

EDITORIAL

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

ALTIMIRAS J

El documento de consenso realizado por el Grupo de Trabajo Interterritorial de Urgencias Médicas Extrahospitalarios¹ definió como servicio de urgencias médicas (SUM) el conjunto de recursos materiales y humanos que tengan como finalidad principal la recepción de las solicitudes de urgencia subjetiva, su análisis y clasificación como una «no urgencia» o «urgencia objetiva» y su resolución, mediante los dispositivos adecuados de urgencia vital y no vital. Idealmente este mismo documento considera que todo SUM, entre otras características debería:

- Estar integrado en un plan de urgencias médicas local, de área o regional
- Participar en una red de comunicaciones interactivas
- Contar con un centro de autoridad delegada por las autoridades sanitarias para coordinar las actuaciones en atención a las urgencias médicas.

La realidad actual de nuestro país es que en la mayoría de casos los SUM se encuentran claramente separados, tanto los que dependen de las gerencias de Atención Primaria, como los servicios de urgencias hospitalarios (SUH).²

Los servicios de urgencias hospitalarias son un cruce natural de caminos entre los distintos niveles de atención sanitaria. La tasa de frecuentación de los mismos en nuestro entorno se sitúa alrededor de 300 por 1.000 habitantes, por lo que una buena parte de ciudadanos con un problema de salud tiene uno o más contactos anuales con este servicio, convirtiéndolos en un observatorio ideal de todas las bondades y contradicciones de nuestro sistema sanitario, así como en un punto donde las decisiones terapéuticas tomadas tienen gran impacto más allá del propio ámbito, tanto en atención primaria, si el paciente es dado de alta, como en atención hospitalaria, si el paciente es hospitalizado.

En estos servicios confluyen factores que aumentan el riesgo potencial de generar iatrogenia. La carencia, en la mayoría de nuestros hospitales, de información clínica completa sobre el paciente, hace difícil conocer, en muchas ocasiones, los antecedentes de interés y la medicación habitual del enfermo.

Los profesionales, sometidos a una elevada presión asistencial, disponen de poco tiempo para realizar la anamnesis del paciente que presenta a menudo pluripatología concomitante, además del problema de salud motivo de la consulta, resultando de ello una historia clínica y farmacoterapéutica incompleta.

La organización de estos servicios es frecuentemente inestable, con alta rotación de profesionales médicos de distinta procedencia y cualificación lo cual dificulta el poder mantener estructura y equipo que facilite la comunicación entre profesionales y la homogenización de la práctica clínica.

La cobertura en recursos humanos, materiales y tecnológicos de los SUH, induce a que, en muchos casos, el tiempo dedicado al paciente no sea el suficiente para la comprensión del problema de salud del paciente y en especial de el tratamiento prescrito, hecho al que se añade la

dificultad de disponer de toda la información necesaria para tomar las decisiones terapéuticas más adecuadas.

Esta suma de factores explica el que los SUH sean, el área del hospital que genera un mayor número de problemas relacionados con la medicación (PRM) evitables.³

Se han publicado varios estudios sobre PRM que son causa de consulta médica a un SUH, tanto en nuestro medio^{4,5} como en otros países.^{6,7} Las duplicidades de tratamientos equivalentes, las omisiones de tratamientos domiciliarios relevantes, las dosificaciones inadecuadas a la condición del paciente son algunos de los PRM que se han identificado en estos estudios en los que, por otra parte, se han identificado situaciones potenciales de errores de medicación.

Detectar y registrar PRM que son motivo de consulta a los SUH nos permite analizar sus posibles causas, y en la medida de lo posible implementar medidas preventivas y de mejora reduciendo, por tanto, el consumo de recursos sanitarios. El impacto de estas medidas, dado el carácter agudo de la atención que se presta, puede tener impacto, tanto en un posible ingreso, como en el alta domiciliaria o la derivación a la atención primaria, facilitando la continuidad asistencial y una mayor homogenización de los planes farmacoterapéuticos.

A menudo, una anamnesis farmacológica cuidadosa, realizada durante la entrevista inicial al paciente, puede ayudar a identificar la causa de un cuadro clínico que de otro modo podría ser calificado como idiopático.⁸

Por ello, parece estratégicamente relevante plantarse una mejora de los tratamientos farmacológicos en los SU, como una medida de mejora de la calidad y continuidad asistencial de impacto seguro en todo el sistema de atención sanitaria, que se intuye, además, como una medida potencialmente generadora de reducción de costes innecesarios.

Los farmacéuticos clínicos, pueden contribuir a que los servicios de urgencias hospitalarias mejoren la calidad de la farmacoterapia, a que éstos dispongan de recursos adicionales en la prevención de PRM, al mismo tiempo que pueden facilitar la aplicación de las políticas de medicamentos del centro y contribuir a la «conciliación» de los tratamientos prescritos a los pacientes en los distintos niveles de atención. Por ello, los servicios de farmacia deben asumir el reto de la integración de alguno de sus profesionales en un equipo sanitario pluridisciplinar que debe tomar decisiones terapéuticas con agilidad y eficiencia y cuya repercusión trasciende el propio ámbito para tener consecuencias en la atención primaria y atención especializada.

Sin embargo, la presencia de farmacéuticos en los SUH es escasa en nuestro entorno, a pesar de que en los EE UU ya en los años 70 formaban parte de algunos equipos clínicos en este ámbito.⁹

La validación de la farmacoterapia prescrita en SUH, la adaptación a las guías de prescripción del medio donde sea derivado el enfermo, la elaboración de protocolos de tratamiento, de información al alta, la colaboración en la anamnesis farmacológica, la educación del personal sanitario en farmacoterapia, son algunas de las funciones que ya están siendo asumidas por farmacéuticos, en otros países¹⁰⁻¹⁴ y que son para nuestros servicios de farmacia una oportunidad para colaborar en la racionalización de la terapéutica, en mejorar seguridad del paciente y por tanto en la optimización el consumo de recursos sanitarios.

En este contexto, un grupo de profesionales se han reunido recientemente para compartir sus experiencias asistenciales y de investigación en los SUH y definir líneas de trabajo común, tanto desde la perspectiva asistencial como de investigación y formación. Su objetivo, a medio largo plazo, es poder proponer un marco de cartera de servicios de los servicios de farmacia hospitalaria en los SUH, así como un programa de formación coherente, tanto por lo que se refiere a programas de rotación de residentes, como a un programa de formación continuada que, a nuestro entender debería converger hacia programas conjuntos de formación para médicos y farmacéuticos. **AF**

BIBLIOGRAFÍA

1. Bermejo R, Bernal B, Del Busto F, Castillo M, Cebrián M, Juárez S et al. Asistencia extrahospitalaria a las urgencias médicas: documento de consenso. *Emergencias* 1994; 6: 2-7.
 2. García-Castrillo L, Del Busto F. Modelo de atención integral a las urgencias (editorial). *Emergencias* 2001; 13: 153-4.
 3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC. National Academy Press 1999.
 4. Tuneu Valls L, García-Peláez M, López Sánchez S, et al. Problemas relacionados con los medicamentos en pacientes que visitan un servicio de urgencias. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 177-92.
 5. Baena Parejo MI, Faus Dáder MJ, Marín Iglesias R, et al. Problemas relacionados con los medicamentos en un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 250-5.
 6. Smith KM, McAdams JW, Frenia ML, et al. Drug-related problems in emergency department patients. *Am J Health-Syst Pharm* 1997; 54: 295-8.
 7. Yee JL, Hasson NK, Schreiber DH. Drug-related emergency department visits in an elderly veteran population. *Ann Pharmacother* 2005; 39: 1990-5.
 8. Instituto Catalán de Farmacología. UAB. Enfermedades posiblemente producidas por medicamentos. *Butlletí Groc* 1997; 10: 16.
 9. Elenbaas RM, Waacklerle JF, McNabney WK. The clinical pharmacist in emergency medicine. *Am J Hosp Pharm* 1977; 34: 843-6.
 10. Schumock GT, Butler MG, Meek PD, Vemulen LC, Arondekar BV, Bauman JL. Evidence of the economic benefit of clinical pharmacy services: 1996-2000. *Pharmacotherapy* 2003; 23: 113-32.
 11. Levy DB. Documentation of clinical and cost-saving pharmacy interventions in the emergency room. *Hospital Pharmacy* 1993; 28: 624-27, 630-4.
 12. McMullin ST, Hennefent JA, Ritchie DJ, Huey WY, et al. A prospective, randomized trial to assess the cost impact of pharmacist interventions. *Arch Intern Med* 1999; 159: 2306-9.
 13. Peth HA. Medication errors in the emergency department. A systems approach to minimizing risk. *Emerg Med Clin N Am* 2003; 21: 141-58.
 14. Foreshew GA. A career as an A&E department Pharmacist. *Hospital Pharmacist* 2005; 12: 61-2.
-