

El total de citas en el periodo de estudio en MFC fue de 4.325.204, en PAP 1.055.085 y en EAP 2.524.165 (fig. 1). Los valores máximos de pacientes citados fueron en 2009 para MFC y PAP con un total de 938.909 y 229.170, respectivamente, mientras que el máximo para EAP se obtuvo en 2011 con 531.865. En porcentaje de incumplimiento se obtuvieron cifras globales para los 5 años estudiados del 12,1% (IC: 12,1-12,2) para MFC, del 14,0% (IC: 14-14,1) para PAP y del 12,2% (IC: 12,2-12,3) para EAP. El valor de mayor incumplimiento para cada uno de los servicios fue del 13,9% (IC: 13,9-14) en 2009 para MFC, del 14,6% (IC: 14,5-14,8) en 2011 para PAP y del 13,4% (IC: 13,3-13,5) en 2013 para EAP. Los valores de menor incumplimiento obtenidos fueron del 11,0% (IC: 11-11,1) en 2012 para MFC, del 13,5% (IC: 13,3-13,7) en 2012 para PAP y del 11,3% (IC: 11,2-11,4) en 2009 para EAP.

El análisis de los resultados muestra una tendencia a la disminución del incumplimiento de los pacientes con sus citas para MFC, con un repunte en el último año. En el caso de PAP el incumplimiento es prácticamente estable en todo el periodo de estudio, con un mínimo descenso en los 2 últimos años. Para EAP se observa un incremento del incumplimiento año tras año.

El porcentaje de incumplimiento es mayor del esperado en servicios sin demora (cita en menos de 48 h en AP), por lo que difícilmente puede apuntarse a un olvido del paciente o a una resolución del problema, situación descrita en AE al ser mayor la espera del paciente¹.

Definir un perfil para los incumplidores², analizar los factores que influyen en dicho incumplimiento^{4,5} y revisar las medidas para su control⁶ ayudaría a mejorar la morbimortalidad de estos pacientes y la eficiencia del sistema.

Bibliografía

1. Garcia B, Ortiz A. Ausencias en las primeras consultas de un centro de salud mental: un estudio controlado. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2002;21:27-36.

2. Orueta R, Gómez-Calcerrada RM, Redondo S, Soto M, Alejandro G, López J. Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos. *Medifam.* 2001;11:52-66.
3. Nicholson IR. Factors involved in failure to keep initial appointments with mental health professionals. *Hosp Community Psychiatry.* 1994;45:276-8.
4. Negro Álvarez JM, Campuzano López FJ, Pellicer Orenes F, Bernal Fernández T, Martos Calahorra MD, Martínez López R, et al. Incumplimiento de citas concertadas en los pacientes de una consulta de alergología tras el segundo año de implantación de un ciclo de mejora. *Alergol Inmunol Clin.* 2004;19:195-204.
5. Nwabuo C, Dy SM, Weeks K, Young JH. Factors associated with appointment non-adherence among African-Americans with severe, poorly controlled hypertension. *PLoS One.* 2014;14:e103090.
6. Oleskovicz M, Oliva FL, Grisi CC, Lima AC, Custódio I. Overbooking in an outpatient healthcare facility in the Brazilian Unified National Health System. *Cad Saude Publica.* 2014;30:1009-17.

M.^a A. Pastor Climent^{a,*}, F.J. Gómez-Romero^b,
M. Sánchez Molla^c y C.I. Pérez Cascales^a

^a Servicio de Admisión y Documentación Clínica, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España

^b Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España

^c Subdirección Médica, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pastor_asucli@gva.es

(M.^aA. Pastor Climent).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.10.001>
1134-282X/

© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cuestiones semántico-asistenciales



Semantical care point

Sra. Directora:

En referencia a la réplica¹, a mi carta al director², en referencia al artículo de reciente publicación de Biagetti et al.³, desearía agradecerles sus atenciones y realizar una serie de comentarios acerca del mismo.

Dado que esta revista tiene un predominio de artículos redactados en castellano, he pensado que sería lo más indicado, al ser además la lengua oficial del Estado de España⁴. Agradezco a los autores su réplica en castellano. He revisado las normas de publicación de la revista y no aparecen referencias específicas a la lengua a utilizar en la misma, por lo que se pueden utilizar ambas (castellano e inglés).

Las referencias semánticas de la forma de denominar la asistencia sanitaria, creo sinceramente que, con independencia de las denominaciones de las administraciones, están más ajustadas a la realidad si nos centramos en utilizar los términos de asistencia hospitalaria y la asistencia primaria.

Me alegra que en la redacción y elaboración del artículo hayan participado profesionales de ambos medios asistenciales, y que su rendimiento haya sido maximizado con una comunicación en unas jornadas. En aras de una mejor eficacia, eficiencia y efectividad sanitaria, se debe de priorizar las interconexiones y el trabajo multidisciplinar sincrónico entre los médicos hospitalarios y los de atención primaria, pues pienso que son netamente complementarios y necesarios.

Bibliografía

1. Biagetti B, Aulinas A, Dalama B, Nogués R, Zafón C, Mesa J. Réplica a la carta al director: «Terminología y comunicación entre niveles asistenciales». *Rev Calid Asist.* 2016. Disponible

en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X16301075>

2. Ortega-Marlasca MM. Terminología y comunicación interniveles asistenciales. *Rev Calid Asist.* 2016;31:122.
3. Biagetti B, Aulinas A, Dalama B, Nogués R, Zafón C, Mesa J. Communication between primary care and physician specialist: Is it improving? *Rev Calid Asist.* 2015;30:175–81.
4. España. Constitución Española (versión consolidada). Boletín Of del Estado 1978 [consultado 19 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

M.M. Ortega-Marlasca

Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz, Cádiz, España
 Correo electrónico: marlasca@makyyo.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.09.004>
 1134-282X/

© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Percepción de los profesionales sanitarios sobre el proceso de validación farmacéutica



Perceptions on pharmaceutical validation process by health professionals

Sra. Directora:

De los errores de medicación que conducen a un efecto adverso en el ámbito hospitalario, hasta el 78% son debidos a fallos en el circuito prescripción-dispensación-administración¹, por lo que la incorporación de la validación farmacéutica como proceso intermedio de revisión es una estrategia muy útil y ampliamente extendida para minimizar el alcance al paciente de dichos fallos.

La validación farmacéutica es un proceso que implica la identificación de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y el establecimiento de una recomendación para resolverlos y/o prevenirlos².

En mayo de 2015, tuvo lugar la implantación de la prescripción electrónica en todas las unidades de hospitalización de un hospital de tercer nivel, lo que conllevó la extensión de la validación farmacéutica a todos los pacientes hospitalizados. En mayo de 2016 se analizó el índice de aceptación de las intervenciones farmacéuticas llevadas a cabo durante el año previo, obteniendo un resultado inferior a los publicados en la bibliografía (30% vs. 49-71%)³⁻⁵. Este hecho llevó al servicio de farmacia a realizar un análisis de los posibles motivos que conllevaban a ese bajo índice de aceptación. Como factores posibles se detectaron que la mayoría de las intervenciones eran realizadas como nota asociada a la prescripción sin tener un contacto directo con el profesional sanitario y que la validación farmacéutica era un proceso incorporado recientemente al proceso asistencial en algunas de las unidades de hospitalización, por lo que el personal implicado podía desconocer dicha actividad.

Por este motivo, el servicio de farmacia decidió evaluar la percepción de los profesionales sanitarios sobre el proceso de validación farmacéutica de las prescripciones médicas. Para ello se elaboró una encuesta *online* que se hizo llegar a médicos especialistas, médicos residentes y personal de enfermería.

La encuesta, cuya cumplimentación era anónima estaba compuesta por las siguientes preguntas:

- ¿Es conocedor que el servicio de farmacia revisa las prescripciones diariamente para fomentar la seguridad del tratamiento farmacológico?
- ¿Ha contactado alguna vez con el farmacéutico para la resolución de consultas?
- Indique aproximadamente la frecuencia con la que suele consultar
- ¿El farmacéutico ha contactado con usted para aclarar aspectos farmacológicos del tratamiento?
- ¿Le han sido útiles alguna vez las notas asociadas al tratamiento realizadas por el farmacéutico?
- ¿Cómo considera de útil la validación farmacéutica en el proceso asistencial?

Para garantizar su máxima difusión y cumplimiento se envió a los jefes de servicio, médicos referentes de la historia clínica electrónica, supervisores de enfermería y al presidente de la comisión de docencia.

Se cumplimentaron 135 encuestas: el 43,3% fueron respondidas por médicos especialistas (n=58), el 28,4% lo fueron por médicos residentes (n=38) y el 28,4% lo fueron por enfermeros (n=38). El 86,7% de los encuestados afirmaron ser conocedores de la revisión diaria de las prescripciones por parte del servicio de farmacia. El 80% había contactado alguna vez con el farmacéutico para la resolución de consultas. Con respecto a la frecuencia de dichas consultas el 43% reconoció hacerlo trimestralmente, el 32,2% mensualmente, el 8,2% semanalmente y el 6,6% diariamente. Un 66,4% de los encuestados afirmaron haber sido contactados por el farmacéutico para aclarar aspectos farmacológicos del tratamiento. El 93% reconocieron que le son útiles las notas asociadas al tratamiento realizadas por el farmacéutico. Finalmente, los encuestados percibieron con una media de 7,7 la utilidad de la validación farmacéutica dentro del proceso asistencial. El 61,5% le dio una puntuación de 8 o superior.

Ante los resultados obtenidos de la encuesta, obtuvimos la conclusión de que la labor del farmacéutico era muy valorada por el resto de profesionales sanitarios, aunque la frecuencia de las consultas realizadas al servicio de farmacia era más baja de lo deseable. Esta debilidad detectada, es compartida con otros estudios similares, que consideran la integración del farmacéutico clínico dentro del equipo asistencial el método más eficaz para la aceptación de sus recomendaciones, pudiendo así mejorar así la calidad de la farmacoterapia⁶⁻⁹.