



## LA HISTORIA FARMACOTERAPÈUTICA EN LOS SERVEIS D'URGÈNCIES

Milagros García Peláez

Grup Coordinador de Farmàcia Assistencial en Urgències FASTER  
Farmacèutica adjunta de la Corporació Sanitària Parc Taulí

El fet que es produeixen errors en l'assistència sanitària es una realitat que coneixem. La cultura de la seguretat clínica va començar perquè es va fer evident l'existència d'errors i de que aquests podien prevenir-se en la seva gran majoria. Es pot reduir la incidència d'esdeveniments adversos en la pràctica clínica si identifiquem factors latents que son en part responsables i els corregim mitjançant accions de millora.

En un important percentatge dels errors o esdeveniments adversos en la pràctica clínica estan implicats els medicaments. Una recollida incompleta de la història farmacoterapèutica en el moment de l'admissió ha demostrat que és causa d'errors de prescripció.

El desconeixement o coneixement erroni sobre les característiques clíniques i els tractaments previs d'un pacient pot donar lloc a errors en la prescripció fins i tot a la utilització de medicació inadequada. Els errors en la prescripció poden afectar la seguretat del pacient i la qualitat del sistema sanitari.

Hi ha varies raons per les quals es important que la història farmacoterapèutica del pacient sigui el més fiable possible, entre elles podem anomenar:

- El coneixement dels fàrmacs que el pacient ha pres en el passat o els que pren ara i les respostes que ha tingut a ells pot ajudar a escollir els futurs tractaments.
- Els efectes dels fàrmacs s'han de tenir en compte a l'hora de fer el diagnòstic diferencial, ja que un fàrmac pot produir un símptoma o una malaltia, ja sigui directament o com a resultat d'una interacció.
- Hi ha fàrmacs que poden emascarar alguna simptomatologia.
- Els fàrmacs també poden interferir amb els valors de laboratori, com per exemple l'amiodarona pot alterar els paràmetres de la funció tiroidea.

El grup de farmàcia assistencial en urgències FASTER ([www.fasterweb.es](http://www.fasterweb.es)), que pertany a la societat espanyola de farmàcia hospitalària (SEFH), va realitzar un estudi per avaluar com estaven sent recollides les històries farmacoterapèutiques als pacients als serveis d'urgències del nostre medi.

Per aquest motiu es va realitzar un estudi multicèntric observacional descriptiu transversal amb l'objectiu principal de determinar la prevalença de pacients ingressats en un servei d'urgències amb discrepàncies entre la medicació del seu tractament domiciliari i la registrada en la història clínica dels serveis de urgències. Com a objectius secundaris van ser el de classificar aquestes discrepàncies i identificar i descriure els factors relacionats amb el pacient, les fonts d'informació o amb el fàrmac que estaven associats a les discrepàncies detectades.

En l'estudi van participar 11 hospitals de tot el territori nacional i es van recollir les dades durant l'any 2009 en una mostra total de 387 pacients. La mostra va ser calculada a partir de les urgències ateses en els serveis d'urgències durant l'any anterior en cada centre.

Es va considerar discrepància l'existència d'almenys una diferència en n medicament, o en la posologia, o en la via d'administració, entre la informació de la medicació del tractament domiciliari registrat en la història clínica del pacient a urgències i la obtinguda per l'investigador. La proporció de gènere a la mostra va ser similar. El responsable del tractament domiciliari del pacient va ser el propi pacient en un 68,7% dels casos.

El temps mitjà que es va requerir per fer l'entrevista va ser de 8,64 +/- 6,5 minuts. Sent l'entrevista més llarga de 30 minuts i la més curta de 2 minuts.

Es van consultar informe externs al centre pel 13,7% dels pacients i informes interns del propi centre pel 73,9% dels pacients.

El resultat va ser de un 79% dels pacients amb alguna discrepància. En total es van detectar 1476 discrepàncies: un 44% van ser per pauta posològica incompleta, un 41% van ser per omissió de medicament, un 7% per comissió de medicament, un 5% per haver recollit una pauta de medicació diferent, un 3% per recollir un medicament diferent però del mateix grup farmacoterapèutic.

Amb les variables introduïdes en l'anàlisi multivariant es va poder concloure que:

- a major edat i major número de medicaments en el tractament domiciliari el risc de que es produeixin discrepàncies és major.

El 58,9% de les discrepàncies es van produir en pacients amb tractaments domiciliaris de sis o més medicaments.

Altres estudis similars al nostre medi han trobat percentatges al voltant del 90% de pacients amb discrepàncies entre la medicació recollida en la història clínica i la recollida per l'investigador. En una revisió sistemàtica de 22 estudis es va quantificar que entre un 10 i un 67% dels pacients tenen com a mínim un error en les seves històries farmacoterapèutiques. Molts dels estudis inclosos en aquesta revisió no tenien en conta errors de freqüència i la classificació de discrepàncies no era igual entre ells; aquests fets poden explicar el gran marge d'errors trobats.

El nostre estudi no va investigar la probabilitat de risc clínic pel pacient. El nostre objectiu era conèixer l'exactitud amb la que s'estan recollint les històries farmacoterapèutiques. Hi ha estudis que han demostrat el risc que suposa el fet de no disposar del historial farmacoterapèutic correcte, en concret Cornish et al (Arch Inter Med 2005;165:424-9) va calcular que fins a un 39% dels errors trobats a les històries farmacoterapèutiques tenien potencial risc de provocar dany de moderat a greu en el pacients, sobre una mostra de 151 pacients.

La disponibilitat d'un full de recollida de medicació domiciliària establert i la definició d'un responsable d'omplir-lo podrien ser unes estratègies per millorar la qualitat de la informació sobre l'historial de medicació del pacient.

Hi ha marge de millora de la recollida de la medicació domiciliària del pacient, i per tant es podrien reduir errors de prescripció derivats de la informació errònia i/o incompleta