Intervenciones farmacéuticas en Hospital de día de Hematología

Navarro Dávila M, Viña Romero M.M, Mesa Expósito R, Hernández Rojas S, Plasencia García I, Gutiérrez Nicolás F, Merino Alonso J

Objetivos

Análisis de la intervenciones realizadas sobre medicación crónica habitual de los pacientes en tratamiento en Hospital de día de hematología.
Realización de Informes de la farmacoterapia crónica, conciliación de la medicación.
Detección de Problemas relacionados con Medicamentos (PRM).
Evaluar el grado de aceptación de las recomendaciones por parte del servicio de hematología.

Materiales y Métodos

Estudio prospectivo desde febrero a junio de 2016 en el que se incorporaron pacientes en tratamiento crónico en Hospital de Día de hematología.
Estos pacientes fueron seleccionados en coordinación con el equipo de hematólogos según su complejidad.
Se analizó toda la medicación concomitante mediante revisión de la Historia clínica electrónica y receta disponible en Drago AE ®.
Así cómo entrevistas individualizadas con cada uno de los pacientes seleccionados.
Se elaboraron informes personalizados analizando la farmacoterapia del paciente, uno para el hematólogo y otro para el paciente.

Resultados

Se revisaron un total de 20 pacientes, con una media de edad de 71 años , 60 % mujeres y 40 % hombres ,todos ellos con patologías hematológicas como Mieloma múltiple, leucemia mieloide crónica, linfoma no Hodking. La media de medicamentos por paciente fue de 12,3.
Se realizaron un total de 63 intervenciones y 20 informes individualizados para cada uno de los pacientes y para el hematólogo responsable .
El 63,8 % (15) fueron PRM siendo ninguno de estos graves y relacionados con efectos adversos recogidos en ficha técnica del medicamento .
26,98 % (17) son medicamentos inadecuados para el paciente frágil polimedicado siguiendo los criterios STOP-START.
20,63 % (13) fueron intervenciones relacionadas con el ajuste de fármacos de acuerdo a la función renal .
Respecto a la conciliación, 11% (7) fueron duplicidades de medicamentos revisando su historial de primaria .
Del total de intervenciones ,se detectaron un 9,5% (6) de interacciones , no resultando ninguna de estas potencialmente graves.
En el 4,76 % (3) se detectaron dosis incorrectas y posologías incorrectas de acuerdo a l indicación en ficha técnica del paciente .
En el restante 3,17 % (2) , se recomendó un cambio de fármaco del paciente siguiendo las recomendaciones de acuerdo a las guías de práctica clínica.
Con todas estas intervenciones se consiguió reducir la media de medicación a 10,5
Se aceptaron un 39,68% (25) intervenciones farmacéuticas del total de las realizadas .

Conclusiones

Se obtuvieron un número de intervenciones significativas en los pacientes seleccionados relacionadas con PRM, dosificación adecuada de acuerdo a la función renal, duplicidades, interacciones, Criterios STOP-START.
Es de vital importancia la incorporación del farmacéutico a las unidades clínicas, dónde se evalúan las necesidades del paciente con respecto a la farmacoterapia y ayuda a reducir el número de PRM. También se reducen costes de medicamentos para el sistema sanitario fomentando la eficiencia.
Se deberían mejorar los servicios informatizados disponibles, con el fin de detectar medicamentos duplicados, PRM , interacciones que facilitaran la prescripción al médico responsable.
El número de intervenciones aceptadas no fue muy grande, por lo que hay que fomentar alianzas estratégicas entre los diferentes servicios para el beneficio del paciente.

tendiendo puentes
23-25 noviembre 2017
5º CONGRESO de Oncología Médica y Farmacia Oncológica