

GARANTÍA DE CALIDAD FARMACOTERAPÉUTICA



Blanco Barca I, Rey Rey J (*), Lopez Garcia S (*),
Paradela Carreiro A, Vilasoa Boo P, Arias Santos I.
Servicio de Farmacia (*S. Urología). Complejo Hospitalario Universitario de Vigo
53 Congreso Nacional SEFH. Valencia Octubre 2008



Objetivo

Analizar la eficiencia de la intervención del farmacéutico, integrado en el equipo asistencial de un servicio quirúrgico urológico, en la preparación farmacoterapéutica previa a la intervención del paciente.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de un periodo de 19 meses comprendido entre octubre 2006- abril 2008. Se registraron todas las intervenciones quirúrgicas programadas de cirugía mayor, también se registraron y analizaron las intervenciones farmacoterapéuticas relacionadas con la cirugía programada. Las intervenciones farmacoterapéuticas fueron realizadas por contacto telefónico con 7 días de antelación a la intervención quirúrgica y eran dirigidas a favorecer la práctica de la intervención, evitar las posibles complicaciones, disminuir la estancia hospitalaria y favorecer la incorporación del paciente a su vida normal. Se analizó la farmacoterapia de los pacientes programados y se detectó la farmacoterapia subsidiaria de ser retirada (según el caso, entre 7 días y 24 horas de antelación): Anticoagulantes orales, antiagregantes plaquetarios, AINEs, IECAs, ARAII, diuréticos, contraceptivos orales, terapia hormonal sustitutiva, hipoglucemiantes orales.

Resultados

1. El número de intervenciones programadas de cirugía mayor fue de 696. Las más frecuentes (58,9% del total): RTU de próstata y vejiga (32,2%), Prostatectomía Radical (16,8%), Nefrectomía por cáncer renal (9,9%) y otras (41,1%).
2. El número de intervenciones farmacoterapéuticas fue de 695. Un paciente no fue evaluado por ilocalizable. De los 695 pacientes evaluados, se detectó que en 329 casos (47,3%) se debía interrumpir algún tipo de medicación y en los otros 366 (52,7%) no.
3. De los 329 pacientes a los que se les recomendó interrumpir la medicación, la interrumpieron todos los pacientes y en ninguno se suspendió la intervención por motivos farmacoterapéuticos. En el caso del paciente ilocalizable se tuvo que suspender el quirófano al no interrumpir la farmacoterapia con un antiagregante plaquetario.
4. Se suspendieron 529 medicamentos, el total de los medicamentos subsidiarios de ser retirados.
5. Del total de los 529 medicamentos suspendidos por orden de frecuencia fueron: ARAII (26,1%), antiagregantes plaquetarios (19,66%), diuréticos (18,15%), IECAs (12,48%), hipoglucemiantes orales (10,4%), AINES (6,24%), anticoagulantes orales (4,91%), terapia hormonal sustitutiva (2,08%), contraceptivos orales (0%).
6. La estancia media preoperatoria fue de 1,05 días, inferior al mismo periodo de tiempo anterior que fue de 1,09.



Conclusiones

1. En ninguno de los pacientes programados para intervención quirúrgica tuvo que suspenderse ésta por motivos farmacoterapéuticos, ya que el farmacéutico los había solucionado previamente. Excepto un paciente ilocalizable.
2. El farmacéutico hospitalario, integrado en el equipo asistencial, contribuye a aumentar el rendimiento en un servicio quirúrgico al evitar desprogramaciones de quirófanos, en consecuencia la estancia media preoperatoria disminuye.