

Mejora de la calidad del tratamiento farmacoterapéutico

Ana Ortega

Servicio de Farmacia. Clínica Universitaria de Navarra

Todo hospital quiere prestar un servicio sanitario a la sociedad de la mayor calidad posible lo cual implica, entre otros factores, conseguir los mejores resultados posibles clínicos, económicos y de satisfacción del paciente utilizando los procedimientos de trabajo más adecuados. Una de las herramientas valiosas de las que dispone el sistema sanitario para lograr este objetivo es el tratamiento farmacoterapéutico.

La realidad actual es que la calidad de los servicios, y en particular del tratamiento farmacoterapéutico, es mejorable. Así por ejemplo, en EE.UU. una quinta parte de los pacientes hospitalizados sufren algún problema debido a su tratamiento farmacológico, incluso en los centros más avanzados¹. El impacto real de estos problemas no se conoce con exactitud, ya que varía de unos estudios a otros debido, entre otras causas, a la falta de homogeneidad en la terminología. Por ello es necesario clarificar los conceptos, aspecto que aborda el artículo de Climente-Martí *et al.* publicado en este número².

Es importante considerar también que estos problemas asociados al tratamiento farmacológico tienen consecuencias muy negativas a nivel clínico, económico y humano. Así por ejemplo, el *Institut of Medicine* de EE.UU. publicó el informe "To err is human: building a safer health system" en el que se dice que los errores son responsables de 44.000 muertes al año en hospitales y que los efectos adversos de los medicamentos evitables son la 8^a causa de muerte en los EE.UU. O a nivel económico, si en EE.UU. se lograran controlar los costes asociados al empleo inadecuado de los medicamentos, se podrían entregar gratuitamente todos los medicamentos de prescripción que se utilizan en el país¹.

La reducción de los problemas relacionados con los medicamentos es pues una cuestión prioritaria dentro de los hospitales y debemos buscar la mejor estrategia para abordarlos. Para ello es necesario analizar las características de éstos y sus causas. Hasta hace poco casi se cubrían los errores o problemas y por lo tanto no se documentaban, no se analizaban, no se estudiaba sus características ni sus causas y no se ponían soluciones para prevenirlas³. Sin embargo ahora las cosas han cambiado. Actualmente ya se han identificado diferentes tipos de problemas relacionados con la medicación, sus posibles causas, etc.⁴ En un estudio llevado a cabo por Leape, *et al.*⁵ se

encontró que el 39% de los errores de medicación se producían en el momento de la prescripción y el 36% de éstos eran debidos a un conocimiento insuficiente sobre los fármacos. Una mayor información sobre los fármacos ayudaría por tanto a disminuir estos errores.

En muchas ocasiones la causa es una mejorable organización del trabajo y por ello es necesario buscar la metodología adecuada. Podemos decir que la calidad se verá mejorada si existe una integración total del equipo asistencial con relación directa de todos los profesionales implicados con el paciente, si se prioriza la prevención, si se evalúan y documentan los resultados (económicos, clínicos, humanísticos, satisfacción, etc.) tanto de cada individuo como del conjunto para proponer mejoras, implantarlas y evaluarlas constantemente, y si se realiza un trabajo normalizado y estructurado. Climente-Martí *et al.* nos proponen en este número una metodología para conseguirlo².

De entre los diferentes aspectos para mejorar la calidad del tratamiento farmacoterapéutico quisiera resaltar tres: el trabajo en equipo, la importancia de analizar y documentar las actividades y los resultados (para estudiar su pertinencia, mejorarlos, priorizarlos, etc.)⁶ y la primacía de la prevención.

Respecto al primer aspecto es primordial el trabajo en equipo, incluyendo profesionales y pacientes. En la actualidad médico, enfermero y farmacéutico intervienen en el tratamiento farmacoterapéutico, pero la integración no es total en muchas ocasiones. El farmacéutico normalmente no está presente en el momento de la selección de la terapia, de la prescripción, sino que valora ésta con un conocimiento limitado del paciente, sin contacto directo, y corrige o evita sólo algunos problemas. Sin embargo se ha visto que se consiguen mejores resultados con la actuación del farmacéutico junto al médico en el momento de la prescripción, comentando directamente ambos y con el paciente la mejor terapia, estudiando con la enfermera la mejor forma de administración, monitorizando la terapia con la visita al enfermo o el contacto telefónico al alta, satisfaciendo directamente la necesidad de información del equipo sanitario y del paciente sobre la farmacoterapéutica, etc. En algunos estudios se han asociado algunas de estas actividades clínicas del farmacéutico como educación a los pacientes, monitorización,

participación en las visitas médicas, etc. con un descenso en la mortalidad de los pacientes^{7,8}. Se ha visto en otros países (EE.UU., Canadá, Australia, etc.) que con el traslado de los servicios propios del farmacéutico a la proximidad del equipo asistencial y del paciente se consigue: ahorrar costes, mejorar la terapia, evitar errores de medicación, disminuir efectos no deseados de los fármacos, facilitar el trabajo a médicos y enfermeras, mejorar las relaciones y cooperación entre todos los miembros del equipo asistencial y aumentar la satisfacción de los pacientes, y en consecuencia mejorar la calidad.

Es necesario, por tanto, disminuir la secuencia realización-corrección y aumentar la planificación en equipo asumiendo cada uno sus responsabilidades. Con el trabajo en equipo se mejora clínicamente (evitando problemas, mejorando resultados), económicamente (evitando gastos innecesarios) y en cuanto a satisfacción (el paciente participa, se siente informado, considerado, satisfecho; el médico es asesorado en campos en los que otros tienen mayor conocimiento o experiencia, no se siente reprimido; el farmacéutico es más considerado, informado, participativo, etc.).

En definitiva debemos incrementar la calidad del tratamiento farmacoterapéutico en el hospital mejorando la metodología de trabajo y cuantificando el resultado para tomar medidas, una estrategia para comenzar podría ser la propuesta por Climente-Martí *et al.*², en este volumen mediante una práctica clínica orientada a problemas farmacoterapéuticos.

Bibliografía

1. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *El ejercicio de la atención farmacéutica*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España S.A.U., 1999.
2. Climente-Martí M, Font-Noguera I, Jiménez-Torres NV. Procedimientos para la práctica clínica orientada a problemas farmacoterapéuticos. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:343-53.
3. Manasse HR Jr. Pharmacists abd the quality-of-care imperative. *Am J Health-Syst Pharm* 2000;57:1170-2.
4. Lacasa C, Hurnet C, Cot R. *Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: EASO 242 S.L., 2001.
5. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, *et al.* Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. *JAMA* 1995;274: 35-43.
6. Vermeulen LC, Beis SJ, Cano SB. Applying outcomes research in improving the medication-use process. *Am J Health-Syst Pharm* 2000;57:2277-82.
7. Bond CA, Raebl CL, Pitterle ME, *et al.* Health care professional staffing, hospital characteristics, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy* 1999;19:130-8.
8. Reducing and preventing adverse drug events to decrease hospital costs. Research in action, Issue 1. AHRQ Publication number 01-0020, marzo 2001. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/qual/aderia/aderia.htm>.