

Editorial

¿SON ADECUADOS PARA PEDIATRÍA LOS SISTEMAS DE DISPENSACIÓN VIGENTES?

El pasado año 2003 el Grupo Español de Farmacia Pediátrica ha llevado a cabo una encuesta dentro del Grupo, sobre los sistemas de dispensación vigentes en hospitales pediátricos, o con un importante número de plazas pediátricas. El objetivo de la misma era conocer el papel del farmacéutico dentro del circuito del medicamento en pediatría y las prácticas que se llevan a cabo para minimizar los problemas relacionados con la medicación, más frecuentes que los registrados en la población adulta (1-3), en un grupo poblacional con unas características tan específicas.

Sería deseable que esta encuesta pudiera llevarse a cabo a nivel nacional pero son muchos los obstáculos con los que tropiezan este tipo de trabajos entre los que, sin duda, podemos citar la falta de tiempo del farmacéutico para contestarla. De todos modos, esta muestra nos ha permitido poner en evidencia una serie de puntos, objeto de una primera reflexión.

La encuesta ha sido contestada por siete hospitales, con una media de 191 camas pediátricas por hospital (98-277). Cuatro de los siete hospitales disponen de farmacéuticos con dedicación exclusiva a pediatría. La media de los siete hospitales es de 14 horas de farmacéutico/día, 1,2 farmacéuticos por cada 100 camas pediátricas.

Seis de los siete hospitales encuestados cuentan con un sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias, en distinto grado de implantación (19-98%). En el 89% de los casos el farmacéutico revisa la prescripción médica, de modo prospectivo, en el horario en el que hay presencia física del farmacéutico en el hospital. La información disponible de modo habitual varía en cada centro. En el 100% de los casos se conoce la edad del paciente, no pasa lo mismo con el peso (57%), el diagnóstico (71%) y alergias medicamentosas (57%). El farmacéutico tiene acceso a datos analíticos de modo habitual en el 57% de los casos y a la historia clínica en el 28%. La presencia física del farmacéutico en las unidades de hospitalización se da

en tres de los siete hospitales y sólo uno de los hospitales contrasta sus registros con los del personal de enfermería.

A la vista de estos datos surge una primera cuestión: ¿tenemos suficiente información sobre el paciente para validar la prescripción médica y corresponsabilizarnos con la farmacoterapia del paciente? Sin datos como el peso o el diagnóstico, difícilmente podremos valorar la selección del fármaco, la posología, interacciones, etc.

Una segunda cuestión surge del análisis del sistema informático utilizado. La opinión sobre si la herramienta informática utilizada es adecuada a la dispensación pediátrica, varía en cada centro y sólo tres de los siete hospitales en estudio no la considera adecuada. La alerta más habitual que ofrecen las distintas aplicaciones es la duplicidad de tratamiento, presente en el 83% de los casos, mientras que sólo el 28% cuenta con control en relación a las pautas más habituales, y el 42% con alertas ante posibles interacciones. En ninguno de los hospitales encuestados el médico utiliza la prescripción electrónica, siendo el farmacéutico en la mayoría de los hospitales quien transcribe la prescripción a la aplicación informática.

Es de todos conocido que el paciente pediátrico necesita un enfoque específico en cuanto a la elección de la forma farmacéutica, y aún más, de la presentación comercial, en atención a la presencia de determinados excipientes, concentración, sistemas de administración, estudios de estabilidad en formulaciones específicas, etc., puntos en los que el farmacéutico debe intervenir con los conocimientos necesarios para que, de un modo que no deje lugar a dudas, sea el miembro del equipo sanitario imprescindible en todo lo relacionado con la farmacoterapia del niño. Esto obliga a una dedicación plena por parte del farmacéutico ya que la dispersión en otras áreas farmacéuticas impide profundizar en objetivos concretos (4).

Hoy día estamos asistiendo a una rápida incorporación de los sistemas de dispensación automatizados, pero sólo uno de los siete hospitales del estudio cuenta con este sistema en pediatría.

Estos sistemas deben proporcionar a enfermería el medicamento en condicio-

nes de utilización inmediata o con el mínimo de manipulaciones, lo cual, en el caso del paciente pediátrico, obliga a fraccionar dosis sólidas o bien disponer de preparaciones líquidas adecuadas. De los siete hospitales considerados, tan sólo dos llevaban a cabo el reenvasado de líquidos y tres el fraccionamiento de comprimidos, mientras que las mezclas intravenosas se realizaban en cuatro. Esto indica que el sistema debe perfeccionarse para una correcta aplicación a pediatría. Además, como la utilización de muchos de los fármacos asequibles a enfermería mediante este sistema de dispensación no pasan un filtro farmacéutico previo a su utilización, ¿puede el farmacéutico disminuir los errores asociados a la farmacoterapia pediátrica, cuya frecuencia está demostrada superior a la acaecida en la población adulta?

De todo lo expuesto se puede concluir que el desarrollo de una aplicación informática y un sistema de dispensación que respondan a las necesidades pediátricas en todas sus facetas es una tarea pendiente (5). A pesar del apoyo indudable que han supuesto los programas informáticos vigentes en algunos hospitales, el buen funcionamiento del sistema de dispensación en dosis unitarias en pediatría descansa sobre todo en medios humanos, con la inercia que conlleva, y la falta de profesionales a dedicación completa.

Las peculiaridades de estos pacientes que constituyen la fracción de la población con más esperanza de vida, exige un gran esfuerzo por parte de todos los farmacéuticos y fundamentalmente de la dirección de los Servicios de Farmacia, para alcanzar los objetivos de la farmacia pediátrica, que si bien es verdad que no proporciona éxitos económicamente rentables a corto plazo, lo es en términos de salud de la población del futuro.

M. Pozas del Río

*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid
Grupo Español de Farmacia Pediátrica*

Bibliografía

1. Sala P, Ugarte S. Errores de medicación en pediatría. En Lacasa C et al. Errores de Medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: EASO 242, SL, 2001.
2. Kozer E, et al. Large errors in the dosing of medications for children. N Eng J Med 2002; 346: 1175-6.
3. Kaushal R, et al. Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. JAMA 2001; 285: 2114-20.
4. Fortescue EB, et al. Prioritizing strategies for preventing medication errors in pediatric inpatients. Pediatrics 2003; 111 (4 Pt 1): 722-9.
5. Bates DW, Gawande AA. Improving safety with information technology. N Eng J Med 2003; 348: 2526-34.

Nota: El Grupo Español de Farmacia Pediátrica está formado por los siguientes Dres.: C. Barroso Pérez, J. Carcelén Andrés, C. Fábrega Bosacoma, B. Feal Cortizas, V. Gallego Lago, E. Hidalgo Albert, M. Pozas del Río, A. Revert Molina, E. Valverde Molina y M. A. Wood Wood.