

EDITORIAL

Medicamentos, fibrilación auricular permanente y problemas derivados*Drugs, permanent atrial fibrillation, and secondary problems*

Carmen del Arco Galán

Durante los últimos cien años la humanidad ha asistido al despliegue del conocimiento, al desarrollo exponencial de la tecnología y a la aplicación de los nuevos hallazgos en la vida cotidiana. En el campo de la sanidad es aún más evidente y, parafraseando a Chantler, "Mientras el ejercicio de la medicina en el pasado solía ser simple, poco efectivo y relativamente seguro, en la actualidad se ha transformado en complejo, efectivo, pero potencialmente peligroso"¹.

Los medicamentos son el instrumento clínico terapéutico más utilizado por los médicos y el más accesible a la población. Han contribuido a aumentar la esperanza de vida y a mejorar la calidad de la misma. Sin embargo, no están libres de provocar problemas que, en ocasiones, son más complejos que la propia enfermedad². En España, en la III reunión de consenso celebrada en Granada en 2007 se establecieron dos conceptos separados: por un lado, el término "Resultados negativos asociados a la medicación" (RNM) para referirse a aquellos problemas de salud del paciente atribuibles al uso o falta de uso de los medicamentos que no cumplen con los objetivos terapéuticos y, por otro lado, el término "Problema relacionado con el medicamento" (PRM), empleado para referirse a aquellas situaciones en el proceso de uso de medicamentos que causan o pueden causar la aparición de un RNM, como por ejemplo administración errónea del medicamento, conservación inadecuada, contraindicación, características personales, dosis, pauta y/o duración no adecuada, duplicidad, errores en la dispensación, errores en la prescripción, incumplimiento, interacciones, etc³. Los RNM se agrupan en tres categorías: necesidad, efectividad y seguridad. Y en cada una de ellas hay dos posibles opciones, que permiten catalogar de forma homogénea los resultados encontrados en los estudios de campo.

La importancia de los RNM no es baladí. Se sitúan entre las seis primeras causas de muerte en pacientes hospitalizados en EE.UU. y el coste económico se mide en miles de millones de dólares⁴. En España se estima que da cuenta de un 33% de los ingresos hospitalarios y el dato más importante: en el 70% de los casos podrían evitarse⁵.

Los servicios de urgencias son un ámbito excelente para detectar pacientes cuyo motivo de consulta está

relacionado con el uso de medicamentos o en los que se producen problemas de seguridad asociados al uso de medicamentos^{6,7}. Numerosos estudios han puesto de manifiesto que los RNM ocurren con frecuencia (entre el 28 y el 35%) entre los pacientes que acuden al servicio de urgencias hospitalario (SUH) y que muchos de estos eventos se pueden evitar^{8,9}. En urgencias de atención primaria la frecuencia es algo menor (26%), pero aquí los pacientes son ligeramente más jóvenes y consumen una media de 1,5 a 2 fármacos, característica que los aleja de la población descrita en los SUH¹⁰.

En este número de la Revista, Torres Degayón *et al.*¹¹ abordan el problema de los RNM centrándose en una población de pacientes muy concreta: los que acuden a urgencias hospitalarias y padecen fibrilación auricular (FA) permanente. La FA es la arritmia más frecuente y su tratamiento implica a varios grupos farmacológicos que se combinan para controlar la frecuencia, restaurar el ritmo y prevenir la aparición de enfermedad tromboembólica arterial¹². Sabemos por diferentes estudios que el prototipo de paciente con FA en los servicios de urgencias españoles es una mujer anciana, con duración de la FA desconocida y que consulta por disnea. Esa paciente es muy probable que padezca hipertensión, diabetes, tenga otros factores de riesgo cardiovascular, que ya esté en tratamiento con uno o más fármacos antiarrítmicos, y puede estar antiagregada, aunque debería estar anticoagulada¹³. Además, su listado de medicaciones por otros problemas de salud es extenso. Esto la convierte en la candidata idónea a sufrir un RNM: por edad, por polifarmacia y por pluripatología.

Los autores del trabajo corroboran ese planteamiento: edad elevada, 80 años de media, dependencia en el 70% de los pacientes, comorbilidad en el 61%, indicación de anticoagulación en el 99% y polimedicación en el 94,9%. En esta población notifican que aparece un RNM en el 67,7% de los pacientes. El 45,5% se produce por fármacos para la FA y es un problema de seguridad en el 39% de casos, con un 14,8% de fallecimientos. El porcentaje restante de RNM, un 54,5% de casos, está en relación con otros fármacos no relacionados con la FA y se trata de un problema de necesidad (el paciente no recibe un fármaco que necesita, 46,6%). La digoxina y los anticoagulantes orales son

los fármacos más implicados en el primer grupo y los antiinfecciosos en el segundo.

El planteamiento teórico para el manejo de la FA permanente se centra en dos pilares: 1) adecuado control de la frecuencia cardiaca, preferiblemente con fármacos betabloqueantes y antagonistas del calcio no dihidropiridínicos, por delante de la digoxina, que debe reservarse exclusivamente para aquellos pacientes en los que no se obtiene un buen resultado con los anteriores, se encuentran en insuficiencia cardiaca o no tienen requerimientos importantes en cuanto a la realización de ejercicio; y 2) una correcta profilaxis antitrombótica con anticoagulantes orales.

Ahora bien, y a la vista de los resultados sobre RNM cabe preguntarse cuál es la combinación ideal de fármacos que permite alcanzar estos objetivos sin incrementar innecesariamente el número de especialidades farmacéuticas que debe ingerir el paciente ya que, sin duda alguna, el dato más llamativo que se lee en el trabajo es que el promedio de fármacos prescritos a estos pacientes, con una edad media de 80 años, es de 10, y un 8% está por encima de los 15 fármacos. Por lo tanto hay dos preguntas que debemos hacernos: 1) ¿necesitan nuestros pacientes mayores tantas medicinas?; y 2) ¿puede un equipo multidisciplinar compuesto por médicos de urgencia hospitalaria, médicos de primaria, farmacéuticos y resto de especialistas mejorar esta situación?

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Bibliografía

- 1 Chantler C. The role an education of doctors in the delivery of health care. *Lancet*. 1999;353:1178-81.
- 2 Faus MJ. Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharm*. 2000;41:137-43.
- 3 Grupo de investigación en Atención Farmacéutica (Universidad de Granada), Grupo de Investigación en Farmacología (Universidad de Granada). Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm*. 2007;48:5-17.
- 4 Ruiz de Adana R. Resultados negativos asociados a la medicación. *Aten Primaria*. 2012;44:171.
- 5 Otero MJ, Alonso P, Maderuelo JA, Ceruelo J, Domínguez-Gil A, Sánchez A. Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos que causan ingreso hospitalario. *Farm Hosp*. 2006;30:161-70.
- 6 Calderón Hernanz B, Oliver Noguera A, Tomás Vecina S, Baena Parejo MI, García Peláez M, Juanes Borrego A, et al. Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2013;25:204-17.
- 7 Tomás Vecina S, Chanovas Borràs M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010;22:415-28.
- 8 Baena MI, Faus MJ, Marín R, Zarzuelo A, Jiménez J, Martínez Olmos J. Problemas de salud relacionados con los medicamentos en un servicio de urgencias. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:250-5.
- 9 Calderón B, Calleja MA, Faus MJ. Detección de problemas relacionados con los medicamentos del paciente en la unidad de observación del área de Urgencias. *Rev OFIL*. 2005;15:39-47.
- 10 Martínez Jiménez MV, Flores Dorado M, Espejo Guerrero J, Jiménez Vicente P, Martínez Martínez F, Bernabé Muñoz E. Resultados negativos asociados a la medicación que son causa de visita al servicio de urgencias de un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 2012;44:128-35.
- 11 Torres Degayón V, Montero-Pérez FJ, Torres Murillo JM, Baena-Parejo MI, Calleja Hernández MA, Faus-Dàder MJ. Resultados negativos asociados a la medicación en pacientes con fibrilación auricular permanente atendidos en un servicio de Urgencias hospitalario. *Emergencias*. 2016;26:75-82.
- 12 Martín Martín A, Fernández Lozano I, Coll-Vinent Puig B, Tercedor Sánchez L, Del Arco Galán C. Manejo de los pacientes con fibrilación auricular en los servicios de urgencias hospitalarios (actualización 2012)*. *Emergencias*. 2012;24:300-24.
- 13 Coll-Vinent B, Martín A, Malagón F, Suero C, Sánchez J, Varona M, Cancio M, Sánchez S, Montull E, Del Arco C; HERMES-AF Investigators. Stroke prophylaxis in atrial fibrillation: searching for management improvement opportunities in the emergency department: the HERMES-AF study. *Ann Emerg Med*. 2015;65:1-12.