

## Compromiso del farmacéutico con la calidad farmacoterapéutica y la seguridad del paciente

En el entorno del paciente hospitalizado y también en el del paciente externo, hay un espacio disponible para la mejora de la calidad de la farmacoterapia que están recibiendo y, sobre todo, para garantizar su seguridad<sup>1</sup>. Este lugar debe de ser ocupado por su importancia en el resultado final en el paciente y porque no es comprensible que el riesgo de muerte por ingresar en un hospital sea de mil a diez mil veces mayor que por subir a un avión o por un accidente nuclear<sup>2,3</sup>.

Descendiendo a la práctica asistencial, no parece admisible que más del 40% de los pacientes, en este caso americanos, reconozca que ha sufrido un error de medicación y que considere al hospital un lugar moderadamente seguro<sup>4</sup>. Actualmente se reconoce de forma pública que se producen no menos de 7.000 muertes cada año en Estados Unidos por errores de medicación<sup>4</sup> y que más del 50% de estos errores de medicación podrían haberse evitado; es decir, son prevenibles. Esta situación, en cualquier país, conlleva una enorme carga financiera para las arcas públicas y privadas, cuyas estimaciones económicas se escapan del ámbito asignado a esta editorial.

Desde hace unos diez años, se redoblan esfuerzos por parte de las agencias sanitarias, las sociedades científicas, las de profesionales de la salud y las organizaciones de pacientes para corregir esta situación. Pero la información disponible<sup>5-7</sup> evidencia la resistencia al cambio, lógicamente a su reducción significativa, de los porcentajes de efectos adversos, de errores de medicación y de morbilidad farmacoterapéutica disponibles, situándose los mismos en la bibliografía en una especie de "estado estacionario compatible con procesos de semivida de larga duración". De hecho, dos de los primeros trabajos<sup>8,9</sup> de obligada referencia sobre efectos adversos y prevención de errores de medicación, proporcionaron resultados sobre estos aspectos y sobre los procesos o fuentes generadoras de los mismos, que siguen siendo válidos como referentes. En efecto, la prescripción<sup>9</sup> y la administración<sup>10</sup> son dos de los procesos generadores de más del 70% de los errores de medicación y sólo los estudios de

cohortes bien estructurados y con perfiles de poblaciones de pacientes bien definidas, están empezando a demostrar ligeros cambios en estos perfiles y mejoras en la situación descrita, debido a las nuevas tecnologías. Lamentablemente los niveles de implantación de las mismas no llegan al 10%, en casi ninguno de los procesos que conforman el manejo de los medicamentos y en los hospitales con disponibilidad de estos medios<sup>6,7,11,12</sup>, su implantación no alcanza al 5% de los pacientes atendidos en los mismos.

Ante este panorama, del que todos los profesionales sanitarios somos partícipes, la cooperación, la responsabilidad compartida y el compromiso con la calidad en la gestión farmacoterapéutica son dimensiones que se deben convertir en el soporte de los equipos multidisciplinares y multiprofesionales, porque en la misma medida que se profundice en esta dirección se descubrirán más y más oportunidades de mejora para la calidad y la seguridad de los pacientes.

Desde hace varios años se dispone de abundante evidencia sobre el valor que agrega la presencia del farmacéutico en las unidades de hospitalización, en términos de mejora en la calidad del tratamiento (exactitud en la indicación, en el medicamento, en la dosis y en el horario)<sup>13</sup>, en la seguridad del paciente (reducción de errores de medicación en un 66%)<sup>14</sup> y en la concordancia con las creencias y valores del paciente. Recientemente, el informe del 26 de agosto de 2005 del grupo "leapfrog", experto en medir las prácticas de calidad en hospitales y de seguridad del paciente<sup>15</sup>, asigna a la disponibilidad en los mismos de farmacéuticos con actividades exclusivamente relacionadas con el manejo seguro<sup>16</sup> de los medicamentos, una puntuación 10% superior a la correspondiente al sistema de dosis unitarias y un 40% superior a la disponibilidad de protocolo para la utilización profiláctica de betabloqueantes en cirugía programada. Es decir, algo se mueve en la dirección de exigir al profesional farmacéutico concienciación y responsabilidad ante el problema que se está tratando, además de capacidad y actitud para identificar las oportunidades de mejora en la calidad de la farmacoterapia que recibe el paciente y hacer visibles aquellas que generan morbilidad terapéutica en el mismo.

La experiencia que proporciona más de treinta y dos años de ejercicio asistencial y docente, me hace sentir

Jiménez Torres NV. Compromiso del farmacéutico con la calidad farmacoterapéutica y la seguridad del paciente. *Farm Hosp* 2005; 29: 297-299.

que, efectivamente, estamos ante una nueva dimensión de la farmacia hospitalaria y del farmacéutico en general. De la implantación de la misma se beneficiarán los pacientes, los médicos, los enfermeros y, como no, el sistema sanitario y los propios profesionales de la farmacia. Se trata, en modo gráfico, de la descentralización de la especialidad de farmacia hospitalaria y de los especialistas y residentes, al entorno asistencial más cercano al paciente y al de los demás profesionales sanitarios, sin importar dónde se encuentren estos lugares.

El objetivo prioritario del farmacéutico, en esta nueva dimensión de su actividad asistencial, es la prevención, detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos, a través de la identificación de pacientes que potencialmente ofrecen la oportunidad de mejora en su tratamiento farmacoterapéutico. También es objetivo principal facilitar a médicos y enfermeras las alternativas de tratamiento más eficientes y seguras durante el desarrollo de sus actividades o procesos clave en el manejo de los medicamentos. En síntesis, se trata de diseminar y aprovechar los recursos que potencialmente dispone el farmacéutico de modo que este se haga visible para los pacientes, para los demás profesionales sanitarios y para el hospital.

Cuando el farmacéutico de hospital se incorpora al entorno más próximo de atención al paciente identifica, de forma temprana, más oportunidades de mejora de los pacientes, porque es el lugar en donde se aumenta la probabilidad de las actuaciones preventivas respecto a las resolutivas. En definitiva, es en este espacio en donde con mayor facilidad el farmacéutico se compromete con las metas farmacoterapéuticas y clínicas de cada paciente, desarrolla sus actividades, diferenciadas del resto de profesionales sanitarios, pero coordinadamente con ellos porque convergen en la mejora de la calidad farmacoterapéutica y la seguridad que día a día demanda con más fuerza el paciente y la sociedad, ejes del sistema sanitario público y privado.

Los planteamientos y los razonamientos hasta aquí realizados serán creíbles por los demás profesionales, por los pacientes y por los sistemas sanitarios, en la misma medida que lo sean las propuestas, científicas y profesionales, planteadas por los farmacéuticos para la ayuda y mejora de la situación anteriormente descrita. En este contexto, la apuesta actual más sólida de los farmacéuticos está representada por los programas de atención farmacéutica, porque en su práctica no hay intrusismo pro-

fesional y porque son programas éticamente compatibles con cualquier código de actuación con los pacientes<sup>17</sup>.

Una aproximación al momento y al tiempo de estos programas pueden consultarse en el excelente trabajo de revisión "Estado actual de la investigación en atención farmacéutica", de Rangel JF y cols. que se incluye en este mismo número de *Farmacia Hospitalaria*.

En España, son varios los grupos de investigación, hospitales e institutos que han incorporado estas actividades<sup>17,18</sup> y programas como el implantado desde el año 2000, en el Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia, están proporcionando resultados en la dirección deseada<sup>19</sup>. No obstante lo reseñado es oportuno destacar que uno de los puntos débiles de estos programas radica en la ausencia de garantía de continuidad con los mismos; porque esta condición conlleva el riesgo de pérdida de confianza en los profesionales que los desarrollan. Ahora bien, como puntos fuertes se deben destacar la selección de alertas eficientes para la identificación de pacientes, prácticas, sistemas y medicamentos de riesgo alto; la sincronía entre tratamiento y datos de laboratorio incluidos los niveles de fármacos de estrecho índice terapéutico que permiten su integración, a ser posible informatizada, en la práctica asistencial del farmacéutico y de otros profesionales.

De todas las realidades y retos precedentes, se puede extraer una generalización y es la necesidad de incrementar la agudeza visual de los profesionales sanitarios para los errores de medicación. También se extrae una reflexión para los farmacéuticos en cuanto a aumentar su concienciación para reducir la prevalencia de pacientes que potencialmente necesitan mejoras en su tratamiento; esto es, comprometiéndose con la prevención y resolución de problemas relacionados con medicamentos para reducir la probabilidad de que los mismos alcancen al paciente; ambas variables cuantifican el nivel de riesgo de los pacientes que se asocia a los procesos relacionados con el manejo de los medicamentos y son puntos de partida para cuantificar el valor que agrega a la calidad farmacoterapéutica los programas de atención farmacéutica.

N. Víctor Jiménez Torres

*Servicio de Farmacia.  
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia*

## Bibliografía

1. Nester TN, Hale LS. Effectiveness of a pharmacist-acquired medication history in promoting patient safety. *Am J Health-Syst Pharm* 2002; 59: 2221-5.
2. Vulto AG. Multidisciplinary collaboration. *EJHP-P* 2005; 2: 3.
3. Schellekens W. Patient Safety: the new challenge. *EJHP-P* 2005; 2: 62-3.
4. Medical errors: the scope of the problem. Fact sheet, Publication No. AHRQ 00-P037. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville MD. En: <http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm> (acceso 22/noviembre/2005).
5. Bates DW, Miller EB, Cullen DJ, Burdick L, Williams L, Laird N, et al. Patients risk factors for adverse drug events in hospitalised

- patients. ADE Prevention Study Group. *Arch Intern Med* 1999; 159: 2553-60.
6. Galanter WL, Polikaitis A, DiDomenico RJ. A trial of automated safety alerts for inpatients digoxin use with computerized physician order entry. *J Am Med Inform Assoc* 2004; 11: 270-7.
  7. Gurwitz JH, Field TS, Judge J, Rochon P, Harrold LR, Cadoret C, et al. The incidence of adverse drug events in two large academic long-term facilities. *Am J Med* 2005; 118: 251-8.
  8. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implication for prevention. ADE Prevention Study Group. *JAMA* 1995; 274: 29-34.
  9. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gallivan T, et al. System analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. *JAMA* 1995; 274: 35-43.
  10. Willians CK, Maddon RR. Implementation of an I.V. medication safety system. *Am J Health-Syst Pharm* 2005; 62: 530-6.
  11. Kupperman GF, Gibson RF. Computer physician order entry: benefits, costs and issues. *Ann Intern Med* 2003; 139: 31-9.
  12. Vaida AJ, Cohen MR. Administración de medicamentos con código de barras a pie de cama: experiencia en los Estados Unidos. *Farm Hosp* 2005; 29: 151-2.
  13. Lam S, Ruby CM. Impact of an interdisciplinary team on drug therapy outcomes in a geriatric clinic. *Am J Health Syst Pharm* 2005; 62: 626-9.
  14. Leape LL, Cullen DJ, Clapp MD, Burdick E, Demonaco HJ, Erickson JI, et al. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *JAMA* 1999; 282: 267-70. Erratum in: *JAMA* 2000; 283 (10): 1293.
  15. Leapfrog Hospital Quality and Safety Survey. En: <https://leapfrog.medstat.com> (acceso 22/noviembre/2005).
  16. Kucukarslan SN, Peters M, Mlynarek M, Nafziger DA. Pharmacists on rounding teams reduce preventable adverse drug events in hospital general medicine units. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2014-8.
  17. Martínez M, Miró M, Liso J, Sanjurjo M, Martínez M, San Martín S. Documento SEFH. Atención farmacéutica especializada en centros sociosanitarios y residencias asistidas. En: <http://www.sefh.es/normas/atencion.pdf> (consulta 22/noviembre/2005).
  18. ISMP-España. En: <http://www3.usal.es/ismp/> (consulta 22/noviembre/2005).
  19. Climente M, Jiménez NV. Manual para la atención farmacéutica. 3ª edición. Valencia: Ed. AFAHPE "Fundación para el Desarrollo Clínico de la Farmacia", 2005.