

La dispensación de medicamentos, ¿eje de la profesión farmacéutica?

La ponencia que acumuló más audiencia en el reciente Congreso de FIP en Glasgow, planteaba a los presentes si ha llegado el momento de prescindir de la dispensación en la farmacia comunitaria. El ponente, Darrin Baines, profesor de economía de la salud en la Universidad de Bournemouth, se basaba en dos hechos: a) la condición básica de “experimentadores” de los farmacéuticos hasta que hace 70 años se convirtieron en dispensadores de lo experimentado por otros y b) la definición básica de Hepler y Strand para Pharmaceutical Care “provisión responsable de medicación **con el propósito** de conseguir unos resultados concretos y una mejor calidad de vida”. La propuesta de Baines consiste en cambiar la distribución de medicamentos por la distribución y aplicación masiva en la farmacia comunitaria de las tecnologías de salud, tanto de control de parámetros, como de control a distancia de adherencia, como de implantación de dispositivos de administración de fármacos, como de monitorización de parámetros relacionados con la medicación. Eva Terasalmi, farmacéutica finlandesa, con largo historial en la introducción de nuevos contenidos en el ejercicio profesional, defendió la “función central de la dispensación en la farmacia comunitaria...aunque debíamos discutir cómo definimos **dispensación**”.

En nuestro país, desde el primer Consenso de 2001, se ha incluido la dispensación como un servicio básico de la Atención Farmacéutica, generando procedimientos definidos y consensuados en Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Los cuatro requisitos básicos que se exigen a la dispensación para ser considerada un servicio de AF son: Validar que el medicamento dispensado es el adecuado a las necesidades clínicas del paciente, que éste conoce el modo de administrarlo, la pauta de utilización y la duración del tratamiento. Desde el primer consenso se ha discutido la necesidad de diferenciar la entrega de medicamentos legalmente realizada en las farmacias que podría llamarse Venta, de la dispensación o servicio profesional que además de cumplir requisitos legales de almacenamiento, custodia y entrega, añade la exigencia de una responsabilidad de chequeo de las condiciones mínimas de utilización

que va a realizar el paciente con el medicamento que se le entrega. La coexistencia de ambas actividades en las farmacias probablemente es la demanda actual en nuestra sociedad.

Pero también la Dispensación en farmacia hospitalaria, de toda la medicación reservada a sus servicios, ha planteado necesidades de revisión de procedimientos y evaluación. Aún más en el momento actual con el “envío a domicilio de medicamentos de dispensación hospitalaria” que, dentro del modelo CMO, tiene como objetivo reducir el nº de visitas a la farmacia del hospital manteniendo mediante consultas telemáticas el seguimiento farmacoterapéutico del paciente.

Por otra parte, los sindicatos de enfermería han reiterado en este 2018 que la única función asistencial de los farmacéuticos comunitarios es la dispensación

Con esta variedad de propuestas sobre cómo llevar a cabo la dispensación, de qué objetos, (medicamentos o dispositivos electrónicos que ayuden a mejores resultados de aquéllos) por parte de quién y en qué lugares, parece acertada la propuesta de Terasalmi de Redefinir Dispensación y homologarla al menos en Europa

Flor Álvarez de Toledo

Patrono de Fundación Pharmaceutical Care España

❖ CARTAS AL DIRECTOR

Dispensación de medicamentos de prescripción y resolución de incidencias a partir de la entrada en vigor de la directiva 2011/62/UE.

Sra.Directora

En febrero de 2019 será de obligado cumplimiento la directiva (2011/62/UE) sobre medicamentos falsificados¹ que dota a cada envase de un número de serie que asegura su trazabilidad. En la práctica, si se encuentra un medicamento en un domicilio, se sabrá automáticamente la farmacia responsable de su dispensación.

A nuestro juicio, en este escenario es necesario que el farmacéutico comunitario pueda resolver problemas relativos a la dispensación de medicamentos que se presentan a diario en la farmacia y que obligarían al paciente a visitar el centro de salud.

Ante situaciones similares, en otros países² se habilita legalmente a los farmacéuticos comunitarios a dispensar sin receta la mayoría de los medicamentos que la requieren, utilizando su juicio y ética profesional, informando al médico de cabecera, registrando la intervención y cumpliendo con una normativa protocolizada.

En España sin embargo esta facultad no está reconocida para los farmacéuticos ni ante verdaderas urgencias, dejando al profesional en un limbo legal entre la posible omisión del deber de socorro y la ausencia de una normativa clara. Por ejemplo, ante una persona que parece sufrir un ataque de asma y solicita un inhalador.

Dada nuestra actual infraestructura de telecomunicaciones, esta situación debería cambiar, ya que resulta sencillo registrar intervenciones. En nuestro sistema, la intervención profesional del farmacéutico, de la que sería responsable a efectos legales, quedaría identificada por número de colegiado y farmacia, registrada y notificada al médico de atención primaria, al Colegio Oficial de Farmacéuticos y a la Consejería de Sanidad en tiempo real.

No son sólo necesarias nuevas competencias que regulen la dispensación de urgencia, sino también incidencias más habituales que se producen en nuestra práctica profesional y que afectan a la calidad de la prestación farmacéutica. A diario acuden pacientes que disponen de e-receta a las farmacias y se encuentran que no tienen disponible la medicación que necesitan.

Correspondencia: José Daniel Carballeira

Correo electrónico: jdcarballeira@gmail.com



❖ CARTAS AL DIRECTOR

Las causas no relativas al mal uso pueden ser diversas: tratamiento finalizado pendiente de revisión, extravío de envases o blísteres, cambio de posología comunicada pero no modificada en e-receta, etc. La solución pasa por enviar al paciente a la consulta del médico de atención primaria.

Si la medicación le hace falta ese mismo día debe acudir directamente a su centro de salud o a un centro de salud de urgencia, lo que supone un contratiempo considerable y una situación de stress para cierto tipo de pacientes: ancianos y personas con movilidad reducida, trabajadores de ciertos sectores o personas que tienen a su cargo niños, ancianos, enfermos o discapacitados. En la práctica, se llega a dificultar la adherencia a los tratamientos, ya que no todos los pacientes pueden solventar el problema inmediatamente.

Como solución general proponemos que el farmacéutico siguiendo un protocolo de actuación y bajo su responsabilidad profesional pueda liberar un envase adicional, permitiendo al paciente continuar su tratamiento y disponer de tiempo para solicitar cita al médico. Esta medida aumentaría el grado de satisfacción de los pacientes y reduciría las consultas no programadas en los centros de salud, mejorando la eficiencia del sistema.

Autores

José Daniel Carballeira Rodríguez¹, Irene García Alfaro²

¹Doctor en Farmacia. Farmacéutico Comunitario. Santander.

²Farmacéutica Comunitaria. Santander.

Conflicto de Intereses/Competing Interest: Ninguno que declarar

BIBLIOGRAFÍA

- 1 The European Parliament and the Council of the European Union. Directive 2011/62/EU of the European Parliament and of the Council of 8 June 2011 amending Directive 2001/83/EC on the Community code relating to medicinal products for human use, as regards the prevention of the entry into the legal supply chain of falsified medicinal products. Official Journal of the European Union. 2011 Jul 1. 17: 74-87. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/eudralex/vol-1/dir_2011_62/dir_2011_62_en.pdf
- 2 Jonathan Laird. Dispensación de urgencia en Gran Bretaña: cuando el farmacéutico aplica su juicio profesional. 27 de Mayo de 2016. El Farmacéutico.es, Profesión y Cultura. http://elfarmacéutico.es/index.php/la-revista/secciones-de-la-revista-el-farmacéutico/item/download/1181_dca057f619bf0f25a79a326a1921fdc5

❖ ORIGINAL

Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada.

Medication reconciliation after hospital discharge: collaboration between primary care and specialized care pharmacists.

Romero-Ventosa EY¹, Cambeiro-Pais MD², Xoubanova-Montero RM³, de Dios-Martín AMB⁴, Martínez-Sánchez ML⁵, Piñeiro-Corrales G⁶.

¹Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria, Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

²Atención Primaria del Área Sanitaria de Vigo, Centro de Salud de Teis, Vigo, Pontevedra, España

³Atención Primaria del Área Sanitaria de Vigo, Centro de Salud A Cañiza, Vigo, Pontevedra, España.

⁴Atención Primaria del Área Sanitaria de Vigo, Centro de Salud A Guarda, Vigo, Pontevedra, España.

⁵Atención Primaria del Área Sanitaria de Vigo, Centro de Salud de Redondela, Redondela, Pontevedra, España.

⁶Jefa de Servicio de Farmacia de la Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Vigo, Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

Conflicto de Intereses/Competing Interest: Ninguno que declarar

RESUMEN

Objetivo: cuantificar la detección y la intervención sobre los problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) detectados al alta hospitalaria.

Métodos: estudio piloto del 8/03/17 al 7/04/17 de pacientes dados de alta de los servicios de Urología, Digestivo y Cirugía Vasculard y pertenecientes a los centros de salud con farmacéutico de Atención Primaria seleccionados. El estudio se realizó en una estructura organizativa de gestión integrada. Se recogieron: datos demográficos, índice de comorbilidad, PRMs y clasificación de medicamentos causantes,

Fecha de recepción 18/06//2018 **Fecha de aceptación** 02/10/2018

Correspondencia: Elena Yaiza Romero

Correo electrónico: yaiza_romero@hotmail.com

Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada.

Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero RM, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G.

❖ ORIGINAL

intervenciones y porcentaje de aceptación, así como número de reingresos y visitas a urgencias a los 30 días. El análisis estadístico se realizó con el SPSS.

Resultados: se incluyeron 145 pacientes (71,7% hombres/edad media 63 años) y se detectaron 207 PRMs en 95 pacientes. La causa de PRMs más frecuente fue el error de prescripción (32%) y el grupo terapéutico predominante fue el A (Tracto Alimentario y Metabolismo; 22%). Un 62% de las propuestas de intervención fueron aceptadas. Un 21,4% de los pacientes visitaron urgencias a los 30 días y un 7,6% reingresaron. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la duración de la estancia hospitalaria y el número de medicamentos antes de la conciliación ($p < 0,005$). También hubo relación entre la edad de los pacientes y las visitas a urgencias ($p = 0,043$).

Conclusiones: se detectaron PRMs en un número elevado de pacientes y más de un 60% de las propuestas de intervención fueron aceptadas. Los errores de prescripción fueron los más frecuentes, y el grupo de medicamentos con más PRMs fue el grupo A.

Palabras clave: *Conciliación; Continuidad asistencial; Atención Primaria; Alta Hospitalaria; Farmacéuticos; Problemas Relacionados con los Medicamentos.*

ABSTRACT

Objective: To quantify the detection and intervention on the drug-related problems (DRPs) detected in hospital discharge.

Material and methods: It was done a pilot study from 03/8/17 to 04/27/17 with patients discharged from the Urology, Digestive and Vascular Surgery services of the selected health centres with primary care pharmacist. The study was conducted in a *Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Vigo* (healthcare system with Primary Care and Specialized Care in the same management system). The following data was

Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada.

Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero RM, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G.

❖ ORIGINAL

collected: demographic data, comorbidity index, DRP detected and classification of drugs, interventions and acceptance percentage, as well as the number of readmissions and visits to the emergency department 30 days after hospital discharge. The statistical analysis was carried out with the SPSS program.

Results: 145 patients were included (71.7% men/average age 63 years old) and 207 DRPs were detected in 95 patients. Prescribing errors (32%) were the most common cause of DRP and most interventions were carried out with drugs that belong to alimentary tract and metabolism (22%). 62% of intervention proposals were accepted. 21.4% of patients visited the emergency department on those 30 days and 7.6% of patients were readmitted. It was found a statistically significant relation between length of hospital stay and the number of drugs that the patient took before the reconciliation ($p < 0,005$). There was also a relation between the age of the patients and the visits to the emergency department 30 days after hospital discharge ($p = 0,043$)

Conclusions: PRMs were detected in a large number of patients and more than 60% of the intervention proposals were accepted. Prescription errors were the most frequent ones and group A was de group of drugs with more DRPs.

Key words: *Conciliation; Continuity of Patient Care; Primary Health Care; Hospital discharge; Pharmacists; Drug-Related Problems.*

INTRODUCCIÓN

Según el Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad y Política Social, se ha producido un incremento de las patologías crónicas y de pacientes pluripatológicos y, por tanto, la reorientación del sistema sanitario hacia el paciente crónico es uno de los temas más candentes a nivel sanitario¹. El sistema de salud actual no solo busca curar

Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada.

Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero RM, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G.

❖ ORIGINAL

sino también mejorar la calidad de vida de los pacientes y convertirlos en el centro del sistema. Los servicios autonómicos de salud están compuestos por todos los centros sanitarios que garantizan la asistencia sanitaria pública trabajando conjuntamente, independientemente del nivel asistencial. Una de las estrategias de los servicios de salud es promover la Continuidad Asistencial (CA) mediante una organización centrada en el paciente que supere la tradicional separación entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE). Una correcta prestación de asistencia sanitaria exige una coordinación entre niveles, y eso cobra más importancia cuando la población envejece y presenta pluripatología.

Los programas de cohesión del Ministerio de Sanidad y Consumo pretenden mejorar la interoperabilidad de los sistemas de salud en el territorio nacional y europeo², siendo iniciativas que procuran el cambio del modelo sanitario actual con carencias de comunicación entre facultativos de AE y de AP y pacientes.

El Servicio Gallego de Salud (SERGAS) ha desarrollado Planes Estratégicos de atención farmacéutica al paciente crónico en el ámbito de la AP. Una de estas iniciativas es el Programa de Atención a Pacientes Crónicos Polimedicados. Este programa consiste en la elaboración por parte de un farmacéutico de AP de un informe dirigido al médico de AP³. Este informe está disponible en la historia clínica electrónica (HCE) compartida entre AP y AE, y permite la visualización y actuación en consecuencia por parte del médico.

Por otro lado, también se han desarrollado programas que consiguen una CA y humanización del entorno sanitario. Un ejemplo es el programa Conecta 72, que consiste en que los enfermeros de AP reciben de forma automática la información de

Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada.

Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero RM, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G.

❖ ORIGINAL

todas las altas hospitalarias de sus pacientes y son los responsables de llamarles por teléfono en las 72 horas siguientes al alta, integrando ambos niveles asistenciales.

Sin embargo, a pesar de disponer de herramientas para atender a pacientes crónicos y polimedicados sigue existiendo una falta de coordinación entre AP y AE. La conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales es una herramienta que también disminuye las discrepancias al alta hospitalaria⁴, independientemente de quien la realice y alcanza mejores resultados en un entorno multidisciplinar.

El objetivo primario de este proyecto es cuantificar el número de PRMs detectados en la farmacoterapia de los pacientes al alta hospitalaria a través de la revisión del historial farmacoterapéutico por el farmacéutico de AP y cuantificar si las propuestas de intervención notificadas al médico de AP se resolvieron.

356

MÉTODOS**Diseño del estudio**

Estudio piloto de corte transversal llevado a cabo en una estructura organizativa de gestión integrada (EOXI) que atiende a una población de más de 500.000 habitantes y está constituida por tres centros hospitalarios (± 1.250 camas de hospitalización) y 53 centros de AP.

En el estudio participaron dos farmacéuticos de AE y cuatro de AP de los 24 y 12, respectivamente, que existen en el área sanitaria.

Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada.

Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero RM, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G.

❖ ORIGINAL

Las altas fueron notificadas por el farmacéutico de AE, teniendo en cuenta los centros de salud correspondientes a los farmacéuticos de AP participantes, los cuales realizaron la conciliación de la medicación.

Población de estudio

Se incluyeron a todos los pacientes mayores de 18 años dados de alta de los hospitales y pertenecientes a los servicios de Urología, Digestivo y Cirugía Vasculuar.

Los pacientes fueron seleccionados si pertenecían a 19 de los 53 centros de salud del área sanitaria correspondiente.

Los criterios de exclusión fueron pacientes dados de alta a un centro sociosanitario o pacientes que pertenecían a otra área sanitaria de la comunidad autónoma.

El periodo de estudio fue desde el 08/03/17 hasta el 07/04/17.

Variables

Se recogieron las siguientes variables:

Datos demográficos: edad, sexo e índice de Charlson (IdC).

Datos del ingreso: fecha de ingreso, fecha de alta, servicio de ingreso y tipo de ingreso (programado/urgencia).

Datos farmacológicos:

- Número de medicamentos prescritos antes de la intervención del farmacéutico de AP.
- Detección de PRMs y cuantificación de los mismos.
- Aplicación o no del programa de polimedicados.
- Registro de las discrepancias: se empleó la clasificación de PRMs y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RMN) del Tercer Consenso de Granada⁵ modificado.
- Causas del PRM.
- Grupo de medicamentos en los que se encontró alguna discrepancia, según la clasificación ATC⁶.
- Aceptación de la intervención por el médico.

Número de reingresos y número de visitas a urgencias a los 30 días.

Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada.

Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero RM, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G.

❖ ORIGINAL

Recogida de datos

Los datos se recogieron de la HCE del paciente que integra ambos niveles asistenciales (IANUS® v.04.20.0503).

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 20 para Windows. Para las variables cuantitativas se calcularon medias y para las variables cualitativas porcentajes. Para encontrar si existía asociación entre las variables cualitativas se empleó la prueba Chi cuadrado, pero si el número de casos era < 5 , se empleó el test de Fisher. Para analizar la relación entre las variables cuantitativas que cumplían la normalidad por Kolmogorov-Smirnov se empleó la t de Student. En caso contrario, se aplicó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney. Se consideró un resultado estadísticamente significativo si $p < 0,05$.

Aspectos éticos de investigación

La recogida de datos se realizó en una base de datos encriptada donde no se podía identificar a los pacientes (se codificó en un EXCEL® paralelo). Dichas tablas están localizadas en la EOXI y su custodia es función del investigador principal y promotor del estudio, que se hace responsable de su destrucción tras finalizar el mismo.

Todo el personal sanitario que intervino en el tratamiento de datos de carácter personal estuvo obligado al secreto profesional y confidencialidad respecto de los mismos y al deber de guardarlos. Todos los datos recogidos para el estudio, procedentes de la HCE, han sido tratados con las medidas de seguridad establecidas en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal. Se han seguido los protocolos de la EOXI para la obtención de los datos clínicos y ninguno de los autores tiene ningún tipo de conflicto de interés.

Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada.

Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero RM, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G.

❖ ORIGINAL

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio fueron dados de alta 145 pacientes. 85 (58,6%) de los servicios de Urología, 42 (29,0%) de Digestivo y 18 (12,4%) de Cirugía Vascular. El 66,9% (97 pacientes) de los ingresos eran programados. La duración media de la estancia hospitalaria fue de 5,2 días (desviación estándar = DS = 5,2 días).

La distribución de las altas por centro de salud se recogió con fines estadísticos (datos no mostrados) registrándose una colaboración balanceada.

En cuanto a las características demográficas de la población a estudio, el 71,7% (104 pacientes) fueron hombres y la edad media fue de 63 años. La media del IdC que presentaban los pacientes fue de 3,2 (DS: 2,1), teniendo el 48,3% (70) de los pacientes un IdC < 3 (IdC 4-7: 50,3%).

El programa Conecta 72 detectó PRMs en el 1,4% (2) de los pacientes dados de alta. Cuando el farmacéutico entra en el circuito de CA y procede a la conciliación de la medicación, detecta PRMs en el 65,5% (95) de los pacientes. El número total de PRMs detectados fue de 207, con una media de 1,4 PRM/paciente (DS = 1,5).

El PRM detectado por el farmacéutico de AP puede requerir o no la apertura de un episodio de polimedicados en la HCE. En el 45,5% de los casos (66 pacientes) se abrió el episodio de polimedicados.

El Tercer consenso de Granada clasifica los PRMs como de necesidad, de efectividad y de seguridad. En este estudio un 74,9% (155) de los PRMs fueron de necesidad, un 6,8% (14) de efectividad y un 18,3% (38) de seguridad.

Las causas de los PRMs se recogen en la Figura 1, siendo los más frecuentes: los errores de prescripción 66 (32%) y la dosis, pauta y/o duración no adecuada del tratamiento 44 (22%).

Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada.

Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero RM, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G.

❖ ORIGINAL

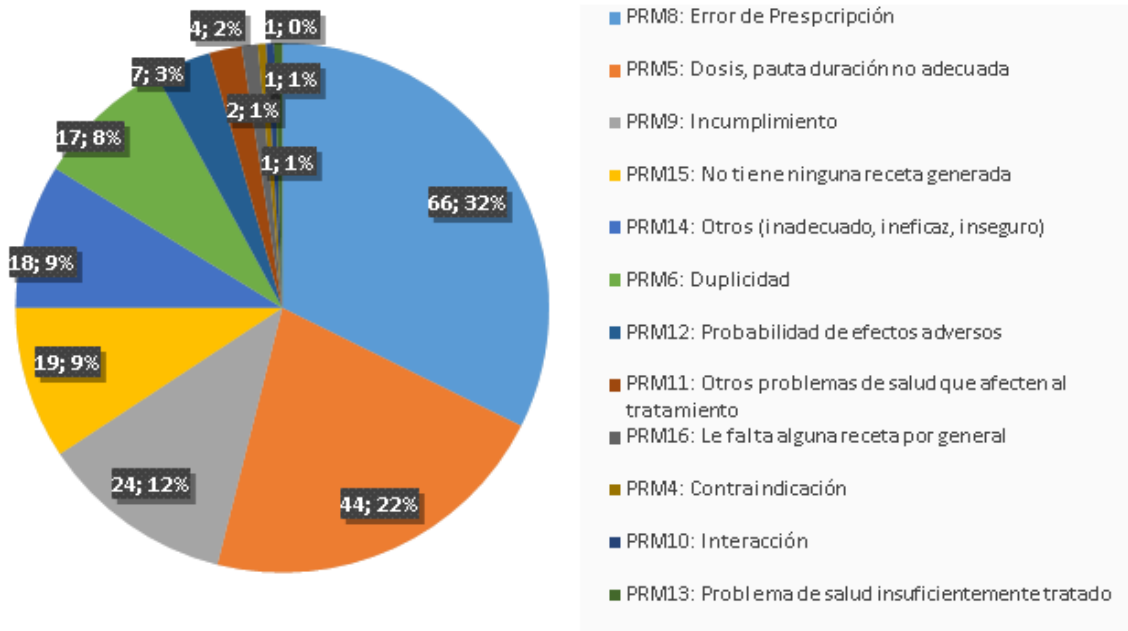


Figura 1: Causas de problemas relacionados con los medicamentos

Los medicamentos sobre los que se realizaron más intervenciones pertenecen al grupo de medicamentos que actúan sobre el Tracto Alimentario y Metabolismo (Grupo A; 47-22%) y sobre el Sistema Nervioso Central (Grupo N; 41-20%). En la Figura 2 se recoge la distribución de intervenciones según la clasificación ATC.

Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada.

Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero RM, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G.

❖ ORIGINAL

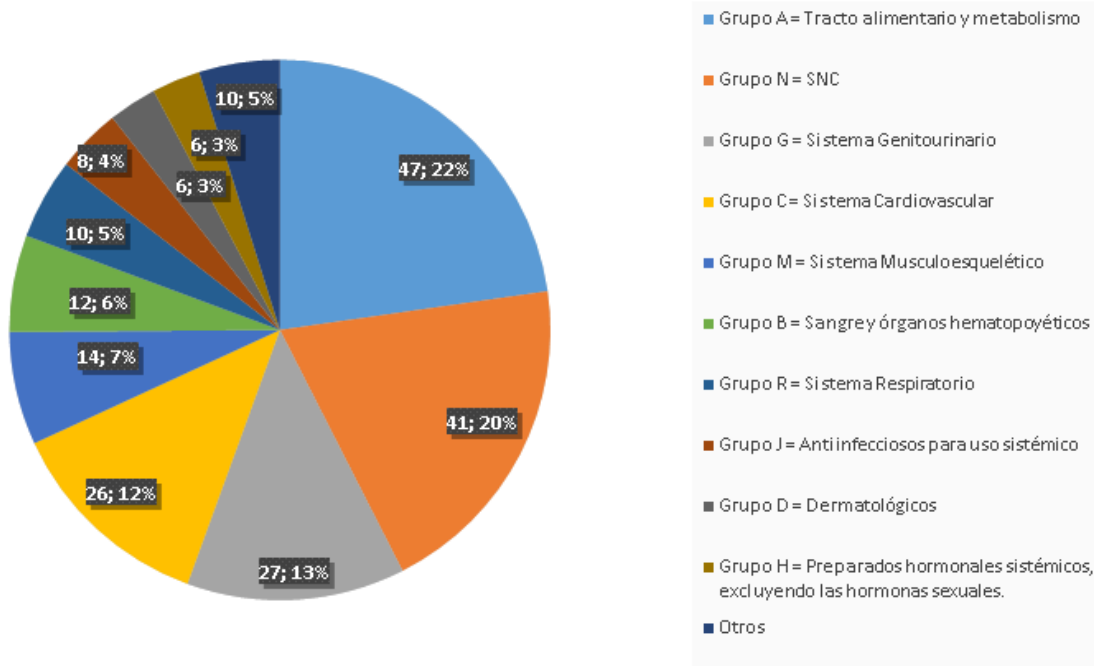


Figura 2: Distribución de intervenciones según la clasificación ATC.

De las propuestas de intervención formuladas por el farmacéutico al médico de AP (se detectaron PRMs en 95 pacientes), un 62% (41) fueron aceptadas (revisión tras 3 meses y medio desde el primer paciente y tras 1 mes y medio desde el último paciente).

Un 21,4% (31) de los pacientes visitaron urgencias en los 30 días posteriores a la conciliación, un 4,1% (6) de ellos en más de una ocasión. Un 7,6% (11) de los pacientes reingresaron al mes de realizar la conciliación.

No se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes que acuden a urgencias o ingresan antes de 30 días y el servicio de procedencia

Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada.

Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero RM, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G.

❖ ORIGINAL

($p=0,404$; $p=0,297$), el sexo ($p=0,214$; $p=0,506$), o la detección de PRMs por el farmacéutico ($p=0,471$; $p=0,748$).

Tampoco se encontró ninguna relación entre la edad de los pacientes y la duración de la estancia hospitalaria ($p=0,058$) o entre ésta y la comorbilidad (medida como el IdC; $p=0,083$). La única relación estadísticamente significativa encontrada en el estudio es la relación existente entre la duración de la estancia hospitalaria y el número de medicamentos que toma el paciente antes de la conciliación ($p < 0,005$).

Se ha encontrado relación entre la edad de los pacientes y las visitas a urgencias antes de 30 días tras el alta frente a los que no acuden a urgencias ($p=0,043$).

No se identificaron diferencias entre el IdC y los pacientes que acuden o no a urgencias ($p=0,312$) o ingresan ($p=0,07$) antes de los 30 días. Tampoco entre el número de PRMs detectados por el farmacéutico y las visitas a urgencias ($p=0,641$) o las hospitalizaciones ($p=0,675$).

DISCUSIÓN

Una de las limitaciones de este estudio es que se trata de un estudio piloto realizado solo en algunos centros de salud de la correspondiente EOXI. Aparte, para su extrapolación se requiere una HCE integrada y no todas las comunidades autónomas disponen de ella. El hecho de que el estudio se realizara solo en algunas unidades clínicas del hospital podría conducir también a algún sesgo. No se ha medido ni la gravedad de los PRM ni el impacto económico de su prevención, ya que resulta complicado medir el ahorro directo de estas intervenciones de conciliación. Además, no se dispone de un grupo control que sirva de comparador a la hora de analizar los reingresos y las visitas a urgencias. A pesar de ello, se considera que este estudio

Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada.

Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero RM, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G.

❖ ORIGINAL

dispone de la suficiente relevancia científica para realizar estudios posteriores que incluyan al farmacéutico dentro de los equipos multidisciplinares de coordinación en las transiciones asistenciales, como así lo apoyan las sociedades americanas⁷.

Otros países también muestran interés en el campo de la seguridad en la Continuidad asistencial⁸. El proceso de CA es un proceso en el que participan muchos profesionales sanitarios como figura de enlace^{9,10}.

La integración de los diferentes niveles asistenciales ha mejorado en los últimos años debido a la introducción de la HCE única. El SERGAS no solo cuenta con dicha herramienta; también está disponible el Programa de Polimedicados y el Conecta72. A pesar de estas herramientas se sigue detectando falta de comunicación interniveles que da lugar a PRMs y reingresos innecesarios.

El motivo de que existan más ingresos de tipo programado en este estudio es que se incluyeron dos servicios quirúrgicos y solo uno de tipo médico. También hay más hombres que mujeres porque el servicio de Urología es un servicio en el que existe un mayor número de ingresos de sexo masculino.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística¹¹, la edad media de las altas hospitalarias se situó en el año 2015 en 57,3 años en los hombres y 59,7 años en las mujeres, característica que coincide con la encontrada en este trabajo.

El perfil actual de paciente que ingresa en un hospital es un paciente crónico. Algunos de los procesos más frecuentes en los pacientes ingresados son la insuficiencia cardiaca, el ictus o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica¹². El IdC es un índice de comorbilidad que incluye algunas de estas patologías, utilizándose como una variable pronóstica de supervivencia¹³. Son pocos los estudios consultados que emplean este índice para poder comparar la pluripatología de las poblaciones

Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada.

Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero RM, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G.

❖ ORIGINAL

estudiadas. Sin embargo, en aquellos estudios en los que se mide el IdC los resultados son dispares, pudiendo encontrar pacientes que presentan resultados similares a este estudio (IdC medio de 4)¹⁴ y pacientes con menos comorbilidades (IdC 0-3: 75,5%) aunque éste último se trata de un estudio de conciliación al ingreso y no al alta¹⁵. Estas diferencias se pueden deber a que los estudios no tienen la misma estructura y los criterios de inclusión son diferentes.

Un estudio analizó cuáles eran los factores relacionados con la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. Dicha adecuación se relaciona con el IdC y con otras variables como el número de diagnósticos, el número de medicamentos o el sexo¹⁵. Algunas de esas variables se han analizado en este trabajo. Estudios pequeños presentados en congresos muestran una media de IdC superior a la de nuestro estudio, lo cual puede deberse al perfil de pacientes, en este caso de Medicina Interna, que generalmente se asocia a mayores comorbilidades¹⁶.

El programa del SERGAS Conecta 72 se muestra como una herramienta para facilitar y agilizar la integración y continuidad en los cuidados de los pacientes tras el alta hospitalaria, pudiendo prevenir e intervenir precozmente en los problemas de salud. Sin embargo, se trata de una herramienta dirigida fundamentalmente a cuidados de enfermería sin profundizar en la revisión de la farmacoterapia. La inclusión del farmacéutico como figura de enlace aportaría un valor fundamental a los equipos multidisciplinares, como así lo demuestra este estudio. El porcentaje de pacientes en los que se detectan PRMs es similar al encontrado en otros estudios al alta hospitalaria (23,7%-83%)^{17,18}. Sin embargo, se desconoce si estas intervenciones quedan registradas en la HCE como en este estudio. Esta iniciativa de registro en la historia de los pacientes es fundamental para la CA y resalta el trabajo y la aportación de los

Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada.

Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero RM, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G.

❖ ORIGINAL

farmacéuticos en la optimización de la efectividad, seguridad y eficiencia de los tratamientos farmacológicos, siendo un gran valor añadido en este estudio.

La implicación del farmacéutico en la conciliación se repite en otros niveles asistenciales, como así lo demuestra un estudio llevado a cabo por farmacéuticos de oficina de farmacia¹⁹ donde se detectó una media de 2,9 PRMs/paciente, incluso superior a la detectada en este trabajo.

Pocos estudios clasifican los PRMs como de necesidad, efectividad o seguridad. Sí se hace así en el estudio de Lopez y colaboradores¹⁷, donde los PRMs más comunes al alta fueron de necesidad (tanto de necesidad de tratamiento adicional como de medicamento innecesario), lo cual concuerda con nuestros resultados.

Los grupos más frecuentes de fármacos sobre los que se han realizado intervenciones son los pertenecientes a los grupos A y N. Estos datos coinciden descritos en la bibliografía²⁰.

Los PRMs mayoritarios (dosis, pauta o duración no adecuada y errores de prescripción) se asemejan a los descritos en otros estudios¹⁷.

El porcentaje de aceptación por parte del médico es un dato que no se incluye en muchos estudios de conciliación a pesar de su importancia. Algunos estudios de conciliación al ingreso muestran un alto porcentaje de aceptación (85%)²¹. El hecho de que el nuestro sea inferior puede deberse a que el proceso de conciliación al ingreso lleva desarrollándose muchos más años que el proceso de conciliación al alta, y aún es mucho más reciente la inclusión del farmacéutico de AP y el médico de AP como participantes en dicho proceso.

La evidencia práctica de los resultados obtenidos tras la resolución de PRMs no es concluyente. Diversos estudios traducen la resolución de PRMs en prevención de reacciones adversas, disminución de visitas a urgencias e incluso en reingresos

Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada.

Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero RM, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G.

❖ ORIGINAL

evitados^{22,23} pero otros autores estiman que un porcentaje de los errores no tienen consecuencias²⁴. En un estudio que analizaba las causas de los reingresos se encontró que estaban asociados con un PRM en 64 pacientes, clasificándose el 61% como un problema potencial del efecto o de la falta de efecto de un medicamento²⁵. Incluso en pacientes quirúrgicos, como la mayoría de los incluidos en nuestro estudio, no todos los reingresos se deben a causas puramente quirúrgicas. En un estudio llevado a cabo en más de 514.455 procedimientos, se encontró que una de las comorbilidades con la *odds ratio* de reingreso más alta (OR: 2.22, IC95%, 1.34-3.67) fue un número elevado de fármacos²⁶.

Como ya se ha mencionado, existen más estudios de conciliación al ingreso que de conciliación al alta, y en estos últimos no es común medir si la intervención reduce los ingresos y/o visitas a urgencias. Hay estudios que muestran reducción en la tasa de reingresos a los 7 y 14 días²⁷ y otros que no la muestran ni a los 14 ni a los 30 días²⁸. En otro estudio llevado a cabo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica se encontró que la tasa de reingreso a los 30 días fue menor tras la resolución de discrepancias por el farmacéutico al alta hospitalaria²⁹. El presente estudio no ha podido demostrar la relación entre la intervención del farmacéutico y la reducción de los ingresos y/o visitas a urgencias. La dificultad en la comparación de resultados radica en que cada estudio emplea tiempos de seguimiento diferentes. Sin embargo, trabajos como el *Enhanced Care Program*, que incluye la conciliación de medicamentos realizada por farmacéuticos al alta, demuestra que un equipo coordinado y multidisciplinar puede reducir los reingresos hospitalarios a los 30 días³⁰.

Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada.

Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero RM, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G.

❖ ORIGINAL

CONCLUSIONES

Destaca el elevado porcentaje de pacientes en los que se ha detectado algún PRM. Además, su aceptación por parte del médico de AP (62%) resalta la importancia de la intervención de los farmacéuticos de distintos niveles asistenciales en la conciliación de la medicación al alta hospitalaria y la consiguiente optimización farmacoterapéutica. Los PRMs tipo errores de prescripción fueron los más frecuentes (32%) y el grupo de medicamentos con más PRMs fue el grupo A (22%).

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia SERGAS 2014. [Internet]. La Sanidad Pública al servicio del Paciente. 2014 [consultado 8 noviembre 2017]. Disponible en: http://www.sefh.es/sefhpublicaciones/documentos/56_congreso/jueves_14.30_obra_doiro_participativa_rubial.pdf
2. European Patients Smart Open Service (epSOS project). [Internet]. 2003 [consultado 7 mayo 2017]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/cross-border-health-project-epsos-what-has-it-achieved>
3. Reboredo-García S, González-Criado Mateo C, Casal-Llorente. Implantación de un programa de polimedicados en el marco de la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad. Aten Primaria. 2014; 46 (Supl 3): 33-40. Disponible en: [http://doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70063-0](http://doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70063-0)
4. Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, Alibhai SM, Huh JH, Cesta A, et al. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. Ann Pharmacother. 2008; 42(10):1373-1379. <http://doi.org/10.1345/aph.1L190>
5. Comité de consenso: grupo de investigación en atención farmacéutica. Universidad de Granada (Spain). Grupo de investigación en farmacología. Universidad de Granada (Spain). Fundación Pharmaceutical Care España. Sociedad española de farmacia comunitaria (SEFaC). Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Ars Pharm. 2007;48(1):5-17.
6. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification system. Norwegian Institute of Public Health. 2011 [consultado 10 noviembre 2017]. Disponible en: http://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/
7. Cassano A. ASHP-Apha medication management in care transitions best practices. Informe, ADHP-Apha. Bethesda: ASHP [Internet]. 2013 [consultado 8 enero 2018]. Disponible en:

Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada.

Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero RM, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G.

❖ ORIGINAL

- http://media.pharmacist.com/practice/ASHP_APhA_MedicationManagementinCareTransitionsBestPracticesReport2_2013.pdf
8. Pérez RM, López SR, Lacida M, Rodríguez Gómez S. La enfermera comunitaria de enlace en el Servicio Andaluz de Salud. *Enf Comun* [edición electrónica]. 2005 [consultado 1 agosto 2017]; 1: Disponible en: <http://centrodesaluddebollulos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Documentacion%20Distrito/Documentos/Continuidad%20de%20Cuidados/La%20ECE%20en%20el%20SAS.PDF>
 9. Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria. Servicio Canario de Salud. [Internet]. 2017 [consultado 10 noviembre 2017]. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/92138516-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Portocolo_SCCAD.pdf
 10. Gorgas Torner MQ, Pàez Vives F, Camós Ramió J, de Puig Cabrera E, Jolonch Santasusagna P, Homs Peipoch E, et al. Programa de atención farmacéutica integrada en pacientes con enfermedades crónicas. *Farm Hosp.* 2012; 36(4):229-39. <http://doi.org/10.1016/j.farma.2011.06.015>
 11. INE: [Productos y Servicios / Publicaciones / Publicaciones de descarga gratuita / Mujeres y hombres en España / Salud / 4.10 Altas hospitalarias.](#) [Internet]. 2017 [consultado 10 noviembre 2017] Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?c=INESeccion_C&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&cid=1259926692529&L=0
 12. Instituto de Información Sanitaria. La hospitalización en el Sistema Nacional de Salud CMBD – Registro de altas. Informe resumen 2010 [Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. [consultado 10 noviembre 2017] Disponible en: https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Hospitalizacion_SNS_CMBD_Informe2010.pdf
 13. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, Mackenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis.* 1987;40(5):373-383. PMID: 3558716.
 14. Galván Banqueri M, Alfaro Lara ER, Rincón Gómez M, Rivas Covas PC, Vega Coca1 MD and Nieto Martín MD. Factors related with the appropriateness of pharmacological treatment in polypathological patients. *Farm Hosp.* 2014;38(5):405-410. <http://doi.org/10.7399/fh.2014.38.5.7504>
 15. Fracaro Lombardi N, Eduardo Matoso Mendes A, Camila Lucchetta R, Christini Torelli Reis W, Drechsel Fávero ML, Januário Correr C. Análisis de las discrepancias encontradas durante la conciliación medicamentosa en la admisión de pacientes en unidades de cardiología: un estudio descriptivo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016; 24:e2760. <http://doi.org/10.1590/1518-8345.0820.2760>

Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada.

Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero RM, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G.

❖ ORIGINAL

16. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 54 Congreso 2018 [Internet]. [consultando septiembre 2018] Disponible en: <https://www.sefh.es/54congresoInfo/documentos/posters/747.pdf>
17. Pardo López MA, Aznar Saliente MT, Soler Company E, Garcia Monsalve A, Aparicio Cueva M, Arroyo Domingo E, et al. Drug-related problems at discharge: results on the Spanish pharmacy discharge programme CONSULTENOS. *Int J Pharm Pract.* 2010; 18(5):297-304. <http://doi.org/10.1111/j.2042-7174.2010.00054.x>
18. Freyer J, Hueter L, Kasprick L, Frese T, Sultzer R, Schiek S, et al. Drug-related problems in geriatric rehabilitation patients after discharge - A prevalence analysis and clinical case scenario-based pilot study. *Res Social Adm Pharm.* 2017; 25:piiS1551-7411(16)30599-X. <http://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.07.009>
19. Ahmad A, Mast MR, Nijpels G, Elders PJ, Dekker JM, Hugtenburg JG. Identification of drug-related problems of elderly patients discharged from hospital. *Patient Prefer Adherence.* 2014; 4;8:155-165. <http://doi.org/10.2147/PPA.S48357>
20. Rennke S, Nguyen OK, Shoeb MH, Magan Y, Wachter RM, Ranji SR. Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy. A systematic review. *Ann Intern Med.* 2013; 158(5 Pt 2):433-440. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00011>
21. Ucha-Samartín M, Pichel-Loureiro A, Vázquez-López C, Álvarez Payero M, Pérez Parente D, Martínez-López de Castro N. Impacto económico de la resolución de problemas relacionados con medicamentos en un servicio de urgencias. *Farm Hosp* 2013; 37(1):59-64. <http://doi.org/10.7399/FH.2013.37.1.140>
22. Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, et al. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2009; 150(3):178-187. PMID: PMC2738592.
23. Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013; 158(5 Pt 2):397-403. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006>
24. Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, Wahlstrom SA, Brown BA, Tarvin E, et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. *Arch Intern Med.* 2006; 166(5):565-571. <http://doi.org/10.1001/archinte.166.5.565>
25. Thomas J, Coralic A, Ruegger M, Thompson-Moore N. Descriptive Analysis of Patient Readmissions Within 60 Days Due to Medication-Related Events. *Hosp Pharm.* 2015; 50(7):595-602. <http://doi.org/10.1310/hpj5007-595>
26. Ali AM, Loeffler MD, Aylin P, Bottle A. Factors Associated With 30-Day Readmission After Primary Total Hip Arthroplasty: Analysis of 514 455 Procedures in the UK National Health Service. *JAMA Surg.* 2017; 4:e173949. <http://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.3949>
27. Kilcup M, Schultz D, Carlson J, Wilson B. Postdischarge pharmacist medication reconciliation: impact on readmission rates and financial savings. *J Am Pharm Assoc (2003).* 2013; 53(1):78-84. <http://doi.org/10.1331/JAPhA.2013.11250>

Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada.

Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero RM, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G.

❖ ORIGINAL

28. Walker PC, Bernstein SJ, Jones JN, Piersma J, Kim HW, Regal RE, et al. Impact of pharmacist-facilitated hospital discharge. Arch Intern Med. 2009; 169:2003-10. <http://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.398>
29. Eisenhower C. Impact of pharmacist-conducted medication reconciliation at discharge on readmissions of elderly patients with COPD. Ann Pharmacother. 2014; 48(2):203-208. <http://doi.org/10.1177/1060028013512277>
30. Rosen BT, Halbert RJ, Hart K, Diniz MA, Isonaka S, Black JT. The Enhanced Care Program: Impact of a Care Transition Program on 30-Day Hospital Readmissions for Patients Discharged From an Acute Care Facility to Skilled Nursing Facilities. J Hosp Med. 2017; 4:E1-E7. <http://doi.org/10.12788/jhm.2852>



❖ ORIGINAL

Evaluación de resultados negativos de la medicación en el servicio de urgencias de un hospital, Cali, Colombia: Estudio transversal.

Evaluation of negative outcomes associated with medication in an emergency service of a hospital, Cali, Colombia: Cross-sectional study

Parody Rúa E¹, Montaña Holguin MA².

¹Profesora Asociada-Investigadora, Departamento de Ciencias Farmacéuticas, Universidad Icesi, Cali, Colombia

²Estudiante Química Farmacéutica, Universidad Icesi, Cali, Colombia

Conflicto de Intereses/Competing Interest: Ninguno que declarar

RESUMEN

371

Introducción: La amplia utilización de medicamentos, los problemas de salud que pueden aparecer asociados a los mismos y la escasez de datos con respecto a esta problemática en Colombia, motivaron a realizar este estudio.

Objetivo: Evaluar la presencia de Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) en pacientes que presentaron enfermedades de base: diabetes mellitus (DM), hipertensión (HTA) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el servicio de urgencias de la Clínica Amiga de Cali, y proponer estrategias de intervención en los RNM identificados.

Métodos: Estudio transversal, en el que se revisó las historias clínicas y entrevistó a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, con el fin de evaluar los RNM de necesidad, efectividad y seguridad a través de la metodología SOAP y poder así realizar

Fecha de recepción 11/10//2017 **Fecha de aceptación** 01/10/2018

Correspondencia: Elizabeth Parody

Correo electrónico: eparody02@yahoo.es

Evaluación de resultados negativos de la medicación en el servicio de urgencias de un hospital, Cali, Colombia: Estudio transversal.
Parody Rua E, Montaña Holguin MA.

❖ ORIGINAL

intervenciones farmacéuticas. Se incluyó variables demográficas, clínicas, presencia de RNM y tipo de intervención propuesta. Se realizó análisis descriptivo y de asociación.

Resultados: 26 pacientes presentaron RNM, el 41,2% fueron de seguridad, el 38,3% de necesidad y el 20,6% de efectividad; las principales causas fueron problemas de salud no tratados y la falta de cumplimiento terapéutico. Ser mujer, tener 65 años o más, y ser no cumplidor al tratamiento farmacológico, es un factor de riesgo ante los RNM, no obstante, no se observó significancia estadística. Las intervenciones farmacéuticas fueron educar y monitorizar al paciente, añadir un medicamento y modificar la dosis del fármaco.

Conclusión: El 35,6% de los pacientes presentaron por lo menos un RNM, mayoritariamente de seguridad no cuantitativa. Se realizó intervención farmacéutica a cada uno de los RNM y al cumplimiento terapéutico.

Palabras claves: *Errores de medicación; atención farmacéutica; servicios de atención de urgencias; Cumplimiento terapéutico; hipertensión; diabetes mellitus; EPOC.*

372

ABSTRACT

Background: The widespread use of drugs, the health problems that can appear associated with them and the lack of data regarding this problematic issue in Colombia, motivate to carry out this project.

Objective: To evaluate the presence of negative outcomes associated with medication (NOM) in patients that have underlying diseases such as diabetes, hypertension and chronic obstructive pulmonary disease in the Emergency Department at Clinic Amiga in Cali, and to propose intervention strategies in the identified NOM.

Evaluación de resultados negativos de la medicación en el servicio de urgencias de un hospital, Cali, Colombia: Estudio transversal.
Parody Rua E, Montaña Holguin MA.

❖ ORIGINAL

Methods: It was carried out a cross-sectional study in which the medical records were reviewed and, the patients that met the inclusion criteria, were interviewed in order to assess the needs, effectiveness and safety of medicines through the SOAP methodology and so being able to carry out pharmaceutical interventions. Demographic and clinical variables, presence of NOM and type of intervention proposed were included. A descriptive and association analysis was done.

Results: 26 patients presented NOM, 41.2% were of safety, 38.3% of necessity and 20.6% of effectiveness. The main causes were untreated health problems and lack of therapeutic compliance. Being a woman, being 65 years or older, and being noncompliant to pharmacological treatment, is a risk factor for NOM. However, no statistical significance was observed. The pharmaceutical interventions were related to educate and monitor the patient, add a drug and modify the dose of the drug.

Conclusion: 35.6% of the patients presented, at least, one NOM, mainly linked to non-quantitative safety. Pharmaceutical intervention was performed on each of the NOM and in the therapeutic compliance.

Keywords:

Medication errors; Pharmaceutical Care; emergency services; medication compliance; hypertension; diabetes mellitus; COPD.

INTRODUCCIÓN

La existencia y el acceso a los medicamentos han sido unas de las razones por las que la esperanza y la calidad de vida de la población se han visto incrementadas en los últimos años. La utilización de medicamentos ha logrado mejorar el estado de salud de las personas enfermas. Sin embargo, no siempre se consiguen resultados positivos en

Evaluación de resultados negativos de la medicación en el servicio de urgencias de un hospital, Cali, Colombia: Estudio transversal.
Parody Rua E, Montaña Holguin MA.

❖ ORIGINAL

la salud de las mismas, pues la farmacoterapia puede fracasar, no consiguiendo los resultados pretendidos, causando reacciones adversas o provocando en el paciente nuevos problemas de salud que pueden llegar hasta la muerte¹, pudiendo ocasionar resultados negativos asociados a la medicación (RNM).

Los servicios de urgencias son una de las áreas hospitalarias más vulnerables a experimentar errores de medicación, debido a múltiples factores como lo son: la presión asistencial, los turnos de trabajo sobrecargados, las interrupciones continuas y la falta de comunicación entre profesionales y pacientes, lo que puede provocar la aparición de RNM². La prevención de problemas relacionados con medicamentos (PRM) en un servicio de urgencias tiene un coste evitado de unos 60.000 €³.

La mayoría de los RNM son evitables⁴, por lo tanto, es fundamental establecer estrategias que faciliten su detección temprana, y en especial a los pacientes con problemas de salud crónicos, que son uno de los grupos de pacientes que tienen una mayor probabilidad de presentar RNM debido a la cantidad de medicamentos que les son prescritos para controlar sus patologías⁵.

En este sentido, el riesgo de presentar PRM se ha observado en pacientes con enfermedades cardiovasculares, donde el 63,4% tenían por lo menos un PRM⁶; y en pacientes diabéticos se identificó que el 81% de los pacientes presentaron por lo menos un PRM⁷.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la presencia de RNM en pacientes que presentaron enfermedades de base: diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el servicio de urgencias de la Clínica Amiga de Cali y proponer estrategias de intervención en los RNM identificados.

Evaluación de resultados negativos de la medicación en el servicio de urgencias de un hospital, Cali, Colombia: Estudio transversal.
Parody Rua E, Montaña Holguin MA.

❖ ORIGINAL

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Estudio transversal observacional en pacientes que ingresaron al Servicio de Urgencias de la Clínica Amiga de Cali por presentar enfermedades de base específicas como DM, HTA y EPOC.

Ámbito y periodo de estudio

El estudio se llevó a cabo en el servicio de Urgencias de la Clínica Amiga Comfandi de Cali, entre agosto y noviembre de 2015. Periodo en el cual el servicio contaba con una estudiante de farmacia para desarrollar el proyecto.

Población de Estudio: Criterios de inclusión y exclusión

Los pacientes que se incluyeron en el estudio fueron aquellos que cumplieron con las siguientes características: Pacientes mayores de dieciocho años que acudieron al servicio de urgencias de la Clínica Amiga por presentar enfermedades de base como DM, HTA y EPOC; pacientes cuya EPS (Entidad Prestadora de Salud) estaba afiliada a la Clínica Amiga de Cali y pacientes que estuvieron de acuerdo con el estudio y que firmaron el consentimiento informado.

Se excluyeron del estudio los siguientes pacientes: los que acudieron al servicio de urgencias por intento de suicidio, pacientes que ingresaron al servicio de urgencias por urgencias vitales como por ejemplo paro cardiaco, heridas graves, abuso sexual, entre otros, pacientes que abandonaron voluntariamente el servicio de urgencias antes de cumplir con el tratamiento de urgencias y pacientes que acudieron más de dos veces al servicio de urgencias por el mismo motivo clínico en las últimas 24 horas.

Tamaño de la Muestra

En el año 2014 ingresaron 1.139 pacientes con hipertensión, diabetes y EPOC al servicio de Urgencias de la Clínica Amiga de Cali. Por consiguiente, para determinar la

Evaluación de resultados negativos de la medicación en el servicio de urgencias de un hospital, Cali, Colombia: Estudio transversal.
Parody Rua E, Montaña Holguin MA.

❖ ORIGINAL

muestra de estudio, se asumió una distribución homogénea en las 52 semanas del año, mostrando que por mes, 95 pacientes ingresan al Servicio de Urgencias con las patologías mencionadas anteriormente. Por tal motivo, se decidió seleccionar 73 pacientes para desarrollar este estudio, es decir el 76,8% de la población que acude mensualmente a este servicio.

Captación de los pacientes

La captación de los pacientes se realizó de forma consecutiva hasta completar el tamaño de la muestra en el área de observación del servicio de Urgencias de la Clínica Amiga de Cali.

Previo a la realización de la entrevista al paciente, se obtuvo información del triage que permitió conseguir los datos requeridos para saber si el paciente cumplía o no con todos los criterios necesarios para participar en el estudio. Esta información se consiguió a partir de los observadores que manejan los médicos en el área de urgencias (los observadores son documentos que tienen toda la información del paciente; por ejemplo, antecedentes, alergias, diagnóstico, etc.).

Fuentes de información

La información para el estudio se obtuvo de la entrevista realizada al paciente y revisión de su historia clínica.

Se efectuó una entrevista al paciente con el fin de averiguar los problemas de salud que le preocupaban en ese momento, así como datos relevantes con respecto a su tratamiento terapéutico¹. Además, se valoró el cumplimiento terapéutico a través del test de Morisky-Green⁸.

En cuanto a la revisión de historias clínicas, se realizó con el fin de obtener información sobre el diagnóstico clínico, medicamentos prescritos en el servicio, antecedentes farmacológicos, examen físico general y pruebas complementarias. La revisión se

Evaluación de resultados negativos de la medicación en el servicio de urgencias de un hospital, Cali, Colombia: Estudio transversal.
Parody Rua E, Montaña Holguin MA.

❖ ORIGINAL

efectuó mediante el Sistema de Información para Sanidad (SAP). Plataforma virtual con la que cuenta la Clínica Amiga de Cali.

Identificación de RNM e Intervención Farmacéutica

La detección e intervención de los RNM se realizó mediante una adaptación del método SOAP⁹, que consiste en dos etapas principales, lista de problemas y SOAP *note*. En la lista de problemas, se identificaron las preocupaciones tanto del paciente como del profesional farmacéutico con respecto al tratamiento farmacológico, adherencia al tratamiento o hábitos de vida. El SOAP *note*, consiste en revisar y registrar datos subjetivos (S) y objetivos (O), con esta información se realiza una evaluación (*Assesment -A*) y se propone un plan (P) de acuerdo a lo identificado en la evaluación (intervención farmacéutica).

Los datos subjetivos, son la información no cuantificable; los objetivos hacen referencia a las pruebas diagnósticas o de monitorización y medicamentos. La evaluación consistió en identificar los RNM, para ello se realizó una relación entre la situación clínica del paciente con la necesidad, efectividad y seguridad del tratamiento prescrito. Para esto, se llevó a cabo una revisión en bases de datos como PubMed, Micromedex[®] y Epocrates[®] con el fin de evaluar interacciones clínicamente apreciables, dosis y posología adecuada, contraindicaciones relevantes. También se revisaron los valores de pruebas diagnósticas o de monitorización por cada paciente. Con esta información se pudieron establecer sospechas de RNM (potenciales), RNM (reales) y PRM como causa de RNM.

La clasificación de los RNM se realizó según el Tercer Consenso de Granada¹. Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) fueron evaluadas mediante el algoritmo de causalidad de Naranjo y cols¹⁰.

Evaluación de resultados negativos de la medicación en el servicio de urgencias de un hospital, Cali, Colombia: Estudio transversal.

Parody Rua E, Montaña Holguin MA.

❖ ORIGINAL

Todas las historias clínicas de los pacientes, así como los RNM detectados fueron revisados por un farmacéutico diferente al que los identificó; de esta forma se confirmó la presencia o no de los PRM o RNM.

Después de la confirmación de los RNM, se plantearon estrategias de intervención fundamentadas en recomendaciones dirigidas al médico tratante del Servicio de Urgencias, con el fin de prevenir y resolver los RNM. Estas recomendaciones fueron: monitorizar al paciente, adicionar un medicamento, aumentar o disminuir dosis de los medicamentos prescritos.

Variables - recolección de datos

Se realizó un formato digital en Microsoft Office Excel, donde se recogió la información obtenida a través de las entrevistas y las historias clínicas; en el que se incluyó las siguientes variables: demográficas (sexo, edad), medidas antropométricas (peso, talla, índice de masa corporal), variables clínicas (tensión arterial, temperatura), pruebas de laboratorio (glucosa, hemoglobina, perfil lipídico, creatinina, proteína C reactiva, leucocitos, etc.), antecedentes patológicos (HTA, DM, EPOC), medicamentos (denominación genérica, presentación, dosis, posología, duración del tratamiento), cumplimiento terapéutico (si/no), PRM, RAM, RNM (necesidad, efectividad y seguridad) y plan (se registró la recomendación dada al médico).

Limitaciones del estudio

Una limitación fue el desconocimiento del estudio de algunos médicos de urgencias, lo que dificultó en algunas ocasiones la captación de los pacientes. El periodo de estudio fue corto, porque el servicio de urgencias de la institución no cuenta con un farmacéutico para hacer seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes, por lo tanto, la capacitación y entrevistas con los pacientes se realizó con una estudiante de farmacia del último año de carrera.

Evaluación de resultados negativos de la medicación en el servicio de urgencias de un hospital, Cali, Colombia: Estudio transversal.
Parody Rua E, Montaña Holguin MA.

❖ ORIGINAL

Análisis Estadístico

Con los datos registrados en el formato digital de Microsoft Office Excel, se realizó un análisis que describe la distribución de todas las variables estudiadas. Con el fin analizar los factores asociados a los RNM, se realizaron análisis bivariados donde la variable dependiente fue la presencia de RNM y las variables independientes fueron el género, la edad, el número de medicamentos y el cumplimiento terapéutico.

Para estimar la frecuencia con que ocurrió el evento entre los que estuvieron o no expuestos, se utilizó el Riesgo Relativo (RR) con un Intervalo de Confianza (IC) del 95

Consideraciones Éticas

El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Clínica Amiga y el de la Universidad Icesi (acta de aprobación número 036 de 8/07/2015). Los pacientes que aceptaron participar en el estudio, estaban informados y firmaron consentimiento informado. En todo momento se protegió la privacidad de los datos de los pacientes.

379

RESULTADOS

Se incluyó 73 pacientes, el 53% mujeres, con un rango de edad de 23 a 100 años, la mayoría con hipertensión arterial (98,6%) y polimedicados (más de 5 medicamentos prescritos) durante su estancia en urgencias y de forma ambulatoria (Tabla 1).

El 16,4% de los pacientes durante su estancia en urgencias presentaron al menos un RNM real, y el 13,7% manifestaron al menos un RNM potencial. Los RNM de seguridad, fueron los más frecuentes, específicamente asociado a una inseguridad no cuantitativa. Entre los medicamentos implicados, se encuentran los antihipertensivos, antidiabéticos y antiinfecciosos. De los pacientes incluidos en el estudio, el 9,6%

Evaluación de resultados negativos de la medicación en el servicio de urgencias de un hospital, Cali, Colombia: Estudio transversal.
Parody Rua E, Montaña Holguin MA.

❖ ORIGINAL

ingresaron al servicio de urgencias por presentar algún RNM de necesidad, efectividad o seguridad.

Variable	N	%
Sexo		
Mujer	39	53,4
Hombre	34	46,6
Edad (años)		
Media	66,1	DS: 15,3
20-29	2	2,7
30-39	1	1,4
40-49	5	6,8
50-59	14	19,2
60-69	22	30,1
70-79	15	20,5
80-89	12	16,4
90 o más	2	2,7
Patologías		
Hipertensión arterial (HTA)	72	98,6
Diabetes mellitus (DM)	32	43,8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	6	8,2
Medicamentos prescritos en urgencias		
Media	8,4	DS: 3,4
Menor de 5	9	12,3
5 - 9	39	53,4
10 - 14	21	28,8
15 o más	4	5,5
Medicamentos ambulatorios prescritos previos a la consulta de urgencias		
Media	7,5	DS: 3,6
Menor de 5	15	20,5
5 - 9	39	53,4
10 - 13	19	26,0

DS: desviación estándar

Tabla 1: Características demográficas y clínicas de los pacientes incluidos

En la Tabla 2 se presenta los RNM identificados durante la estancia en urgencias y que causaron ingreso en urgencias.

Evaluación de resultados negativos de la medicación en el servicio de urgencias de un hospital, Cali, Colombia: Estudio transversal.
Parody Rua E, Montaña Holguin MA.

❖ ORIGINAL

Tipo de RNM	RNM durante estancia urgencias		RNM causa ingreso urgencias	
	N (%)	Medicamentos implicados	N (%)	Medicamentos implicados
Necesidad -Problema de salud no tratado -Efecto de Medicamento innecesario	7 (25,9) 2 (7,4)	Metoprolol, losartan, metformina, glibenclamida, insulina, levotiroxina	4 (57,1) 0	Antihipertensivos
Efectividad -Inefectividad no cuantitativa -Inefectividad cuantitativa	4 (14,8) 1 (3,7)	Clonidina, furosemida, hidrocortisona, insulina, levotiroxina, metoprolol, enterogermina	2 (28,6) 0	Fenofibrato, hidroclorotiazida, metoprolol
Seguridad -Inseguridad no cuantitativa -Inseguridad cuantitativa	9 (33,3) 4 (14,8)	Espironolactona, losartán, ácido acetilsalicílico, ácido zolendrónico, cefepime, ceftriaxona, metoclopramida. Ampicilina sulbactam, cefepime, piperazilina tazobactam, , ranitidina	1 (14,3) 0	Warfarina

Tabla 2: Resultados negativos de la medicación (RNM)

Dentro las principales causas que provocaron la aparición de un RNM en el paciente, se encuentran: los problemas de salud insuficientemente tratados 25% (11), la falta de cumplimiento terapéutico 22,7% (10), las contraindicaciones 15,9% (7) y las interacciones clínicamente relevantes 15,9 % (7). En total se determinaron 44 PRM. Las causas de la falta de adherencia terapéutica que se detectaron durante la entrevista realizada al paciente fueron: desconocimiento sobre la enfermedad, polimedicación, dosificación diaria múltiple y dificultad para asistir a las citas médicas.

En cuanto a los factores de asociación de RNM, se observó que ser mujer, tener 65 o más años, y no cumplir con el tratamiento farmacológico, son factores de riesgo para RNM, ninguno con diferencias estadísticas (Tabla 3).

Evaluación de resultados negativos de la medicación en el servicio de urgencias de un hospital, Cali, Colombia: Estudio transversal.
Parody Rua E, Montaña Holguin MA.

❖ ORIGINAL

Las intervenciones farmacéuticas realizadas a los RNM detectados, fueron: monitorizar al paciente, añadir un medicamento y modificar la dosis. Adicionalmente a todos los pacientes que presentaron mala adherencia al tratamiento, se les realizó una intervención educativa.

Variable	%RNM	RR	IC (95%)
<i>Sexo:</i> Mujer	38,4	1,19	0,63 – 2,23
<i>Edad:</i> Mayor o igual a 65 años	35,9	1,02	0,55 – 1,89
<i>Número de medicamentos prescritos:</i> 5 o más	33,3	0,44	0,23 – 0,86
<i>Cumplimiento terapéutico:</i> no cumplidor	38,4	1,13	0,60 – 2,12

RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza; RNM: resultados negativos de la medicación

Tabla 3: Factores asociados a los resultados negativos de la medicación

DISCUSIÓN

Este estudio permitió determinar la incidencia de los RNM en el Servicio de Urgencias de la Clínica amiga de Cali, bien sea que se produjeron durante la estancia en el servicio o porque fue el motivo de consulta a urgencias.

Aunque diferentes estudios han reflejado la prevalencia de PRM o RNM en un servicio de urgencias, así como la intervención del farmacéutico; en Colombia, es el primer estudio publicado en este servicio hospitalario; además es importante resaltar que el farmacéutico de la clínica Amiga, no realiza de forma rutinaria intervenciones farmacéuticas en el servicio de urgencias; con la realización de este estudio se pretendía cuantificar la presencia de RNM hacer las intervenciones y demostrar la necesidad de la participación activa del farmacéutico en este servicio.

Evaluación de resultados negativos de la medicación en el servicio de urgencias de un hospital, Cali, Colombia: Estudio transversal.
Parody Rua E, Montaña Holguin MA.

❖ ORIGINAL

De los 73 pacientes analizados, se encontró que el 35.6% de la población presentó al menos un RNM; resultados comparables con otros estudios¹¹⁻¹³ y a diferencia de otro estudio¹, que al 56,8% de la población se identificó al menos un RNM en el área de observación del servicio de urgencias. Las diferencias pudieron ser debidas a la población estudiada y/o los métodos de identificación de RNM utilizados de los estudios.

Al analizar la asociación entre el sexo y la presencia de RNM, se observó que las mujeres presentaron un mayor número de RNM que los hombres (57,1% vs 42,9%); resultados comparables con otros estudios^{11,15}; sin embargo, en el presente estudio, este factor no fue estadísticamente significativo. La diferencia de RNM por sexo, puede ser porque generalmente las mujeres frecuentan más los servicios de urgencias que los hombres¹⁶ o porque tienen una menor masa corporal, presentan cambios hormonales y hacen un mayor uso de medicamentos¹⁷.

Los pacientes mayores a 65 años presentaron mayor número de RNM, comparable con otros estudios^{12,18}, en los que identificaron que los ancianos presentaron mayor número de RNM. Esto puede explicarse porque los ancianos presentan un metabolismo más lento que el adulto, una menor cantidad de enzimas en el hígado y una disminución renal por lo que tienden a padecer mayores efectos negativos asociados a los medicamentos¹⁹. No obstante, en nuestro estudio no fue significativa la incidencia de RNM con respecto a aquellos menores a 65 años. Es posible que se deba al tamaño de la muestra analizada, y a que la media de edad fue de 66 años.

Respecto al número de medicamentos, se encontró que, tanto en el servicio de urgencias como en el ámbito ambulatorio, más del 50% de la población eran polimedcados. Según un estudio realizado en urgencias²⁰, el número de medicamentos aumenta la probabilidad de aparición de RNM, lo cual se pudo

Evaluación de resultados negativos de la medicación en el servicio de urgencias de un hospital, Cali, Colombia: Estudio transversal.
Parody Rua E, Montaña Holguin MA.

❖ ORIGINAL

corroborar con este estudio, ya que 23 de los 26 RNM detectados fueron en pacientes que tomaban 5 o más medicamentos; sin embargo, esta diferencia no fue significativa. Existe controversia si el número de medicamentos prescritos es un factor de riesgo para la aparición de RNM; se ha confirmado que estar polimedicado duplica el riesgo de aparición de RNM¹⁸ o que presenta mayor riesgo¹³, mientras que hay otros autores que no han encontrado valores significativos entre tener 5 o más medicamentos prescritos y la presencia de PRM o RNM^{17,21}.

En cuanto a la distribución de RNM por tipo, la categoría de seguridad fue la que más se presentó (41,2%), en especial, la no cuantitativa, en el que estuvo implicado entre otros medicamentos, la warfarina, en el que se presentó RAM probable según algoritmo de Naranjo¹⁰. En el caso de los RNM de necesidad, se encontró que mayoritariamente los pacientes presentaron problemas de salud debido a que no recibieron medicamentos para controlar específicamente sus cifras de glucosa y presión arterial. Por último, con respecto a la efectividad, se determinó que en mayor proporción se presentó una ineffectividad no cuantitativa específicamente por interacciones que disminuían la actividad de otro medicamento.

Cabe resaltar, que la distribución de RNM obtenida por este estudio, es semejante a la conseguida en el área de hospitalización de la Clínica Amiga, donde el 47,4% de la población presentó un RNM de inseguridad no cuantitativa y el 42,1% manifestó problemas de salud por no recibir la medicación que necesitaba. Por lo tanto, es necesario realizar evaluaciones periódicas a los medicamentos que se les están prescribiendo a los pacientes en estos servicios.

Entre las causas de RNM en el presente estudio, se destaca el incumplimiento terapéutico, los problemas insuficientemente tratados, las contraindicaciones e interacciones. De los 73 pacientes analizados, se identificó que el 22,7% de ellos no

Evaluación de resultados negativos de la medicación en el servicio de urgencias de un hospital, Cali, Colombia: Estudio transversal.
Parody Rua E, Montaña Holguin MA.

❖ ORIGINAL

eran adherentes al tratamiento, resultados similares a otro estudio²², donde el 38% de los pacientes fueron considerados como incumplidores.

Existen muchos factores que pueden influir en el cumplimiento terapéutico, sin embargo, en este estudio el desconocimiento sobre la enfermedad y el olvido por la dosificación diaria múltiple y la polifarmacia fueron los causantes de la baja adherencia terapéutica. Estos resultados comparables a un estudio²³, donde el 56,4% de la población no sabían los efectos negativos que podría provocar la hipertensión arterial en ciertos órganos como el corazón y riñón y el 48% de la población se olvidaban de tomar la medicación formulada.

En cuanto a la asociación entre incumplimiento terapéutico y RNM, se observó que los pacientes no cumplidores son un factor de riesgo ante la presencia de un RNM, sin embargo, no fue estadísticamente significativo. Resultados similares se observaron en un estudio²⁴, en el cual, una de las causas que provocaron este resultado fue por la baja sensibilidad del método con el que se midió el cumplimiento terapéutico, aspecto que también pudo haber afectado los datos del presente estudio.

La intervención que más se propuso fue monitorizar al paciente, ya que la mayoría de los PRM detectados fueron contraindicaciones e interacciones, las cuales aumentaban el riesgo de aparición de RNM. Adicionalmente, se sugirió añadir un medicamento, ya que se detectó que a varios pacientes no se les estaba controlando sus niveles de presión y glucosa en el servicio.

Con respecto al incumplimiento terapéutico se realizaron intervenciones con el fin de mejorar la adherencia de los pacientes, básicamente se ejecutaron charlas educativas donde se explicó el riesgo que conlleva el no ingerir los medicamentos prescritos, se recomendó asociar el tratamiento a actividades diarias y se aclaró las dudas acerca de

Evaluación de resultados negativos de la medicación en el servicio de urgencias de un hospital, Cali, Colombia: Estudio transversal.
Parody Rua E, Montaña Holguin MA.

❖ ORIGINAL

la indicación de ciertos medicamentos, ya que algunos pacientes no tenían claro para que patología estaban tomando el fármaco.

En conclusión, el 35,6% de la población presentó por lo menos un RNM, principalmente debido a una inseguridad no cuantitativa. De los 34 RNM detectados, 27 se manifestaron en el servicio de urgencias, mientras que 7 de ellos causaron el ingreso al área de urgencias. Ser mujer, tener más de 65 años y no cumplir con el tratamiento terapéutico, resulta ser un factor de riesgo ante la aparición de RNM, sin embargo, en este estudio no se obtuvieron valores estadísticamente representativos que lo confirmaran. Las intervenciones farmacéuticas realizadas estuvieron enfocadas primordialmente en educar y monitorear al paciente. La alta incidencia de los RNM en este servicio confirma la necesidad de implementar seguimiento farmacoterapéutico en el área de urgencias de la Clínica Amiga, de Cali.

386

BIBLIOGRAFÍA

1. Faus MJ, Amariles P, Martínez-Martínez F. Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos. Madrid: Ergon; 2008.
2. Pérez M, Ramos HA., González S, Marrero SM, Molero R. Evaluación de la calidad de las intervenciones farmacéuticas en urgencias basada en la evidencia científica. Farm Hosp. 2014; 38(2):123-29.
3. Ucha-Samartín M, Pichel-Loureiro A, Vázquez-López C, Álvarez M, Pérez D, Martínez-López de Castro N. Impacto económico de la resolución de problemas relacionados con medicamentos en un servicio de urgencias. Farm Hosp. 2013;37(1):59-64
4. Martínez MV, Flores M, Espejo J, Jiménez P, Martínez-Martínez F, Bernabé E. Resultados negativos asociados a la medicación que son causa de visita al servicio de urgencias de un centro de atención primaria. Aten Primaria. 2012; 44(3):128-37.

Evaluación de resultados negativos de la medicación en el servicio de urgencias de un hospital, Cali, Colombia: Estudio transversal.

Parody Rua E, Montaña Holguin MA.

❖ ORIGINAL

5. Muñoz PA, García JM, Estrada CM., Gutiérrez FJ, Alzate, NA. Farmacoseguridad: Farmacovigilancia y Seguimiento Farmacoterapéutico. Medellín: Humax Pharmaceutical; 2011.
6. Abdela OA, Bhagavathula AS, Getachew H, Kelifa Y. Risk factors for developing drug-related problems in patients with cardiovascular diseases attending Gondar University Hospital, Ethiopia. *Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences*. 2016; 8(4):289-95.
7. Al-Taani G, Al-Azzam S, Alzoubi KH, Darwish F W, Scott MG, Alfahel H, et al. Prediction of drug-related problems in diabetic outpatients in a number of hospitals, using a modeling approach. *Drug Healthc Patient Saf*. 2017; 9:65–70.
8. Rodríguez MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008; 40(8):413–8.
9. Lloyd L, Gourley D, Herfindal E. *Workbook for Clinical Pharmacy and Therapeutics*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1992.
10. Naranjo CA, Shear NH, Lanctot KL. Advances in the diagnosis of adverse drug reactions. *J Clin Pharmacol*. 1992; 32(10):897–904.
11. Callejón GC. Resultados negativos asociados a la medicación (RNM) que causan consultas en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. Universidad de la Laguna, 2010-11
12. Ramos S, Díaz P, Mesa J, Nuñez S, Suárez M, Callejón G, et al. Incidencia de resultados negativos de medicación en un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Farm Hosp*. 2010; 34 (6): 271-78.
13. Merino J, Román N, Tevar E, Plasencia I, Gutiérrez F, Viña MM. Factores implicados en ineffectividad e inseguridad de medicamentos en pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias. *Rev. O.F.I.L.* 2014; 24(3):179-87
14. Cubero-Caballero S, Torres-Murillo JM, Campos-Pérez MA, Gómez del Río S, Calleja-Hernández MA. Problemas Relacionados con los Medicamentos en el área de observación de urgencias de un hospital de tercer nivel. *Farm Hosp*. 2006; 30 (3): 187-92.
15. Baena MI. Problemas Relacionados con los Medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Nieves de Granada. Barcelona: Ergón; 2004.
16. González G, Valencia, ML, Agudelo NA, Acevedo L, Vallejo IC. Morbilidad sentida de las urgencias médicas y la utilización de los servicios de salud en Medellín, Colombia, 2005-2006. *Biomédica*. 2007; 27:180-189.
17. Martín MT, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2002; 118(6):205–10.

Evaluación de resultados negativos de la medicación en el servicio de urgencias de un hospital, Cali, Colombia: Estudio transversal.

Parody Rua E, Montaña Holguin MA.

❖ ORIGINAL

18. García V, Marquina I, Olabarrí A, Miranda G, Rubiera G, Baena MI. Resultados negativos asociados con la medicación en un servicio de urgencias hospitalario. *Farm Hosp.* 2008; 32(3):157-62.
19. Fajardo P. Resultados Negativos asociados a la Medicación Causa de Consulta a Servicios de Urgencias Hospitalarias. [Tesis]. [Granada]: Universidad de Granada; 2011. 304 p.
20. Calderón B. Detección De Resultados Negativos Asociados a La Medicación De Pacientes De La Unidad De Observación Del Área De Urgencias. [Tesis]. [Granada]: Universidad de Granada; 2007. 192 p.
21. Parody E, Segú JL. Efectividad y estimación de costes en una intervención sobre problemas relacionados con los medicamentos en atención primaria. *Aten Primaria.* 2005; 35 (9): 472-77.
22. Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, Martín T, Moretti, M, Tiscornia L. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. *Rev Cubana de Farm.* 2013; 47 (4): 468-74.
23. Buendía JA. Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva. *Biomédica.* 2012; 32(4): 578-84.
24. Pérez C, Vicedo T, Delgado E, Carretero E. Resultados negativos asociados al uso de medicamentos que motivan ingreso hospitalario. *Farm Hosp.* 2011; 35 (5): 236-43.

❖ CASO CLÍNICO

Importancia de la conciliación del tratamiento en la Farmacia Comunitaria de un paciente crónico, polimeditado y anticoagulado.

Importance of the reconciliation of the treatment in the community pharmacy of a chronic, polymedicated and anticoagulated patient.

Rivera Bocanegra AM.

Farmacéutica comunitaria, Vocal de Adjuntos Regentes y Sustitutos del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Huelva, Huelva, España.

Conflicto de Intereses/Competing Interest: Ninguno que declarar

RESUMEN

La fibrilación auricular es la arritmia cardiaca más frecuente, produce una alta tasa de accidente cerebrovascular y embolia sistémica. Su tratamiento recae en dos aspectos fundamentales, la prevención del ictus mediante la anticoagulación oral y el control de la arritmia en sí.²

En este caso clínico se ha llevado a cabo la conciliación del tratamiento, en Farmacia Comunitaria, de un paciente polimeditado crónico al que le prescriben diferentes medicamentos en diversas transiciones asistenciales al padecer una fibrilación auricular paroxística. Gracias a la intervención farmacéutica se previenen graves complicaciones derivadas de errores en la medicación.

Palabras claves: *Conciliación del tratamiento; anticoagulantes orales directos; fibrilación auricular; errores en la medicación; duplicidad.*

Fecha de recepción 06/06/2018 **Fecha de aceptación** 02/10/2018

Correspondencia: Ana M Rivera Bocanegra

Correo electrónico: a_riboc@hotmail.com



Importancia de la conciliación del tratamiento en la farmacia comunitaria de un paciente crónico, polimedicado y anticoagulado.

Rivera Bocanegra AM.

❖ CASO CLÍNICO

ABSTRACT

Atrial fibrillation is the most common type of arrhythmia. It is the cause of a high number of cases of stroke and systemic embolism. There are two fundamental aspects for the treatment of atrial fibrillation: the prevention of stroke through oral anticoagulants and the control of the arrhythmia itself.

In this clinical case, the pharmaceutical community carried out a reconciliation of various treatments of a chronic patient suffering from paroxysmal AF, who had been prescribed different medication on different occasions. Due to this pharmaceutical intervention, serious complications caused by medication errors were avoided.

Key words: *Reconciliation of treatment; direct-action oral anticoagulants; atrial fibrillation; medication errors; duplication.*

390

INTRODUCCION

Entre los anticoagulantes orales nos encontramos los antagonistas de la Vitamina K y los anticoagulantes orales de acción directa. Estos últimos han experimentado recientemente un aumento en sus prescripciones al presentar ciertas ventajas: dosificación simple y fija, sin restricciones de dieta, anticoagulación predecible, etc. Sin embargo, hay que ajustar las dosis en casos de insuficiencia renal e interaccionan con algunos medicamentos.^{1,2}

Los errores en la medicación (EM) que ocurren en la transición de los pacientes entre niveles asistenciales (ingreso, alta y transición interservicios) derivan del desconocimiento, total o parcial, del tratamiento actual de los pacientes, con lo que se

Importancia de la conciliación del tratamiento en la farmacia comunitaria de un paciente crónico, polimedicado y anticoagulado.

Rivera Bocanegra AM.

❖ CASO CLÍNICO

omiten medicamentos necesarios, se producen duplicidades, se prescriben dosis y formas incorrectas,... Los EM constituyen, por tanto, un problema de seguridad.³

El objetivo de la conciliación es disminuir los EM a lo largo de toda la atención sanitaria, garantizando que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios y adaptados a la situación del paciente y/o a la nueva prescripción realizada en otro punto del Sistema Sanitario.

En este caso clínico se deja constancia de que la “conciliación” tiene método y terminología propia que se aplica a lo largo de todo el proceso.^{4,5}

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 69 años, crónico, polimedicado, acude a la Farmacia tras recibir por correo el informe clínico de Medicina Interna (MI), dos meses más tarde de haberse hecho unas pruebas, al que fue derivado tras asistir por urgencia al hospital por una fibrilación auricular paroxística (FAP). El informe viene acompañado de una prescripción en receta electrónica (RE) llevada a cabo por MI, a partir de la cual el paciente tiene disponible para su dispensación apixaban 2.5mg/12h, y se procede a la conciliación del tratamiento, mediante la metodología descrita en el “Servicio de Conciliación de la medicación en la Farmacia Comunitaria, de Foro de Atención Farmacéutica”.⁵

Se elabora una lista de la medicación previa, obteniéndola a través de entrevista personal y revisión de su historia clínica y farmacoterapéutica, apoyándonos en RE y en los informes clínicos recientes que aporta el paciente.

Importancia de la conciliación del tratamiento en la farmacia comunitaria de un paciente crónico, polimedicado y anticoagulado.

Rivera Bocanegra AM.

❖ CASO CLÍNICO

Cronología de las prescripciones, resultante al elaborar la lista de Medicación Previa

Tratamiento antes del 25 de diciembre: Acido acetilsalicílico (AAS) 100mg/24h, dronedarona 400mg/12h, torasemida 10mg/24h, dutasteride/tamsulosina 0.5mg, 4mg/12h, enalapril 20mg/24h, simvastatina 40mg/24h.

25 de diciembre: acude a urgencias en ambulancia por una FAP. No se modifica el tratamiento.

21 de enero: acude al Servicio de MI para completar el estudio cardiaco después del evento sufrido el 25 de diciembre. Queda a la espera de los resultados. No se modifica el tratamiento.

4 de febrero: acude a urgencias en ambulancia por FAP. Le prescriben rivaroxaban 15mg (1-0-0), medicamento que su médico de atención primaria (MAP) renueva en RE durante un año. Mantienen todo el tratamiento anterior.

31 de marzo: el paciente acude a la farmacia a retirar los medicamentos que le han prescrito en RE en el Servicio de MI el 28 de marzo tras obtener los resultados del estudio que le hicieron el 21 de enero. Añaden apixaban 2.5mg/12h y por escrito en el informe anulan el tratamiento con AAS 100mg, pero no lo modifican en RE.

Importancia de la conciliación del tratamiento en la farmacia comunitaria de un paciente crónico, polimedicado y anticoagulado.

Rivera Bocanegra AM.

❖ CASO CLÍNICO

TRATAMIENTO ANTERIOR AL 31 DE MARZO				Problema de Salud	TRATAMIENTO ACTUAL A PARTIR DEL 31 DE MARZO				Tipo de discrepancia
Medicamento	Dosis (mg)	Pauta	suprimido/ confirmado		Medicamento	Dosis (mg)	Pauta	nuevo/ modifi- cado	
Dronedarona	400	1-0-1	C	FAP	Dronedarona	400	1-0-1		Interacción
Enalapril	20	1-0-0	C	HTA	Enalapril	20	1-0-0		
Torasemida	10	1-0-0	C	Insuf. Renal	Torasemida	10	1-0-0		
Dutasterida/ Tamsulosina	0,5/ 4	0-0-1	C	HBP	Dutasterida/ Tamsulosina	0,5/ 4	0-0-1		
Simvastatina	40	0-0-1	C	Hiperlipemia	Simvastatina	40	0-0-1		
AAS	100	1-0-0	C	FAP					Requiere aclaración
Rivaroxaban	15	1-0-0	C	FAP					Requiere aclaración
					Apixaban	2,5	1-0-1	Nuevo	Duplicidad

AAS: ácido acetilsalicílico. HBP: hiperplasia benigna de próstata, HTA: hipertensión arterial

Tabla 1: Tabla de conciliación

Se lleva a cabo una revisión de la lista de medicación activa prescrita.

Importancia de la conciliación del tratamiento en la farmacia comunitaria de un paciente crónico, polimedicado y anticoagulado.

Rivera Bocanegra AM.

❖ CASO CLÍNICO

INTERVENCIÓN

Cuando el paciente acude a la farmacia el 31 de marzo a retirar la medicación que ya le han prescrito en RE desde el Servicio de MI, se lleva a cabo la conciliación del tratamiento, donde se observa un EM en el paso asistencial entre el Servicio de Urgencias y el Servicio de MI, ambos del mismo hospital. Al paciente se le prescriben por duplicado dos Anticoagulantes Orales de Acción Directa (ACOD), tratamientos para los cuales no existe antídoto y no se podría revertir sus efectos en caso de hemorragia grave. El paciente sigue en tratamiento con AAS en RE, antiagregante plaquetario que también afectaría negativamente en el caso de una hemorragia. Por otro lado, el paciente sufre insuficiencia renal y está en tratamiento con dronedarona, dos factores que influirían en ambos anticoagulantes aumentando sus concentraciones en sangre, ya que los ACOD se excretan principalmente por orina y la dronedarona interacciona con ellos, sobre todo con el rivaroxaban aumentando su concentración en sangre.

La Intervención Farmacéutica (IF) consiste en no dispensar el apixaban y enviar una “carta de derivación al médico” tanto al MAP como al Servicio de MI, en la que se informa de la existencia (en la RE del paciente) de las prescripciones activas de dos ACOD, además del AAS. También se comunica que aunque ambos ACOD se eliminan por orina, apixaban lo hace en un 25%, mientras que el rivaroxaban se elimina por orina en un 66%, datos importantes ya que el paciente padece una insuficiencia renal crónica por una hipertensión arterial (HTA) de larga duración. El rivaroxaban, además, está contraindicado con la toma de dronedarona, y el paciente tiene este último fármaco prescrito desde hace años.

Importancia de la conciliación del tratamiento en la farmacia comunitaria de un paciente crónico, polimedicado y anticoagulado.

Rivera Bocanegra AM.

❖ CASO CLÍNICO

RESULTADOS

De acuerdo con el "Documento de consenso en terminología y clasificación de los programas de Conciliación de la Medicación". Se ha registrado una "discrepancia que requiere aclaración" correspondiente a la prescripción de AAS por el MAP. Tras la IF fue suprimida, derivándose aquí un error de conciliación.⁴

Las demás IF están provocadas por la identificación de dos EM: una duplicidad con 2 ACOD y una interacción Dronedarona/Rivaroxaban. El Servicio de MI, responde instaurando el tratamiento que mejor se adapta a las circunstancias del paciente según el estudio realizado en la Farmacia Comunitaria. Agradecen enormemente la actuación farmacéutica. Finalmente al paciente le mantienen la prescripción de apixaban 2.5mg/12h y le retiran del tratamiento rivaroxaban y AAS.

395

CONCLUSIONES

En este caso clínico se han detectado duplicidades, interacciones y contraindicaciones en la medicación prescrita al paciente al pasar por diferentes niveles asistenciales, posiblemente provocado por haber tardado más de dos meses MI en prescribir el tratamiento tras las pruebas. Con lo cual, podemos ver cómo gracias a la conciliación del tratamiento desde la Farmacia Comunitaria, se han evitado problemas de salud graves derivados de un EM tras una transición entre diferentes niveles asistenciales.

Los farmacéuticos somos los profesionales sanitarios más cercanos al paciente y el último eslabón de la cadena sanitaria a la hora de poner en contacto al paciente con su tratamiento prescrito, por ello es de vital importancia llevar a cabo procesos de

Importancia de la conciliación del tratamiento en la farmacia comunitaria de un paciente crónico, polimedicado y anticoagulado.

Rivera Bocanegra AM.

❖ **CASO CLÍNICO**

conciliación del tratamiento para evitar EM que pueden ser bastante graves y así contribuir a disminuir la morbimortalidad y el gasto por ingresos hospitalarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. José Mateo. Nuevos anticoagulantes orales y su papel en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol Supl. 2013; 13(C):33-41 DOI: 10.1016/S1131-3587(13)70057-8
2. Dra.E. Marianella Seguel R. Nuevos anticoagulantes orales en fibrilación auricular. Revista Médica Clínica Las Condes. 2015; 26(2): 223-233.
3. BUENAS PRÁCTICAS EN LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL INGRESO, ALTA Y TRANSICIÓN INTERSERVICIOS. Buenas prácticas en el uso de medicamentos. Junta de Andalucía.
4. M^a Cinta Gamundi, Pilar Sabin. Documento de consenso en terminología y clasificación de los programas de Conciliación de la Medicación. Barcelona. Ediciones Mayo. 2009
5. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Documento de Consenso "Servicio de Conciliación de la medicación en la Farmacia Comunitaria". Madrid 2014.

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

María González Valdivieso

Patrono de la Fundación Pharmaceutical Care España, Farmacéutica Comunitaria, Farmacia la Barbera, La Vila Joiosa, Alicante. España.

Ten things pharmacists should know about biologics and biosimilars.

Julia Robinson.

The Pharmaceutical Journal [Internet]. 2018; Disponible en: <http://www.pharmaceutical-journal.com/news-and-analysis/features/ten-things-pharmacists-should-know-about-biologics-and-biosimilars/20205551.article>

En las últimas décadas algunos de los avances terapéuticos más importantes han involucrado el uso de medicamentos biológicos, además, las patentes de muchos de estos medicamentos biológicos originales están llegando a su fin, lo que ha permitido que otras compañías farmacéuticas los produzcan, esto supone que se reduzcan de manera significativa los precios, de la misma manera que se produce con los medicamentos genéricos. Sin embargo y debido a la complejidad de los medicamentos biológicos, la comprensión tradicional de bioequivalencia, no se puede aplicar directamente tal y como ocurre con los genéricos. Por esta razón, los medicamentos biológicos sin patente producidos por fabricantes alternativos se conocen como biosimilares en lugar de medicamentos genéricos y se encuentran sujetos a diferentes consideraciones regulatorias.

Todo esto hace necesario que la profesión farmacéutica actualice sus conocimientos acerca de la intercambiabilidad de los fármacos biológicos y biosimilares para conseguir los mejores resultados de estos medicamentos.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. Los medicamentos biológicos, o “los biológicos”, son moléculas complejas derivadas de fuentes biológicas, como levaduras o cultivos celulares. Ejemplos de medicamentos biológicos incluyen anticuerpos monoclonales como el infliximab y el ipilimumab, y proteínas más pequeñas como la insulina y la eritropoyetina.
2. La Agencia Europea de Medicamentos es la encargada de evaluar a los medicamentos biosimilares de acuerdo con las mismas normas y estándares de todos los productos biológicos aprobados en la Unión Europea. La UE ha aprobado el más alto número de biosimilares en todo el mundo, y algunos han tenido que ser retirados por razones comerciales.
3. Los medicamentos biosimilares son normalmente mucho más baratos que los originales biológicos por lo que su intercambiabilidad podría suponer un gran ahorro a los sistemas de salud.
4. La adquisición y licitación de estos fármacos se lleva de acuerdo con la legislación y normativa de cada región o país.
5. No hay objetivos específicos para la intercambiabilidad de biológicos a biosimilares pero a veces existen incentivos que apoyan su uso. Además, se estima que para el 2023, 18 importantes productos biológicos perderán la patente.
6. En este momento hay 14 medicamentos biológicos de referencia u “originales” que tienen biosimilares aprobados para su uso en el Reino Unido.
7. El proceso para decidir qué biosimilares se incorporan en el formulario es independiente para cada país.
8. Los pacientes pueden mostrar preocupaciones acerca de cambiar de un biológico a un biosimilar.

Para asegurar que los pacientes entiendan qué medicamento se les está prescribiendo, especialmente si se cambia de un biológico a un biosimilar, es importante que entiendan que los organismos reguladores han recomendado que todos los biológicos, incluidos los biosimilares, estén prescritos por su nombre comercial, a diferencia de lo

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL
❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

que pasa con los genéricos. Esta recomendación está en línea con las directrices de la Agencia Reguladora *Medicines Healthcare* y ha sido avalada por organizaciones de pacientes y profesionales de la salud en toda Europa.

9. Se debe dirigir todo el apoyo disponible a ayudar e informar a los clínicos acerca de los biosimilares.

10. Los Farmacéuticos deben conocer los recursos disponibles acerca de estos fármacos.

Pharmacist services for non-hospitalised patients.

de Barra M, Scott CL, Scott NW, Johnston M, de Bruin M, Nkansah N, et al.
Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2018 [consultado septiembre 2018]; Disponible en:
<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013102>

El objetivo de esta revisión Cochrane fue analizar si los servicios prestados por farmacéuticos mejoran la salud de los pacientes ambulatorios en el ámbito de la atención primaria.

Para responder a esta cuestión se identificaron 116 estudios y un total de 39.729 participantes, donde se comparaban las intervenciones entre farmacéuticos versus la atención habitual y cinco estudios con 2122 participantes, que comparaban los servicios prestados por farmacéuticos con los servicios de otros profesionales sanitarios.

De los 116 ensayos, sólo 76 se incluyeron en el metaanálisis, ya que los restantes mostraban resultados que no podían combinarse. La mayoría de estos estudios estaban enfocados hacia afecciones crónicas y se realizaron en el marco de la farmacia comunitaria y consultas hospitalarias para pacientes ambulatorios.

Es sabido que los farmacéuticos proporcionan una gran variedad de servicios a los pacientes, pero se necesita saber cuáles de estos servicios son realmente efectivos para aportar mejoras en la salud de las personas. Esta revisión, que incluyó estudios de los servicios prestados por farmacéuticos en una amplia gama de patologías como hipertensión y diabetes, midió tanto el efecto de estos servicios sobre los beneficios y mejoras en resultados de salud, como los efectos perjudiciales, ingresos hospitalarios y efectos adversos de la farmacoterapia.

Aunque los resultados de esta revisión desvelaron que, en comparación con la atención habitual, los servicios prestados por los farmacéuticos pueden reducir el

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

porcentaje de pacientes con presión arterial fuera del rango deseado, no han podido sin embargo evidenciar que los servicios profesionales que proporcionan los farmacéuticos reduzcan el número de pacientes con niveles de hemoglobina glicosilada fuera del rango deseado.

Además, los servicios prestados por farmacéuticos pueden lograr pocos o ningún cambio en los ingresos hospitalarios, en los efectos adversos de los medicamentos o en las tasas de mortalidad. Los autores no encontraron ningún estudio que comparara los servicios prestados por farmacéuticos con otros profesionales de la asistencia sanitaria.

Sin embargo, los autores de esta revisión argumentan que estos resultados deben interpretarse con cautela por la gran heterogeneidad de la población incluida en los estudios, los tipos de intervenciones realizadas y los resultados reportados.

Los resultados de esta revisión demuestran que los servicios prestados por los farmacéuticos tienen efectos dispares en los resultados de los pacientes si se comparan con la atención que reciben de manera habitual, algunos parecen tener poco efecto, mientras que otros muestran el potencial de mejorar resultados importantes en una escala que es clínicamente importante.

Un hallazgo importante en términos de intercambio de roles, fue que hubo poca o ninguna desigualdad entre la efectividad de las intervenciones encabezadas por los farmacéuticos, cuando se comparaban con la misma intervención dirigida por otros profesionales sanitarios, señalando en este sentido, y aunque todavía no se han examinado costes, recursos y rentabilidad, que esto tendría implicaciones importantes para los costes en los sistemas sanitarios.

Esta revisión concluye que el desarrollo de los futuros servicios farmacéuticos debería basarse en el conocimiento de los ya existentes para poder llegar a implementar

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL
❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

intervenciones efectivas, y que, aunque en la actualidad existen gran cantidad de investigaciones que evalúan la efectividad del farmacéutico, los futuros estudios deberían describir mejor los métodos de investigación, así como las intervenciones con el fin de asegurar su evidencia y replicabilidad y cómo explorar los daños potenciales de estos servicios.

POLYPHARMACY: Optimizing medication use in elderly patients.

Kwan D, Farrell B.

CGS Journal of CME.2014; 4(1):21-27 Disponible en:

www.gardensofpeterborough.ca/pdf/Polypharmacy-Optimizing-Medication-use-inElderly-Patients.pdf

El uso de medicamentos en pacientes ancianos está aumentando de manera significativa a la vez que la población mayor de 65 años crece. Datos recientes muestran que el 53% de las personas mayores tanto si están institucionalizadas o si viven en la comunidad, usan cinco o más medicamentos. Estudios han estimado una prevalencia de uso inapropiado de medicamentos en ancianos que varía del 11,5% al 62,5%.

Las consecuencias de esta polifarmacia incluyen reacciones adversas a medicamentos, interacciones, falta de adherencia, aumento del riesgo de deterioro cognitivo, alteración del equilibrio y caídas, y un aumento morbilidad y mortalidad.

Un estudio canadiense reciente habla de que aproximadamente un 30% de las personas mayores que toman regularmente cinco o más medicamentos experimentan algún efecto adverso que requiere de atención médica, además un 11% de estos efectos no deseados se hubieran podido prevenir.

En última instancia, cuantos más medicamentos se toman, o cuanto mas medicamentos potencialmente inadecuados han sido prescritos, mayor es la probabilidad de que aparezcan efectos adversos graves que requieran atención médica.

La cronificación de los problemas de salud que se ve incrementada en las personas mayores, tiene a menudo como consecuencia una elevada prescripción de

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

medicamentos. Además, muchas veces los propios médicos se muestran reacios a cambiar la prescripción de colegas especialistas o médicos de hospital y también a veces muestran dificultad en reconocer los efectos indeseables de los medicamentos, por lo que se incrementan los riesgos de una prescripción en cascada (es decir, nuevos medicamentos añadidos para gestionar los efectos adversos).

La farmacocinética y farmacodinamia también se ve modificada en las personas de edad avanzada y existen pocos estudios que hayan considerado el efecto de los medicamentos en ancianos, donde va progresando un declive funcional de órganos y sistemas que interfiere, tanto en la absorción, como en el metabolismo y la excreción de los fármacos, así como los cambios fisiológicos y bioquímicos que aumentan la sensibilidad a medicamentos para el sistema cardiovascular, anticoagulantes, opioides, antipsicóticos y benzodiacepinas .

También y a pesar de las directrices disponibles acerca de las enfermedades crónicas como por ejemplo, la hipertensión , diabetes, enfermedad cardiovascular, existen pocos enfoques específicos dirigidos a los ancianos o ancianos frágiles.

Además, las estrategias para mejorar la adherencia a los medicamentos en estos pacientes polimedcados se establecen sin haber considerado la expectativa de vida y el tiempo para el potencial beneficio de los medicamentos.

La revisión de la medicación en personas mayores polimedcadas puede resultar un desafío para la profesión farmacéutica pero a la vez gratificante al proporcionar educación y sugerencias para reducir el número de medicamentos inapropiados.

Para mejorar la seguridad y efectividad de las Intervenciones, se deberían considerar sistemas informáticos que mejoren la toma de decisiones y la participación de los farmacéuticos en los equipos multidisciplinares, como en los servicios de geriatría.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Por tanto, los farmacéuticos están en una posición única para participar activamente en la optimización de la farmacoterapia de las personas con edad avanzada, por lo que se deben mejorar los recursos que permitan a los farmacéuticos intervenciones individualizadas para reducir los problemas asociados a la polifarmacia. Además los farmacéuticos deben compartir responsabilidades con los médicos prescriptores y los pacientes para asegurar que los medicamentos que se utilicen sean los apropiados a las dosis adecuadas y que los efectos secundarios no sean tratados con otros medicamentos, investigando para ellos problemas relacionados con los medicamentos y minimizando la carga terapéutica.

Los pasos a seguir son:

1. *Identificar "¿Puede esto ser causado por un medicamento?"*
2. *Identificar qué medicamento son todavía beneficiosos.*
3. *Priorizar medicamentos, desarrollar un plan, y comunicarlo para coordinarlo con el médico prescriptor y el paciente.*
4. *Simplificar para reducir la carga medicamentosa.*