

## CARTAS AL EDITOR

### Respuesta de los autores

#### *Authors' reply*

##### **Sr. Editor:**

Hemos leído cuidadosamente las reflexiones realizadas sobre nuestro trabajo. Hay algunos aspectos que nos gustaría aclarar.

Según la evidencia científica<sup>1-3</sup>, las atenciones médicas nocturnas y turnos rotativos alteran el sueño, causan fatiga, dificultan el pensamiento, la memoria y la toma de decisiones. Por ello, están asociadas a un aumento en los errores médicos<sup>4</sup>. Algunas potenciales soluciones incluyen implementar la educación al paciente y el seguimiento durante la transición de cuidados<sup>5,6</sup>. Estas iniciativas fueron incluidas dirigidamente por el farmacéutico clínico (FC) en nuestro estudio.

Entre las limitaciones de nuestro artículo se indicó la exclusión de horarios nocturnos y no hábiles, y dado que durante estos horarios confluyen factores que aumentan el riesgo para el paciente, es posible que nuestros resultados subestimen el beneficio de la inclusión del FC en estos escenarios.

Además, los autores indican que los pacientes con menor prioridad, y

que fueron excluidos de nuestro estudio, serían aquellas personas que consultan por problemas de conciliación, interacciones o efectos secundarios. Si bien no existe evidencia que sustente dicha afirmación, los pacientes no urgentes en nuestro centro son derivados a atención ambulatoria, quedando fuera del alcance de cualquier profesional del servicio de urgencia (SU). En caso de alguna interacción o reacción adversa, habría sido candidato a participar en nuestro estudio.

La implementación de herramientas tecnológicas sin duda facilitan la práctica clínica, y permiten acceder a información científica en forma rápida. No obstante, la toma de decisiones clínicas debe estar basada y ajustada a las necesidades individuales del paciente y su contexto, y no pueden delegarse ni minimizarse a herramientas de apoyo que no remplazan el juicio clínico profesional.

Para aclarar el resto de las observaciones, comentar que durante la ejecución de nuestro estudio, se seleccionaron aleatoriamente 6-8 pacientes/día, la intervención duraba en suma 30-45 min/paciente y se realizaba mientras el paciente esperaba la atención de otro profesional, por lo tanto, no aumentó su permanencia en el SU. Tampoco se evaluó el impacto de intervenciones aisladas, ya que el programa de intervenciones se aplicaba según las necesidades del paciente y eso dificulta la comparación de cada una.

La implementación del modelo propuesto depende de las realidades locales y nuestro estudio aporta evidencia sobre el efecto del FC en un SU en el contexto descrito. Por ello, independiente de las barreras locales, es posible adaptarlo según el consenso español para la atención farmacéutica en los SU<sup>7</sup>, el cual incluye las intervenciones descritas en nuestro estudio.

Matías F. Martínez<sup>1</sup>,  
Luis Herrada<sup>2</sup>,  
Carolina Gutiérrez-Cáceres<sup>1</sup>,  
Sandra Espinoza-Muñoz<sup>1</sup>,  
Daniel Palma<sup>1</sup>, Marcela Jirón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Ciencias y Tecnología Farmacéutica, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

<sup>2</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

mjiron@ciq.uchile.c

**Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas:** Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

**Editor responsable:** Óscar Miró.

**Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.**

**DOI:** 10.55633/s3me/070.2024

## Bibliografía

- 1 Gold DR, Rogacz S, Bock N, Tosteson TD, Baum TM, Speizer FE, et al. Rotating shift work, sleep, and accidents related to sleepiness in hospital nurses. *Am J Public Health.* 1992;82:1011-4.
- 2 Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med.* 2004;351:1838-48.
- 3 Rothschild JM, Keohane CA, Rogers S, Gardner R, Lipsitz SR, Salzberg CA, et al. Risks of complications by attending physicians after performing nighttime procedures. *JAMA.* 2009;302:1565-72.
- 4 Sklar DP, Crandall CS, Loeliger E, Edmunds K, Paul I, Helitzer DL. Unanticipated death after discharge home from the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2007;49:735-45.
- 5 Ginde AA, Sullivan AF, Camargo CA Jr. National study of the emergency physician workforce, 2008. *Ann Emerg Med.* 2009;54:349-59.
- 6 Croskerry P. Cognitive forcing strategies in clinical decision making. *Ann Emerg Med.* 2003;41:110-20.
- 7 Ruiz Ramos J, Calderón Hernanz B, Castellanos Clemente Y, Bonete Sánchez M, Valle Alcon E, Santolaya Perrín MR, et al. Pharmacist care in hospital emergency departments: a consensus paper from the Spanish hospital pharmacy and emergency medicine associations. *Emergencias.* 2023;35:205-17.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.