias durante el mes de octubre de 2020 daría una cifra de 27.030 dispensaciones totales susceptibles de dispensación excepcional.

La tasa de incidencia total fue inferior en la farmacia urbana (1,03%) frente a la semiurbana y rural (1,37% y 1,39%). La mayor parte de los casos (59,4%) afectó a pacientes con aportación individual a la Seguridad Social correspondiente al 10% (TSI2) y la edad media del paciente fue de 60,8 años. En cuanto al nivel asistencial, el 79% de los casos corresponde a recetas de atención primaria (AP). El tipo más habitual de incidencia es "potencial interrupción por prescripción no activa en el momento de la dispensación (superado el margen de 10 días)" con una tasa de incidencia del 0,61% de las dispensaciones, lo que supondría un total de 13.181 prescripciones susceptibles de dispensación excepcional por este tipo de incidencia.

En cuanto al ahorro económico, se comprobó que 63 de los 406 casos hubiesen requerido necesariamente una consulta médica y el 30% de ellos sería de pacientes en activo. Por lo tanto, los restantes 343 casos, que podrían resolverse a través de dispensación excepcional por parte del farmacéutico comunitario, significarían un ahorro de más de 4.000 consultas y de cerca de 200.000 euros entre costes directos e indirectos si se permitiese la intervención del farmacéutico.

Project on exceptional dispensation in the Principality of Asturias

ABSTRACT

The community pharmacy (CP) tackles every-day situations that hinder proper dispensing of the drug, which endangers the continuity of treatments by patients. This is translated into medicine-related problems (MRPs). This pilot study performed in Asturias sought to quantify the number of incidences of this kind related to those prescription aspects that could be easily corrected by the community pharmacist by means of simple interventions at the time of dispensing. A study was performed in ten pharmacies in this autonomous community at the time of usual opening over two working weeks. The sample included a total of 32,331 dispensed containers. A total of 406 incidences susceptible of exceptional dispensing were recorded. The total incidence rate stood at 1.26% of total dispensing, which when extrapolated to the total dispensing in Asturias during the month of October 2020 would result in a total of 27,030 cases of dispensing subject to exceptional dispensing.

Recibido: 02/11/2022

Aceptado: 27/12/2022

Disponible **online**: 02/01/2023

Cite este artículo como: Jaraiz I, Martínez AF, Satué E, Agustín E, López S, Allué JL. Proyecto sobre dispensación excepcional en el Principado de Asturias. Farm Comunitarios. 2023 Jan 02;15(1):5-12. doi:10.33620/FC.2173-9218.(2023).02

Financiación: ninguna.

Conflicto de intereses: ninguno.

Correspondencia: Eduardo Satué de Velasco [esatue@sefac.org].

ISSN 2173-9218 ©SEFAC (Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria). Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Community pharmacy, exceptional dispensation, interruption of treatments

The total incidence rate was lower in the urban pharmacy (1.03 %) compared to its semi-urban and rural counterpart (1.37% and 1.39% respectively). Most cases (59.4%) had an impact on patients with individual contribution to social security corresponding to 10% (IST2) and the patient's average age was 60.8 years. In terms of care level, 79% of cases correspond to primary care (PC) prescriptions. The most common type of incidence is "potential interruption because the prescription is not active at the time of dispensing (after the period of 10 days)" with an incidence rate of 0.61% of dispensing. This would entail a total of 13,181 prescriptions subject to exceptional dispensing because of this kind of incidence.

In terms of financial savings, it was verified that 63 of the 406 cases would have necessarily required a medical consultation and 30% of them would be active patients. Therefore, the remaining 343 cases, which could be resolved by means of exceptional dispensing by the community pharmacist would entail saving more than 4000 consultations and approximately 200,000 euros among direct and indirect costs if the pharmacist's intervention were allowed.

INTRODUCCIÓN

Las farmacias comunitarias (FC) son establecimientos sanitarios privados de interés público (1) cuya regulación en relación con los servicios que ofrecen a la población está acotada de una forma muy concreta, de tal manera que entre estos servicios no se encuentra la posibilidad de realizar ninguna modificación en los tratamientos de los pacientes sea de la naturaleza que sea.

Sin embargo, la FC (2) se enfrenta a diario con incidencias que impiden la dispensación adecuada del medicamento, poniendo en riesgo la continuidad de los tratamientos por parte de los pacientes, lo cual se traduce en problemas relacionados con los medicamentos (PRM) (3). Estas incidencias a menudo están relacionadas con la caducidad de la receta electrónica, forma farmacéutica, el tamaño del envase, la idoneidad de una presentación determinada o el extravío y/o rotura de la medicación por parte del paciente. En ellas el farmacéutico se ve obligado a derivar al médico de atención primaria (AP) debido a que su intervención superaría sus competencias legales.

La receta electrónica constituye el soporte idóneo para canalizar de forma reglada la intervención del farmacéutico comunitario en estos casos, posibilitando el trabajo conjunto con el médico y el resto de los profesionales sanitarios.

A través de este estudio piloto realizado en el Principado de Asturias se ha querido cuantificar el número de incidencias de este tipo relacionadas con aquellos aspectos de la prescripción que podrían ser fácilmente subsanadas por el farmacéutico comunitario a través de la dispensación excepcional y mediante el soporte de receta electrónica (4).

OBJETIVOS

- Cuantificar el número de incidencias de cada tipo que impiden dispensar el fármaco adecuado.
- Estimar la tasa de incidencia de cada caso de dispensación excepcional global y en cada tipo de farmacia.
- Estimar el ahorro económico que supondría para el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) a través del cálculo de costes directos e indirectos relacionados con la derivación al médico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Metodología

Estudio piloto descriptivo observacional transversal prospectivo, multicéntrico de incidencia de los casos potenciales de dispensación excepcional. Entendiendo como dispensación excepcional la acción del farmacéutico, ante situaciones de urgencia o de necesidad por parte del paciente, por ejemplo, un desabastecimiento, de dispensar el medicamento más adecuado dentro de las posibilidades reales de las que dispone con el fin de garantizar al paciente su disponibilidad y uso adecuado de su medicación de acuerdo con el paciente y sus necesidades (5,6).

Este estudio se realizó entre los días 28 de septiembre y 17 de octubre del 2020. Fue clasificado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) como Estudio Observacional No Post-autorización (No-EPA).

La población de estudio fueron las prescripciones médicas referidas a la población diana de aquellos pacientes del SESPA que acudían a alguna de las farmacias participantes en el estudio a retirar su medicación en el horario de apertura habitual, durante el período en que se desarrolló el estudio y que cumplían los criterios de inclusión, representativas de áreas urbanas, semiurbanas y rurales.

Como criterios de inclusión se determinaron: prescripciones con receta electrónica o con un informe médico en alguno de los casos susceptibles de dispensación excepcional que se plantean a continuación.

Como criterios de exclusión: cualquier prescripción que no fuera en receta electrónica o correspondiente a otras comunidades autónomas (CCAA).

Los farmacéuticos participantes registraron los casos mencionados en los criterios de inclusión, así como el tipo de incidencia, en un formulario alojado en Google (anexo).

Para su clasificación se elaboró una lista de incidencias por un grupo de farmacéuticos de la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC).

Casos susceptibles de dispensación excepcional y tipos de incidencia

A. Sustitución de medicamentos en situaciones no previstas por la ley.

El tipo de incidencia en ambos casos sería "Potencial interrupción por desabastecimiento":

- Sustitución de dosis y posología, pero manteniendo o aproximándose al máximo a la dosis diaria prescrita, cuando exista desabastecimiento de todas las presentaciones comercializadas del grupo homogéneo de dicho medicamento, pudiéndose necesitar un cambio de dosis, pero nunca un cambio del principio activo prescrito ("intercambio terapéutico").
- Cuando por tratarse de medicamentos no sustituibles, estos no pueden ser objeto de sustitución por otros con el mismo principio activo sin la intervención del médico prescriptor.

B. Reactivación de la prescripción médica en los casos de "margen superado".

El tipo de incidencia en estos casos sería el de "Potencial interrupción por prescripción no activa en el momento de la dispensación".

C. Reactivación de la prescripción médica en caso de daño o extravío de envases de medicamentos.

El tipo de incidencia en estos casos sería el de "Medicación insuficiente por daño o extravío".

D. Modificación de la forma galénica.

El tipo de incidencia en estos casos sería el de "Potencial interrupción o alteración del proceso de Liberación, Absorción, Distribución, Metabolismo y Excreción (LADME) por forma galénica no adecuada".

E. Modificación del número de envases o tamaño del envase prescrito en caso de que la prescripción sea insuficiente para acabar el tratamiento (posible error al transcribir la posología al soporte de receta electrónica).

El tipo de incidencia en estos casos sería el de "Potencial interrupción por insuficiente número de dosis prescritas".

F. Modificación del número de envases o tamaño del envase prescrito en caso de que la prescripción sea excesiva para acabar el tratamiento (mismo error de transcripción descrito en el caso E).

El tipo de incidencia en estos casos sería el de "Potencial uso de medicamento innecesario por exceso de dosis prescritas".

G. Presencia de indicación de cambio de tratamiento o nuevo tratamiento en un informe médico que no se ha reflejado en receta electrónica.

El tipo de incidencia en estos casos sería el de "Ausencia o deficiencia de receta que valide la prescripción".

A efectos de ahorro de costes sanitarios, se consideraron todos aquellos casos en los que la intervención del farmacéutico comunitario evitaría acudir al médico.

En el estudio participaron diez FC en cada una de las cuales hubo un farmacéutico coordinador y uno o más farmacéuticos investigadores.

Se habilitó un formulario alojado en Google para el registro de datos (**anexo**).

Se necesitó el número total de dispensaciones en soporte de receta electrónica pertenecientes al SESPA de cada una de las farmacias participantes que tuvieron lugar durante el periodo de estudio para calcular la tasa de incidencia.

Con los resultados obtenidos se calcularon las tablas de contingencia y las diferentes tasas de incidencia clasificadas de acuerdo a cada tipo de incidencia. Sobre esas tasas se han calculado los intervalos de confianza (IC) al 95% (7) de cada tipo de incidencia y de los diferentes tipos de farmacia. Los IC se han calculado mediante el método de Miettinen que se considera más apropiado para valores próximos al límite (8). Por último, se han utilizado estas tasas para la predeterminación del tamaño muestral del estudio posterior. Se han utilizado los programas SPSS®, Ene 3.0 y calculadoras en Excel que se han desarrollado al efecto.

Para calcular el ahorro se estimó el número de consultas potencialmente evitadas en cada caso susceptible de dispensación excepcional de aquellas dispensaciones que afectaban a los fármacos del grupo terapéutico J - "anti-infecciosos de uso sistémico - y los clasificados como "psicótopos" en la base de datos de información sanitaria del Consejo General de Farmacéuticos (BOT Plus) por considerar que los primeros constituyen tratamientos agudos que deben iniciarse pronto, y una interrupción del tratamiento de los segundos puede generar especial sufrimiento en el paciente.

El cálculo se realizó en base a:

Costes directos

Coste médico

Sería el resultado de aplicar al número de consultas evitadas el coste por consulta. Para ello se utilizará el valor del SESPA sobre el coste por consulta médica recogidos en el Decreto 87/2009, del Boletín Oficial del Principado de Asturias (BOPA) de 29 de julio (8), y corregido con el servicio de actualización de rentas con el índice de precios de consumo (IPC) general (sistema IPC base 2016) para periodos anuales completos. El coste de las consultas sucesivas en el centro de AP es de 34,80 €.

Coste de desplazamiento del paciente

Se consideran los tiempos de desplazamiento en que incurrirían todos los pacientes, en activo o no, asumiendo un coste medio equivalente a 1/3 de hora de trabajo por prescripción de 5,83 euros (ver valor de coste medio por hora más abajo).

Costes indirectos

Horas paciente no trabajadas

Sería el resultado de aplicar al número de consultas evitadas a pacientes en activo el coste indirecto por horas de trabajo perdidas. Entenderemos por trabajadores en activo aquellos con una aportación individual a la seguridad social (TSI) igual o superior a 3 y estimaremos como valor medio del coste de hora de trabajo de 15,23 euros, según los últimos datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística (INE) (ganancia por hora normal de trabajo en Asturias, 2017) (9), aplicando una hora de trabajo por cada prescripción a modificar.

Posteriormente se calculó el ahorro total de la muestra como la suma del coste médico directo y el coste indirecto.

RESULTADOS

Durante los 15 días laborables que duró el estudio las 10 farmacias participantes dispensaron 32.331 medicamentos y registraron 406 (1,26% IC95% 1,10-1,42) incidencias. En la **tabla 1** puede verse la distribución según los tipos de farmacia rural, semiurbana y urbana.

La tasa de incidencia fue menor en la farmacia urbana, pero no alcanzó significación estadística.

En la **tabla 2** se desglosan los tipos de incidencia según la tipología de las farmacias.

Tabla 1 Dispensaciones realizadas e incidencias encontradas durante el periodo de estudio según el tipo de farmacia

Tipo de farmacia	Nº de incidencias n (%)	Nº de envases
Farmacia rural	167 (1,39)	12.009
Farmacia semiurbana	120 (1,37)	8.767
Farmacia urbana	119 (1,03)	11.555
Total	406 (1,26)	32.331

La mayor parte de los casos (59,4%) afectaron a pacientes de aportación individual a la seguridad social correspondiente al 10% (TSI2) (ver tabla 3) y la edad media del total de pacientes fue de 60,8 años y un rango de 0 a 99 años.

Se ha calculado la frecuencia del número total de casos por cada tipo de farmacia.

En referencia a las tasas de incidencia, el piloto permitió estimar la tasa de incidencia de cada caso de dispensación excepcional, así como su precisión estadística (calculada como la amplitud de los intervalos de confianza con la metodología de Miettinen ya comentada). Se comprobó que la tasa de incidencia total fue inferior en la farmacia urbana (1,03%) frente a la semiurbana y rural (1,37% y 1,39%).

Estos resultados se resumen en la **tabla 2**.

Tabla 2 Tipos de incidencia según tipología de las farmacias

Casos (Tasas de incidencia)	Farmacia rural	Farmacia semiurbana	Farmacia urbana	Total	Intervalo - Miettinen	
A. P.I. por desabastecimiento no sustituible	3 (0,02%)	8 (0,09%)	10 (0,09%)	21 (0,06%)	0,03%	0,11%
B. P.I. por prescripción no activa (superado margen de 10 días)	90 (0,75%)	62 (0,71%)	46 (0,40%)	198 (0,61%)	0,51%	0,73%
C. Medicación insuficiente por daño o extravío	6 (0,05%)	5 (0,06%)	8 (0,07%)	19 (0,06%)	0,03%	0,10%
D. P.I. o alteración del proceso LADME por forma galénica no adecuada	6 (0,05%)	8 (0,09%)	14 (0,12%)	28 (0,09%)	0,05%	0,14%
E. P.I. por insuficiente número de dosis prescritas	16 (0,13%)	14 (0,16%)	9 (0,08%)	39 (0,12%)	0,08%	0,18%
F. Potencial uso de medicamento innecesario por exceso de dosis prescritas	26 (0,22%)	3 (0,03%)	2 (0,02%)	31 (0,10%)	0,06%	0,15%
G. Ausencia o deficiencia de receta oficial que valide la prescripción	20 (0,17%)	20 (0,23%)	30 (0,26%)	70 (0,22%)	0,16%	0,29%
Total	167 (1,39%)	120 (1,37%)	119 (1,03%)	406 (1,26%)	1,10%	1,42%
Total envases	12.009	8.767	11.555	32.331	<i>Límite Inferior</i>	<i>Límite Superior</i>

La mayor parte de los casos (59,4%) afectó a pacientes de aportación individual a la Seguridad Social correspondiente al 10% (TSI2) (tabla 3).

Tabla 3 Frecuencia de casos por tipos de TSI

	Frecuencia	Porcentaje
TSI 1	30	7,4%
TSI 2	241	59,4%
TSI 3	95	23,4%
TSI 4	39	9,6%
TSI 5	1	0,2%
Total	406	100,0%

En cuanto al nivel asistencial, el 79% de los casos corresponde a recetas de AP mientras que un 21% de los casos a recetas de atención especializada (tabla 4).

En cuanto al ahorro económico consideramos que, en 63 de los 406 casos, los relacionados con psicótropos y antibióticos, el paciente debía acudir a una nueva consulta de manera urgente generando 2.560 € de gasto. Además, el 35% de ellos eran trabajadores en activo (TSI 3, 4, 5) generando 335 € de costes indirectos por horas no trabajadas.

Si extrapolamos a todo el Principado de Asturias, durante el mes de octubre se dispensaron 2.152.431 medicamentos con RE (datos del Colegio Oficial de Farmacéuticos). El 1,26% de estos son 27.030 posibles casos con incidencias. En la tabla 5 se hace una estimación de la misma proporción de consultas médicas necesarias y horas de trabajo perdidas.

Tabla 4 Frecuencia de casos por nivel asistencial y TSI

	TSI 1	TSI 2	TSI 3	TSI 4	TSI 5	Total	%
Atención Primaria	25	187	83	25	1	321	79,1%
A. P.I. por desabastecimiento no sustituible	1	13	4			18	4,4%
B. P.I. por prescripción no activa (superado margen de 10 días)	15	106	50	8		179	44,1%
C. Medicación insuficiente por daño o extravío		9	7	1		17	4,2%
D. P.I. o alteración del proceso LADME por forma galénica no adecuada	1	10	3	7		21	5,2%
E. P.I. por insuficiente número de dosis prescritas	4	20	8	2		34	8,4%
F. Potencial uso de medicamento innecesario por exceso de dosis prescritas	2	16	6	2	1	27	6,7%
G. Ausencia o deficiencia de receta oficial que valide la prescripción	2	13	5	5		25	6,2%
Especializada	5	54	12	14		85	20,9%
A. P.I. por desabastecimiento no sustituible		3				3	0,7%
B. P.I. por prescripción no activa (superado margen de 10 días)	3	7	4	5		19	4,7%
C. Medicación insuficiente por daño o extravío	1		1			2	0,5%
D. P.I. o alteración del proceso LADME por forma galénica no adecuada		2	2	3		7	1,7%
E. P.I. por insuficiente número de dosis prescritas		4	1			5	1,2%
F. Potencial uso de medicamento innecesario por exceso de dosis prescritas		4				4	1,0%
G. Ausencia o deficiencia de receta oficial que valide la prescripción	1	34	4	6		45	11,1%
Total general	30	241	95	39	1	406	

Tabla 5 Ahorro económico

	Coste unitario	Piloto		Estimación Asturias octubre	
		Consultas (sobre 406 casos)	Coste	Consultas (sobre 27.030 casos)	Coste
Directo (consultas estimadas)	40,63 €	63	2.560 €	4.184	169.998 €
Indirecto (pacientes no pensionistas)	15,23 €	22	335 €	1.461	22.252 €
Total			2.895 €		192.250 €

DISCUSIÓN

La tasa de incidencia total alcanza el 1,26% de las dispensaciones (I.C. 95%, 1.10%-1.42%), lo que extrapolando al total de dispensaciones realizadas en Asturias durante el mes de octubre daría una cifra de 27.030 incidencias que afectan a la interrupción del tratamiento debida a las causas analizadas en el estudio.

El tipo más habitual es el B, "Potencial interrupción del tratamiento por prescripción no activa en el momento de la dispensación", con una tasa de incidencia del 0,61% de las dispensaciones, lo que supondría un total de 13.181 incidencias (I.C. 95%, 10.300 -15.700).

Si se extrapolan estos datos a las dispensaciones totales de Asturias en el mes de octubre, significaría un ahorro de más de 4.000 consultas y de cerca de 200.000 euros entre costes directos e indirectos.

Aunque pueda parecer que el número de incidencias no es muy elevado, podría dar lugar a múltiples problemas de interrupción del tratamiento y, por consiguiente, numerosos problemas de salud relacionados con el uso del medicamento, por lo que este estudio piloto confirma la justificación de este análisis. Y es que, como ya se adelantaba en las conclusiones del VII Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios de SEFAC, celebrado en 2016, "existe un campo muy importante para complementar la prescripción desde las farmacias, que es preciso plantear y buscar formas de optimización" (10). Asimismo, este es un tema que ya se trataba en el estudio presentado por el Colegio Oficial de Farmacéuticos (COF) de Zaragoza en dicho congreso (2), pero que no constituye por el momento un servicio profesional farmacéutico asistencial (SPFA). Sin embargo, no se han realizado estudios similares que permitan extrapolar los resultados obtenidos, por lo que existe la necesidad de estudios futuros que cuantifiquen la disminución de los factores de riesgo expuestos en el estudio a través de la ampliación de las capacidades del farmacéutico para evitar la interrupción de los tratamientos. Además, sería conveniente estudiar la relación de dichas incidencias con la aparición de PRM.

La intervención del farmacéutico comunitario, basada en protocolos aplicados por farmacéuticos capacitados como complemento de la prescripción médica, como ya se viene realizando en 23 de los 29 países donde la dispensación excepcional se realiza siguiendo guías y protocolos de actuación estandarizados (3), podría resolver muchas de las incidencias detectadas mediante intervenciones sencillas en el momento de la dispensación.

Posteriormente habría que demostrar en qué medida la realización de dichas intervenciones minimizarían los problemas de salud consecuencia directa o indirecta de los PRM evitados.

También queda reflejado que la mayor parte de las incidencias se detectan en prescripciones de AP, lo que revela la importancia de establecer mecanismos que mejoren la

comunicación entre este nivel asistencial y la farmacia comunitaria, por lo que podríamos lanzar la pregunta de si la receta electrónica podría ser el soporte idóneo para conseguirlo.

Aunque la tasa de incidencia total fue inferior en la farmacia urbana frente a la semiurbana y rural, el tamaño muestral no nos permite afirmar con total seguridad que esto es así.

Dado que la incidencia más habitual fue "Potencial interrupción por prescripción no activa en el momento de la dispensación", sería prioritaria la participación del farmacéutico para la subsanación de este tipo de incidencias, tanto para disminuir la presión asistencial en AP, como para eliminar posibles causas de interrupción en los tratamientos.

La distribución de incidencias por grupo de pacientes según su tipo de aportación o según su edad responde a lo previsible teniendo en cuenta la pirámide poblacional y el número de dispensaciones totales realizadas a ese grupo de pacientes en Asturias durante el periodo de estudio. Sin embargo, dado que no se tiene el dato de dispensaciones realizadas desagregado por edades ni por tipo de aportación TSI no se pueden extraer conclusiones respecto a la tasa de incidencia de ambos factores, aspecto a tener en cuenta si se desarrollara un estudio posterior. En este sentido, sería interesante confirmar si la tasa de incidencia en farmacias urbanas es inferior al resto de farmacias. Igualmente habría que estratificar las dispensaciones totales por TSI para poder comparar las tasas de incidencia entre tipos de pacientes.

CONCLUSIÓN

La proporción de incidencias que podían ser solucionadas mediante dispensación excepcional alcanzó el 1,26% siendo menor en la farmacia urbana (1,03%) y mayor en semiurbana y rural (1,37%-1,39%).

Al finalizar este estudio se encontraron 406 incidencias totales; de las cuales 21 fueron el número total correspondiente al supuesto A, 198 al B, 19 al C, 28 al D, 39 al E, 31 al F y 70 al G.

La causa de incidencia más frecuente fue la B (prescripción no activa, 0,61%), seguida de la G (Ausencia o deficiencia de receta oficial, 0,22%).

La participación del farmacéutico comunitario mediante la dispensación excepcional como complemento a la prescripción médica en los casos planteados significaría un ahorro de 63 consultas y 2.895 €. Extrapolando al mes del estudio en todo el Principado de Asturias hubiera supuesto más de 4.000 consultas y cerca de 200.000 euros entre costes directos e indirectos a lo largo del mes de desarrollo de este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. Boletín Oficial del Estado nº 100 (27/04/1997). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1997/04/25/16>
2. Peseros Solis AFL. Identificación de problemas relacionados al medicamento potenciales en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna Santo Toribio Del hospital nacional Dos De Mayo (enero-junio 2018). [Tesis doctoral] Lima, Perú. Univ Priv Norbert Wien. 30 de enero de 2020; Disponible en: <http://repositorio.uwienner.edu.pe/handle/20.500.13053/3664>
3. Satué E, Jaraiz I, Agustín E, Martínez A. Prescripción complementaria: ¿intrusismo o necesidad?. Farm Comunitarios. 2020 Mar 06;12(1):22-24. doi:10.33620/FC.2173-9218.(2020/Vol12).001.04
4. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
5. Satué E. Dispensación excepcional: una necesidad del paciente. Farm Comunitarios. 2021 Apr 19;13(2):3-4. doi:10.33620/FC.2173-9218.(2021/Vol 13).002.01
6. Gómez Martínez JC, Baixauli Fernández VJ, Molinero A, Murillo Fernández L, Celada Carrizo A, Fraga Sampedro M, et al. 15 Retos para el presente y futuro de la farmacia comunitaria. Barcelona: SEFAC; 2016. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/15retos.pdf
7. Miettinen O, Nurminen M. Comparative analysis of two rates. Stat Med. 1985;4(2):213-26. doi:10.1002/sim.4780040211
8. Decreto 87/2009, del Boletín Oficial del Principado de Asturias (BOPA) de 29 de julio. Disponible en: <https://sede.asturias.es/bopa/2009/08/11/2009-19195.pdf>
9. Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales [Internet]. [citado 20 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.sadei.es/sadei/mercado-laboral/costes-laborales-y-jornada_177_1_ap.html?f=99__02__10\\$\\$\\$99021002.px](https://www.sadei.es/sadei/mercado-laboral/costes-laborales-y-jornada_177_1_ap.html?f=99__02__10$$$99021002.px)
10. SEFAC. Conclusiones del congreso SEFAC 2018 [Internet]. [citado 20 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sefac.org/notas-de-prensa/conclusiones-del-congreso-sefac-2018>

Anexo. Formulario de recogida de datos

Tipo de farmacia

- Rural: población menor de 5.000 habitantes
- Semiurbana: población de 5.000 a 80.000 habitantes
- Urbana: población superior a 80.000 habitantes

Sexo del paciente

- Hombre
- Mujer

Edad del paciente

Tipo de aportación del paciente

- TSI 1
- TSI 2
- TSI 3
- TSI 4
- TSI 5

Código Nacional del medicamento o producto sanitario prescrito

Duración del tratamiento prescrito (días)

Tipo de incidencia

- A. Potencial interrupción del tratamiento por desabastecimiento
- B. Potencial interrupción del tratamiento por prescripción no activa en el momento de la dispensación
- C. Potencial interrupción del tratamiento por medicación insuficiente por daño o extravío
- D. Potencial interrupción del tratamiento o alteración del proceso LADME por forma galénica no adecuada
- E. Potencial interrupción del tratamiento por insuficiente número de dosis prescritas
- F. Potencial uso de medicamento innecesario por exceso de dosis prescritas
- G. Ausencia o deficiencia de receta oficial que valide la prescripción

Nivel asistencial del médico prescriptor

- Atención primaria
- Atención hospitalaria