

Optimización los recursos. Gestión de las recetas

Optimising resources. Management of prescriptions

Sr. Director:

Hemos leído atentamente el artículo de los doctores S. Machín y M. A. Gómez¹ y deseáramos complementar su artículo con algunas sugerencias que creemos interesantes.

Si consideramos el tema económico, mejor evitar que las recetas sean de color diferente porque, para diferenciar el tipo de usuario, basta con que aparezca impresa la palabra PENSIONISTA o ACTIVO en la receta impresa. Con esto, además, nos evitamos tener que estar cambiando el taco de recetas de un color a otro. Además, ¿por qué la casilla «Nº de envases» es inoperante, de forma que si queremos hacer varias recetas del mismo medicamento hay que imprimirlas otras tantas veces con el consiguiente despilfarro de papel? ¿Por qué la parte de la receta que se queda la farmacia tiene espacio para 4 «cupones precinto» si luego sólo se emplea uno y si emitimos 2, 3 o 4 veces el mismo medicamento, tenemos que imprimir la misma receta 2, 3 o 4 veces (como ya se dijo antes)? Todas estas medidas contribuirían de una manera clara a ahorrar tiempo, papel y tinta o, dicho de otra manera, tiempo, dinero y contaminantes.

Pero estas medidas parecen aún insuficientes. Hace varios años se dijo que se iba a implantar la receta electrónica. Lo ideal sería que los pacientes dispusieran de una tarjeta en la que se grabaran los tratamientos crónicos en nuestras consultas con el diagnóstico asociado y, que al pasar estas tarjetas por un terminal que estaría en las farmacias, automáticamente se detectase qué recetas son las que necesita el paciente en función de la fecha de última recogida y de la posología de cada medicamento, que estaría grabada en la tarjeta.

Para hacer las cosas bien, y que no queden a medias, estas tarjetas deberían ser utilizables en cualquier servicio de salud, es decir, en cualquier comunidad autónoma.

Pero aun se puede ir más lejos (todo es proponérselo). Últimamente se habla de hacer un documento sanitario válido para toda Europa, basado en que si en ella está permitida la libre circulación de las personas, es lógico proponer que a cada persona se la pueda atender en cualquier país de la Unión Europea. No es complicado. Si las tarjetas bancarias se pueden utilizar en múltiples países y no sólo en el del banco que las emite, lo mismo se debería poder hacer con la «tarjeta sanitaria».

Todo esto sobre crear una tarjeta sanitaria o, como otras veces se ha mencionado, la tarjeta electrónica, se dijo hace años. El problema es eso mismo, que se dijo hace muchos años y, aunque de vez en cuando haya alguien que mencione el tema, los responsables de llevar el proyecto adelante no lo desarrollan. ¿Será porque ellos no son los que tienen que cambiar el color del taco cuando hay que hacer una prescripción? Pues lo mismo.

Bibliografía

1. Machín Hamalainen S, Gómez Medina MA. Si evolucionan los medios, ¿por qué no se evoluciona con las recetas?. *Aten Primaria*. 2008;40:427-8.

Oscar F. Martínez Ballesteros^{a,*} y I. Xiomara Vargas Carvajal^b

^a*Centro de Salud Cervantes, Guadalajara, España*

^b*Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Juan de Austria, Alcalá de Henares, Madrid*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: oballesteros@terra.es (O.F. Martínez Ballesteros).

doi:10.1016/j.aprim.2008.11.005

Respuesta del autor a la carta: «Optimización los recursos. Gestión de las recetas»

Response by the author: «Optimising resources. Management of prescriptions»

Sr. Director:

Estamos de acuerdo con nuestros compañeros en que hay soluciones aún mejores, pero hoy por hoy los cambios que son posibles por la tecnología no siempre son factibles por problemas de política, economía o logística. ¿Recuerdan ustedes anteriores hitos tecnológicos? Bacaladeras para imprimir el nombre de los pacientes en las recetas o el terminal autónomo de identificación de recetas con sus

inexistentes «ñ». Hoy en día el rey de la tecnología es el ordenador. Aprovechémoslo.

Por qué no ver nuestra propuesta como un peldaño más en esta escalera en la que la receta electrónica o la futurística tarjeta electrónica son un nivel superior (y lejano). Nuestra idea es un paso intermedio que, además, complementaría siguientes avances en un futuro, dado que estas soluciones están destinadas sobre todo al paciente crónico, no al agudo, y no ayudan en caso del famoso bloqueo de ordenador o el temido apagón de luz. ¿A nadie le ha fallado nunca una tarjeta en un centro comercial?

Hasta que lleguen la receta electrónica («homo sapiens» de las recetas) y las tarjetas electrónicas (hoy por hoy ciencia ficción), nuestra propuesta es más realista y económica, solventa de manera sencilla problemas conocidos y, además, en el futuro complementará otras medidas que la mejoren.

Santiago Machín Hamalainen^{a,*} y M^a Ángeles Gómez Medina^b

^aCentro de Salud General Ricardos, Madrid, España

^bCentro de Salud Guayaba, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: santimach@gmail.com
(S. Machín Hamalainen).

doi:10.1016/j.aprim.2008.09.011

¿Criterios comerciales o criterios epidemiológicos en la vacunación antitetánica?

Commercial criteria or epidemiological criteria in anti-tetanus vaccination?

Sr. Director:

Resulta estimulante leer el editorial que dedica la revista Atención Primaria a las pautas de vacunación antitetánica escrito por Batalla¹ porque, aunque el tétanos es una enfermedad poco frecuente, es perfectamente prevenible mediante vacunación. De hecho, teniendo en cuenta la relación entre coste y beneficio de la inmunización y la carga prevenible de la enfermedad, la vacunación en el niño alcanza un valor máximo de 10, y en el adulto alcanza un valor de 2 por cada década de edad².

El editorial mencionado revisa acertadamente las pautas del calendario vacunal infantil y la vacunación en los casos de riesgo y en la mujer embarazada. Además, acierta al mencionar la elevada eficacia de una vacunación correcta, superior al 97% en niños y jóvenes³, así como la prolongada duración de la inmunidad, que puede llegar a los 25 o 30 años y más, con buena activación de la memoria inmunológica mediante una sola dosis de recuerdo⁴, y la validez registral de los antecedentes vacunales referidos por el paciente.

Sin embargo, no parece buen argumento para mejorar las pautas de vacunación apoyarse solamente en las dificultades en el suministro de la vacuna (un problema comercial), cuando hay razones epidemiológicas de peso para incrementar la cobertura vacunal, para regular la periodicidad de las dosis y para disminuir los efectos adversos por sobrevacunación, como venimos reiterando^{5,6}.

Como la vacunación masiva frente al tétanos se introdujo en España hacia 1964 en las escuelas y en 1967 en el ejército, y como los grados de protección pueden durar más de 25 o 30 años después de una vacunación correcta, es probable que esté protegido más del 90% de las cohortes de población española de mujeres menores de 47 años que tuvieran una escolarización normal, y los varones de menos de 58 años que pudieron vacunarse primero en la escuela y luego en el ejército. Esta situación explicaría el desplazamiento de los casos hacia las poblaciones de más de 60 años, sobre todo mujeres. Incluso entre los mayores de 65 años se ha detectado hasta un 67,3% de inmunizados, pese a no haber constancia de vacunación anterior⁷.

Teniendo en cuenta la situación epidemiológica descrita, se pueden proponer las siguientes pautas: a) después de una vacunación infantil completa (hasta los 14 años) o de 3 dosis correctamente administradas a cualquier edad, no es necesario revacunar en los 20 años siguientes; b) cuando han pasado más de 20 años desde una vacunación completa, sería suficiente con 2 dosis (primera y al mes) y la tercera dosis se puede posponer hasta 10 años después, y c) con una dosis de recuerdo tras más de 20 años de una vacunación correcta, se pueden postergar la segunda y la tercera dosis hasta 5 años después⁵.

En general, y resumiendo con un heurístico «después de una primovacuna completa a cualquier edad, basta en toda la vida con una dosis de recuerdo a los 65 años»⁸, en el Reino Unido se decidió en 1996 seguir estas pautas: cumplimiento del calendario infantil, única revacuna contra el tétanos entre los 50 y 60 años y no volver a revacunar a ningún adulto que ya tuviera 5 dosis de toxoide tetánico, excepto en caso de una herida tetanígena propiamente dicha⁹.

No parece aconsejable seguir la recomendación del editorial de ampliar a 5 el número mínimo de dosis necesario para obtener protección duradera contra el tétanos en los adultos¹, cuando con una sola dosis de recuerdo podemos proteger a las mujeres de menos de 47 años y a los varones de menos de 58 años. Conviene la prevención de los excesos de la prevención.

Bibliografía

1. Batalla C. ¿Cambios en las pautas de vacuna antitetánica?. *Aten Primaria*. 2008;40:595–6.
2. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, Flottesmesch TJ, Goodman MJ, Solberg LI. Priorities among effective clinical preventive services. Results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med*. 2006;31:52–61.
3. Palomo L. La efectividad de las vacunaciones sistemáticas en España. *Aten Primaria*. 1991;8:503–8.
4. Simonsen O, Kjeldsen K, Heron I, editors. Inmunidad contra el tétanos y efecto de la revacunación 25-30 años después de la vacunación primaria. *Lancet*. 1985;6:244–6.
5. Palomo L. ¿Cuándo y cómo tomar las decisiones adecuadas sobre la vacunación antitetánica? [carta]. *SEMERGEN*. 2004;30:360–2.
6. Palomo L, Gervas G. Profilaxis antitetánica en urgencias y medicina defensiva [carta]. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:638–9.
7. Velarde C, Cordero AI, Elesh A, Gómez JA. El reto de la protección antitetánica en los ancianos [carta]. *Aten Primaria*. 2004;33:524–5.
8. Palestra DJ, Littenberg B. Should adult tetanus immunization be given as a single vaccination at age 65? A cost-effectiveness analysis. *J Gen Intern Med*. 1993;8:405–12.
9. Bowie C. Tetanus toxoid for adults. Too much of a good thing. *Lancet*. 1996;348:1185–6.