



REHABILITACIÓN

www.elsevier.es/rh



CARTAS AL DIRECTOR

Receta médica, ¿continuidad o desaparición?

Medical prescription: continuation or disappearance?

Sr. Director:

La receta médica surge de la necesidad de comunicar información entre médico prescriptor, farmacéutico dispensador y paciente. Fue legalmente regulada en el RD 1910/1984 y la voluntad del legislador fielmente reflejada en estas palabras:

«El empleo racional de medicamentos y demás productos sanitarios que requieren prescripción médica exige, como condición previa, disponer de instrumentos que sirvan para transmitir sin obstáculos a todos los que intervienen en la asistencia sanitaria la información objetiva necesaria y la identificación precisa de dichos medicamentos y productos sanitarios. Atendiendo a esta finalidad y en cuanto la *receta* constituye uno de tales instrumentos, se procede a regularla con *detalle*, pero también con la *flexibilidad* que la materia exige.»

Con tal finalidad, dicho documento consta de dos partes: cuerpo (con todos los datos necesarios para una precisa dispensación, destinada al farmacéutico) y volante de instrucciones (con la información para su correcta administración, destinado al paciente).

Recientemente, con la publicación, en enero de 2011, del RD 1718/2010, sobre receta médica y órdenes de dispensación, el marco legal hasta ahora vigente y contenido en el RD 1910/1984 ha sido derogado. A priori, podríamos pensar que la inminente implantación de la prescripción electrónica fomenta de algún modo la desaparición de la receta; no obstante, esta mantiene su existencia y finalidad en un nuevo modelo, en gran medida similar al previo.

El nuevo marco legal define receta como «documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio», destinado a que médicos, odontólogos y podólogos, en el ámbito de sus competencias, prescriban medicamentos o productos sanitarios. La incorporación de la figura del podólogo como profesional legalmente facultado para la prescripción ya se había anticipado en la Ley 28/2009, modificando esta la Ley 29/2006. Como novedad adicional, se regula la participación de la enfermería, por medio de la orden de dispensación, definida de forma análoga y destinada a ser empleada por

profesionales enfermeros una vez hayan sido facultados de forma individual.

El nuevo formato de receta médica establece que el anteriormente denominado cuerpo de la receta podrá emitirse en soporte papel y en soporte electrónico, si bien deberá ser completada con una hoja de información (antiguo volante de instrucciones) de entrega obligada al paciente, y que deberá recoger los datos necesarios para facilitar el uso del producto prescrito. Conviene diferenciar la receta, como documento legal normalizado y obligatorio, de la prescripción electrónica, procedimiento tecnológico destinado a emitir, sin necesidad de soporte papel, la receta, y trasladar la información en ella contenida, mediante medios telemáticos, a las oficinas de dispensación.

La nueva normativa permite que el nuevo formato de receta, presentado en el anexo correspondiente del RD 1718/2010, pueda ser emitida en soporte papel, para su cumplimentación manual o informatizada, y entregada al paciente para que sea este quien traslade dicho documento al farmacéutico dispensador; o bien que, mediante el *software* apropiado y una red informática de ámbito estatal, dicha receta pueda ser emitida sin soporte papel y, la información contenida en ella, enviada a la farmacia sin necesidad de la participación del ciudadano como «vehículo de transmisión». Independientemente de que la prescripción sea manual o informatizada, en soporte papel o electrónico, siempre será necesario entregar al paciente la hoja de instrucciones. Además, señala la ley que, en el caso de la prescripción electrónica, serán de cumplimentación manual obligada los datos relativos a posología (en concreto, formato y número de envases o unidades) cuando el sistema informático no los genere de forma automática.

Este marco legal, vigente desde el 21 de enero de 2011, establece un nuevo modelo de receta, que coexistirá con los modelos previos durante un periodo de 24 meses, establecido como plazo de adaptación en la Disposición Transitoria segunda. Los nuevos talonarios serán elaborados respetando el código de colores actualmente empleado. Respecto al modelo de receta de estupefacientes, será de aplicación lo contenido en la OM de 25 de abril de 1994, que se mantiene vigente por el momento.

En resumen, lejos de su desaparición, la receta médica como documento legal normalizado persiste, y durante 2 años coexistirán por duplicado talonarios de cada una de las modalidades. Además, en consonancia con la Ley Orgánica de Protección de Datos, el articulado del RD 1718/2010 establece la posibilidad de que el paciente en el momento de

la prescripción solicite confidencialidad en la dispensación, por lo que, mientras no se establezcan otros procedimientos que aseguran tal confidencialidad, la prescripción en soporte papel será imprescindible.

Bibliografía recomendada

1. Ley Orgánica de 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Boletín Oficial del Estado, número 298, de 14 de diciembre de 1999.
2. Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, número 315, de 31 de diciembre de 2009.
3. Orden 25 de abril de 1994, por la que se regulan las recetas y los requisitos especiales de prescripción y dispensación de estupefacientes y especialidades farmacéuticas para uso

humano. Boletín Oficial del Estado, número 105, de 3 de mayo de 1994.

4. RD 1910/1984 de 26 de septiembre, de receta médica. Boletín Oficial del Estado, número 259, de 29 de octubre de 1984.
5. RD 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. Boletín Oficial del Estado, número 17, de 20 de enero de 2011.

X. Miguéns Vázquez

Servicio de Rehabilitación, Hospital de Monforte, Lugo, España

Correo electrónico: xoan.miguens.vazquez@sergas.es

doi:10.1016/j.rh.2011.03.012

Evolución de la limitación de la abducción de la cadera en el recién nacido

Evolution of the limitation of abduction of the hip in the newborn

Sr. Director:

Presentamos dos casos clínicos de limitación de la abducción de la cadera en recién nacidos, así como su evolución posterior.

El primer caso se trató de una niña remitida al día de vida por metatarso aducto. Peso 4.000 g y longitud 50,5 cm. Parto instrumentado con fórceps. A la exploración física inicial se detectó aducto de antepié de grado II bilateral, con abducción de cadera completa. Se realizó una ecografía de cadera a los 15 días de vida y se trató el metatarso aducto con fisioterapia y vendaje corrector. En la revisión a los 15 días, tras reexplorar a la paciente, se encontró un nódulo de 3 × 3 cm en el tercio medio-superior del esternocleidomastoideo (ECM) izquierdo y la abducción de ambas caderas apareció limitada, con el resto de los signos exploratorios negativos. La ecografía de caderas fue normal. Con el diagnóstico de tortícolis muscular congénito y limitación de la abducción de caderas, se indicó doble pañal a tiempo completo y fisioterapia cervical. Se solicitó ecografía de ECM izquierdo y de caderas a los 2 meses, que fue compatible con displasia acetabular con ligera disminución de la cobertura. Con este resultado se inició tratamiento con arnés de Pavlik.

El segundo caso clínico es una lactante remitida para valoración a los 2 días de vida por pie talo valgo y limitación de la abducción de caderas. No se encontraron signos de inestabilidad de caderas y en la exploración del pie se confirmó el diagnóstico de presunción. Se indicó doble pañal a tiempo completo y ejercicios domiciliarios para el pie talo valgo y se siguió el mismo protocolo de actuación que en el caso anterior. Al revisar a la paciente, presentó a la palpación un nódulo en el ECM izquierdo, sin otros cambios con respecto a la exploración anterior, aportando ecografía de

caderas a los 15 días normal. Actualmente sigue revisiones programadas en nuestra unidad.

Es importante el seguimiento de la cadera en el recién nacido para realizar un diagnóstico precoz de displasia del desarrollo de la cadera (DDC), dada su repercusión pronóstica¹. El término DDC implica la existencia de casos posnatales con exploración ortopédica neonatal normal. Por lo tanto, es esencial establecer una vigilancia durante el primer año de vida, o bien hasta que el niño lleve 6 meses deambulando, aunque la exploración inicial sea normal^{2,3}.

Es frecuente la aparición de alteraciones ortopédicas concomitantes, como tortícolis muscular congénito, metatarso aducto, pie zambo y parálisis braquial obstétrica⁴.

Solicitaremos pruebas de imagen en el RN ante un examen físico sin hallazgos, pero con alguno de los factores predisponentes de DDC, o bien ante la presencia o no de factores predisponentes, con examen físico alterado: Barlow, Ortolani, asimetría de pliegues poplíteos y limitación de la abducción².

La ecografía es el método de imagen específico para el diagnóstico de DDC¹, teniendo su máxima indicación por debajo de los 3 meses. La radiografía AP de pelvis la utilizaremos en niños mayores de 3 meses².

Se recomienda instaurar tratamiento en todos los casos, por la seguridad y la eficacia del tratamiento precoz con el arnés de Pavlik¹ (en menores de 6 meses) y la poca frecuencia de inestabilidad clara a la exploración física⁵.

Ante un RN con limitación de la abducción de la cadera la evolución derivará a: a) normalización clínica con ecografía normal; b) persistencia de la limitación de la abducción con ecografía normal; c) oblicuidad pélvica congénita (OPC), con ecografía normal; d) OPC con displasia de la cadera alta, y e) abducción limitada con DDC.

Por lo tanto, un examen neonatal normal no descarta la posterior evolución hacia cualquiera de las anteriores presentaciones clínicas de limitación de abducción de cadera.

Consideramos oportunas, pues, algunas puntualizaciones finales: el médico debe huir de una exploración