

5. Lima CKT, Carvalho PMM, Lima IAAS, Nunes JVAO, Saraiva JS, de Souza RI, et al. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Res* [Online]. 2020;287:112915, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>.
 6. Pérez H, Beyrouthy M, Bennett K. Chaos in the clinic: characteristics and consequences of practices perceived as chaotic. *J Healthc Qual*. 2017;39:43–53.
 7. OIT. Las normas de la OIT y el COVID-19; 2010. Available in https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_norm/-normes/documents/publication/wcms.739939.pdf
 8. Khalid I, Khalid T, Qabajah M, Barnard A, Qusma I. Healthcare workers emotions perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clin Med Res* [Online]. 2016;14(1):7–14.
 9. Cai H, Tu B, Ma J, Chen L, Fu L, Jiang YJ, et al. Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Med Sci Monitor* [Online]. 2020;26:924171, <http://dx.doi.org/10.12659/MSM.924171>.
 10. Huang L, Xu F, Liu H. Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COVID-19 outbreak; 2020, <http://dx.doi.org/10.1101/2020.03.05.20031898>.
 11. Salyers M, Bonfils K, Luther L, Firmin R, Blanco D, Adams E, et al. The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: a meta-analysis. *J Gen Intern Med* [Online]. 2016;32(4):475–82, <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-016-3886-9>.
- A. Boluarte Carbajal^{a,*}, A. Sánchez Boluarte^b,
A. Rodríguez Boluarte^c, C. Merino Soto^d
- ^a *Escuela de Posgrado, Universidad Norbert Wiener, Lima, Peru*
^b *Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Peru*
^c *University Diakin, Australia*
^d *Universidad de San Martín de Porres, Lima, Peru*
- * Corresponding author.
 E-mail address: aliciabolucar@gmail.com
 (A. Boluarte Carbajal).
 Available online 12 September 2020
<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.08.002>

Impacto de la pandemia SARS-CoV-2 en el inicio de las prescripciones

Impact of the SARS-CoV-2 pandemic on the start of prescriptions

Sra. Directora:

La llegada del SARS-CoV-2 a España y la declaración del estado de alarma han provocado la reorganización del sistema sanitario en tiempo récord. La atención primaria ha incorporado a la atención, cuidado y seguimiento habituales de los problemas de salud, las consultas relacionadas con la COVID-19. Para evitar desplazamientos innecesarios y la exposición a personas potencialmente infectadas, la atención primaria y las consultas externas de los hospitales se han reestructurado optando, en la mayoría de los casos, por la atención telemática. Esto se ha complementado con la asistencia presencial o domiciliaria, en caso necesario¹. Es razonable pensar que esta reorganización habrá supuesto el aplazamiento de la atención de muchas enfermedades, lo que previsiblemente tendrá un efecto en la morbilidad debido a retrasos diagnósticos y demoras en los tratamientos².

Con el objetivo de conocer el impacto que esta situación excepcional ha podido tener en la prescripción se ha procedido a comparar las prescripciones iniciadas entre el 14 de marzo del 2020 (fecha de la implantación del estado de alarma) y el 13 de junio del 2020, con las realizadas en el mismo periodo del año anterior en nuestra organización. Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de corte transversal. La Organización Sanitaria Integrada

(OSI) Bidasoa es una organización sanitaria perteneciente a Osakidetza, compuesta por un hospital comarcal y 3 centros de salud, que atiende a una población de más de 85.000 habitantes. Se han estudiado las prescripciones electrónicas iniciadas entre el 14 de marzo y el 13 de junio del 2020 y se han comparado con las iniciadas en el mismo periodo del año anterior.

En el periodo 14 marzo-13 de junio del 2020 se crearon en la OSI Bidasoa 40.069 nuevas prescripciones, un 30,3% menos que en el mismo periodo de 2019. El 59% fueron prescritas a mujeres y el 41% a hombres, sin apenas diferencias de un año a otro. La media de edad fue de 51,4 años, tanto en 2019 como en 2020. Del total de las prescripciones iniciadas, el 70,2% de ellas han sido agudas, el 18,9% crónicas y el 10,9% para administración a demanda, siendo también los porcentajes similares a los del año anterior.

Por grupos terapéuticos, dejando a un lado los grupos que tienen un número pequeño de prescripciones (L [antineoplásicos e inmunomoduladores], P [antiparasitarios] o V [varios]), las reducciones más importantes se han producido en el grupo M (musculoesquelético), 45% menos de inicio de tratamientos, grupo C (cardiovascular), 39% menos, grupo B (sangre y órganos hematopoyéticos), 38% menos, y los grupos S (órganos de los sentidos) y J (antiinfecciosos para uso sistémico), un 35%, respectivamente (fig. 1). Descendiendo a grupos más concretos, la creación de nuevos tratamientos con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (grupo M01A) ha sido un 46% menor, el de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y de los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (IECA/ARA-II) (C09: fármacos que actúan sobre el sistema renina/angiotensina) un 43% menor, el de antibacterianos de uso sistémico (J01), un 37% menor o el de inhibidores de la bomba de protones (A02BC), un 31% menor.

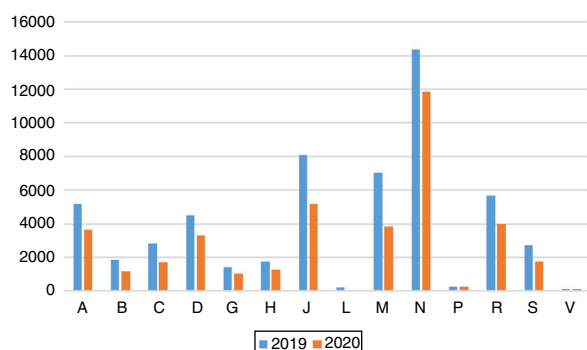


Figura 1 Inicio de prescripciones por grupo terapéutico 14-marzo 14 junio 2019 vs. mismo periodo del 2020.

Datos obtenidos del sistema de información Osakidetza Business Intelligence (OBI).

Dentro del grupo de AINE, y por principios activos, en su mayoría han sido reducciones superiores a la media: ibuprofeno (53%), diclofenaco (44%), etoricoxib (38%), dexketoprofeno (38%) o naproxeno (35%). Así mismo, en el grupo de antibióticos se han producido reducciones significativas en las nuevas prescripciones de amoxicilina (60%), amoxicilina/clavulánico (28%) o azitromicina (53%); con un menor número de tratamientos prescritos, pero también con notables reducciones figuran el moxifloxacino (72%), levofloxacino (59%) o claritromicina (71%) o cloxacilina (33%).

Este estudio muestra que, en nuestra organización desde la declaración del estado de alarma, se ha producido un importante descenso en los nuevos tratamientos prescritos vía receta (en atención primaria, consultas externas y urgencias hospitalarias) con respecto al mismo periodo del año anterior. Las organizaciones sanitarias han puesto en marcha diferentes medidas para evitar que los pacientes se desplacen a los centros sanitarios (prolongación de los tratamientos crónicos y a demanda, integración de los pacientes de las mutuas en receta la electrónica, etc.) que hay que valorar a la hora de analizar los motivos de este descenso tan acusado en el inicio de las prescripciones³.

La reducción en el número de prescripciones por ejemplo de IECA/ARA-II nos hace pensar que hay enfermedades, como la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca o la cardiopatía isquémica, que se han atendido en menor medida que el año anterior. Por otra parte, la caída en las nuevas prescripciones de antibióticos podría suponer que ha habido menos infecciones (lo que es lógico debido al menor contacto y menor riesgo de contagios) o que estas se han tratado menos con antibióticos. También han podido tener su papel las alarmas generadas por la circulación en las redes sociales de información con poca evidencia sobre el posible peligro de la utilización de ibuprofeno o IECA/ARA-II. Aunque estas últimas informaciones fueron desmentidas por la AEMPS^{4,5}, la reducción tanto en el uso de ibuprofeno como en el de IECA/ARA-II ha sido superior a la media.

Tenemos por delante un periodo complicado tratando de recuperar la «normalidad» en el día a día de las consultas y retomando las incrementadas listas de espera. Pero es también momento de pararnos a analizar lo sucedido estos meses y hacer un esfuerzo para que los servicios y actividades sanitarias que no aportan valor no se reincorporen, y esperar que el aumento del empoderamiento y la autorre-

sponsabilidad que los pacientes han debido asumir en estas circunstancias haya venido para quedarse y mejore así el uso que se realiza de los recursos sanitarios. Deberíamos aprovechar esta excepcional ocasión para aprender y mejorar.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Las autoras declaramos no tener ningún conflicto de intereses con relación a la elaboración de este manuscrito.

Agradecimientos

Las autoras queremos agradecer a Itziar Vergara Mitxelorena, de la Unidad de Investigación de Atención Primaria-OSI, Biodonostia de Gipuzkoa, su ayuda en la revisión del manuscrito.

Bibliografía

1. Minué Lorenzo, S. Contra el coronavirus, más atención primaria que nunca. AMF 2020 [Internet] [consultado 25 Jun 2020]. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2626.
2. Gavilán Moral, E. Aspectos sociales de la pandemia y sus efectos sobre la atención primaria en España. AMF 2020 [Internet] [consultado 25 Jun 2020]. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2623.
3. Vázquez Canales LM, Pujol Flores A. Los pilares de la Atención Primaria en tiempos de la COVID-19. AMF 2020 [Internet] [consultado 25 Jun 2020]. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2663.
4. La AEMPS informa que ningún dato indica que el ibuprofeno agrave las infecciones por COVID-19. Nota informativa MUH 03/2020. 2020 [consultado 25 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentososohumano-3/2020-medicamentososohumano-3/la-aemps-informa-que-ningun-dato-indica-que-el-ibuprofeno-agrave-las-infecciones-por-covid-19/>.
5. Medicamentos antihipertensivos que actúan sobre el sistema renina angiotensina e infección por COVID-19. Nota informativa MUH (FV), 5/2020 [consultado 25 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentososohumano-3/seguridad-1/2020-seguridad-1/medicamentos-antihipertensivos-que-actuan-sobre-el-sistema-renina-angiotensina-e-infeccion-por-covid-19/>.

A. Mendizabal Olaizola y E. Valverde Bilbao*

Farmacia de Atención Primaria, OSI Bidasoa, Osakidetza, Hondarribia, Gipuzkoa, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elena.valverdebilbao@osakidetza.eus (E. Valverde Bilbao).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.09.001>