



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/114.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Historia y Evolución en la seguridad del paciente: conciliación de medicación
<i>Autores</i>	Marta Criado Zofío, ¹ Carmen María Gómez Ramírez, ² Inmaculada Concepción Benavides Espínola ³
<i>Centro/institución</i>	(1) UGC Victoria, Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. (2) Hospital Universitario Virgen Macarena. (3) Complejo Hospitalario Torrecárdenas
<i>Ciudad/país</i>	(1) Málaga, España. (2) Sevilla, España. (3) Almería (España)
<i>Dirección e-mail</i>	martacriadozofio@gmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Durante mucho tiempo se atribuyó el error humano a la ocurrencia de eventos adversos. El error humano es solo una parte de problema, pues nos encontramos con otros errores como efectos adversos de los medicamentos, mal funcionamiento de los equipos médicos, etc. Todos estos errores han de atajarse de forma conjunta y no de forma individual para que las soluciones sean verdaderas estrategias de calidad.

Ya en la década de los setenta se introdujo el concepto de "daño iatrogénico", no ha sido hasta hace relativamente pocos años, que la seguridad del paciente ha pasado a ser una de las prioridades de los sistemas de salud¹.

La seguridad clínica o seguridad del paciente es un componente clave de la calidad y un derecho de los pacientes reconocido, entre otros por organismos como la organización mundial de la salud y el Comité europeo de Sanidad Del Consejo de Europa².

Las diferentes organizaciones e instituciones de salud se han dado cuenta que : prever posibles efectos adversos en la atención, actuar a tiempo, corregir errores y aprender de ellos es indispensable para crear un clima de seguridad que lleva al mejoramiento continuo de la calidad en la atención de la salud².

Las estrategias que sirven para evitar o reducir los riesgos son propuestas a nivel mundial, nacional y regional por diversas organizaciones. A nivel mundial encontramos la Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente, a nivel Europeo el Consejo de Europa y la Organización de Cooperación y desarrollo económico y por último a nivel nacional el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España en coordinación con las

comunidades autónomas viene desarrollando una estrategia (estrategia número 8 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud) para mejorar la calidad asistencial.

Concretamente en la comunidad autónoma andaluza la Estrategia para la Seguridad del Paciente se pone en marcha el año 2006, como un proyecto prioritario de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y vinculado al II Plan de calidad de Andalucía. Con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria proporcionando atención y cuidados seguros a los pacientes y disminuir la incidencia de daños accidentales atribuibles a los mismos, impulsando así un cambio en la cultura de seguridad, través de la actualización y el diseño de herramientas de apoyo a los profesionales para el desarrollo de un práctica clínica segura.

A destacar el papel que en este desarrollo ha tenido el Observatorio para la Seguridad del Paciente (OSP) del sistema sanitario público de Andalucía, creado en 2007, que para Andalucía es un importante referente, impulsando el desarrollo de prácticas seguras, difundiendo las mejores recomendaciones, creando redes y compartiendo el conocimiento entre los centros y profesionales del sistema sanitario público de Andalucía. En él se crea un documento de buenas prácticas en la conciliación de la medicación en el ingreso, alta y transición interservicios.

A nivel mundial se contempla ya como un gran problema que afecta a la seguridad de los pacientes la conciliación del tratamiento, entendida esta como el proceso que intenta prevenir los errores de la medicación (EM) que ocurren en la transición asistencial de los pacientes y que consiste en un procedimiento formal y estandarizado para obtener el listado completo de la medicación previa de un paciente y compararla con la nueva medicación³.

La prevención de acontecimientos adversos relacionados con los medicamentos tiene como clave la conciliación de la medicación del paciente. Concretamente la conciliación de la medicación al alta hospitalaria es la que tiene mayor efecto sobre el número de acontecimientos adversos producidos por la medicación.

La bibliografía disponible sugiere que los errores al alta podrían ser más frecuentes o tener más consecuencias que al ingreso al tratarse de pacientes muy vulnerables llegando a producirse hasta un 12% de efectos adversos a los medicamentos a las dos semanas post-alta⁴. Por otro lado los estudios de evaluación de la conciliación han demostrado que son una estrategia eficaz para reducir los errores hasta en un 70%, repercutiendo esto en la disminución de los reingresos hospitalarios¹.

Dentro de la iniciativa mundial de proyectos sobre Alianza y Seguridad de los pacientes se ha desarrollado un programa de apoyo al colectivo sanitario para impulsar e instaurar programas y prácticas de seguridad en la conciliación de los tratamientos de los pacientes.

De suma importancia es la necesidad de implicar a todos los profesionales sanitarios en dicha actividad. Cada uno de nosotros desde su área de influencia puede contribuir de alguna forma en el proceso de atención y mejora de los pacientes en el uso de los medicamentos.

La Conciliación del tratamiento debe ser una actividad obligatoria siempre que el paciente cambie de nivel asistencial.

Objetivo

Dar a conocer la frecuencia de errores de medicación que se producen en la transición entre niveles asistenciales, así como la importancia de realizar la conciliación de la medicación al alta hospitalaria.

Material y Método

Se realiza búsqueda y revisión bibliográfica utilizando las palabras clave: conciliación de la medicación, alta hospitalaria, seguridad del paciente y atención primaria; realizando lectura crítica y desestimando documentos publicados hace más de 10 años y que no estuvieran disponibles a texto completo.

Para la búsqueda la pregunta PICO planteada se corresponde con P: errores de la medicación en la transición interniveles o interservicios, I: conciliación de la medicación, C: no realizar la conciliación de la medicación y O: prevención de efectos adversos derivados del error en el tratamiento. Incluyendo artículos en español, inglés.

Los descriptores booleanos empleados han sido “medication reconciliation” AND “patient transfer” AND “primary health care” AND “patient safety”.

Resultados

En base a las búsquedas realizadas se encontró una revisión sistemática que incluye 22 estudios sobre errores de la medicación al ingreso, el cual muestra que entre el 10 y el 67% de los 3755 pacientes incluidos tienen al menos un error en su historia farmacoterapéutica, porcentaje que varía al 27-83% si se incluye la medicación sin receta. Si estos errores además se perpetúan al alta hospitalaria pueden afectar tanto a la efectividad del tratamiento como a la seguridad del paciente⁵, si estos errores además se perpetúan al alta pueden afectar tanto a la efectividad del tratamiento como a la seguridad del paciente.

En estudios realizados en países diversos sobre discrepancias de conciliación podemos enumerar los siguientes encontrados con sus correspondientes conclusiones.

Empezamos por enumerar los realizados en EEUU:

a) Bookvar (2004): El estudio se lleva a cabo en 87 ancianos procedentes de residencias excluyendo los ingresos menores de 24 horas. Como resultado se han producido 14 efectos adversos por cambio de medicación (un 20 %).

b) Gleason (2004): El estudio se realiza sobre 204 pacientes médicos y quirúrgicos con una media de edad de 58,6 años, excluyendo pacientes de UCI, obstetricia, psiquiatría, paliativos, ingresos procedentes de otros centros y pacientes no angloparlantes. Los resultados son: 54,4 % pacientes con discrepancia, 26,9% de ellos requieren intervención, 42% por omisión. En total 241 discrepancias (1,2 discrepancias por paciente).

c) Lessard (2006): el estudio se hace sobre 63 pacientes con una media de edad de 74 años, excluidos pacientes no angloparlantes, con alteraciones cognitivas o provenientes de residencias de ancianos. Los resultados son: 65% de los pacientes con discrepancias (1,5 discrepancias por paciente) 57% por omisión.

d) Lizer (2007): realizado sobre 54 pacientes de la unidad de salud mental con una media de edad 39,9 años, excluidos pacientes geropsiquiátricos, y los trasladados desde otra unidad del hospital. Como resultado, 80% pacientes con discrepancia, es decir, 2,9 discrepancias por paciente.

Estos son realizados en Canadá:

a) Kwan (2007): realizado sobre 416 pacientes de cirugía programada de los que 227 fueron entrevistados por farmacéuticos en visita preoperatoria y 237 controles con entrevista por enfermera y órdenes posoperatorias del cirujano, la media de edad es de

57 años, excluyéndose a los de estancia menor a las 24 horas. Como resultado se obtiene que en el Grupo intervención, el 20,3% de los pacientes presentan una o más discrepancias, 36,7 % de los cuales por omisión, y el Grupo control presenta un 40,2% de pacientes con una o más discrepancias, 46,5% de estos por omisión.

b) Vira (2006): El estudio se ha llevado a cabo sobre 60 pacientes médico-quirúrgicos (con un 78% no programado y una media de edad de 56 años). Como resultados obtenemos que un 60% de los pacientes presentan algún tipo de discrepancia, lo que equivale a decir un número de 2,3 discrepancias por paciente, 59% de los cuales por omisión. Al ingreso 38% de pacientes con alguna discrepancia, y al alta un 41 %.

Existen más estudios realizados en Canadá o reino unido por ejemplo, en los que los resultados que arrojan son similares a los anteriores, es decir, indican que el porcentaje de pacientes con errores de conciliación al ingreso hospitalario varía de un 20,3% a un 80%, y afecta hasta un 70% de los medicamentos⁶

Los estudios realizados al alta hospitalaria muestran que hasta un 60,1 % de los medicamentos prescrito conllevan errores de conciliación⁶

Los estudios muestran que el tipo de error más frecuente es la omisión del medicamento entre un 42 y un 59% de los casos, seguido de diferencias en dosis, vía o pauta en un 31-32%⁷

A continuación detallamos algunos estudios realizados en España:

En España, en un estudio prospectivo realizado sobre 173 pacientes se detectaron 177 errores de conciliación de 76 pacientes, siendo un 31% al alta. Los errores fueron un 49% por omisión, un 19% por modificación no justificada de dosis y/o frecuencia, 8% por prescripción incompleta y 3% por prescripción de un medicamento considerado innecesario⁷

En otro estudio multicéntrico llevado a cabo en España sobre 1058 pacientes quirúrgicos un 77,6% de los 816 pacientes que tomaban medicación crónica, presentaban discrepancias no justificadas, siendo también la causa en un porcentaje muy elevado, omisiones en la prescripción de una medicación crónica necesaria⁸

Más recientemente un estudio transversal observacional desarrollado en la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa donde se incluyeron a todos los pacientes mayores de 65 años polimedicados (que tomaban 5 o más fármacos al día) cumpliendo criterios de inclusión 80, pone de manifiesto que en el 49% de ellos se proponía algún cambio en su hoja de tratamiento activo. De ellos 35 (90%) se pusieron en contacto con Atención Primaria, y en 24 pacientes los cambios fueron incluidos en su hoja de tratamiento activo, lo que supone el 68% de los que contactaron con Atención Primaria y el 61% de los que hubieran requerido cambios en su hoja de tratamiento activo¹.

Conclusiones

Los resultados observados en los estudios de distintos países con poblaciones diferentes estudiadas y en diferentes circunstancias ponen de manifiesto la necesidad de establecer un programa de conciliación de la medicación en el tránsito de los pacientes interniveles e interservicios.

Son alarmantes los resultados tenidos en todos ellos, en cuanto a la realidad de los acontecimientos adversos relacionados con la medicación en la transición de pacientes.

Es, por ello, tan importante dar visibilidad al problema y su dimensión, para así instaurar una cultura de seguridad del paciente que incluya protocolos o guías consensuadas para conseguir nuestro objetivo.

El sistema sanitario mejoraría la calidad asistencial garantizando un uso más racional y seguro de los medicamentos.

Por otro lado, el proceso de conciliación de la medicación, además de mejorar la continuidad del tratamiento farmacológico y garantiza la seguridad del paciente, facilita el trabajo de los profesionales a apartar fluidez y coherencia al sistema; lo que hace mejorar también la comunicación entre profesionales.

Sería interesante en el futuro trabajar con metodología cualitativa que pudiera aportar la percepción de los pacientes y las familias, así como, la de los profesionales de atención primaria, en relación con la medicación al alta hospitalaria.

El proceso de conciliación de la medicación al alta ha demostrado ser una estrategia útil para reducir los errores de medicación entre un 42 y un 90% teniendo repercusión en la disminución de los efectos adversos derivados de los medicamentos, como son los reingresos hospitalarios. Siendo fundamental en pacientes polimedicados ingresados en planta de medicina interna y que ingresan para intervenciones quirúrgicas⁹

Como barreras potenciales para la implantación nos podemos encontrar : falta de organización, falta de implicación de los profesionales responsables del cuidado sanitario, falta de recursos humanos para realizar esta actividad a todos los pacientes, falta o incapacidad de comunicación con los pacientes e imposibilidad de obtener la historia farmacoterapéutica de los pacientes.

Resulta imprescindible contar con el apoyo de los gestores y de la administración, dado que la conciliación es un proceso complejo, que requiere importantes recursos, involucra a múltiples profesionales y además exige una reorientación en la forma de trabajar compartimentada para lograr una atención cohesionada y centrada en el paciente.

Bibliografía

1. Valverde-Bilbao E, Mendiababal-Olaizola A, Idoiaga-Hoyos I, et al. Conciliación de la medicación en atención primaria tras el alta hospitalaria. Rev Calid Asist .2014; 29(3):158-164.
2. Sie7e editores. Temario específico para preparación de oposiciones del Servicio Andaluz de Salud. Vol. 4.1ªed. Sevilla: MAD. 2014 (658-699).
3. Guía para la implantación de programas de la conciliación de la medicación en los centros sanitarios. 2009 [Sede Web] [acceso 12 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.sefap.org/media/upload/arxius/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Guia_c onciliacion medica SCFC.pdf.
4. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from de hospital. Ann Intern Med. 2003 Feb4; 138(3):161-7.
5. Tam VC KS, Cornissh PL, Fine N, Marchesano R, Etohells E. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. CMAJ. 2005;173:510-5.
6. Lessard S, De Young J, Vazzana N. Medication discrepancies affecting senior patients at hospital admission. Am J Health Syst Pharrm. 2006 Apr 15; 63(8):740-3.
7. Delgado O, Serra G, Martínez López I, Do Pazo F, Fernández F, Serra J, et al., editors. Errores de conciliación al ingreso y al alta hospitalaria en un Servicio Quirúrgico. XII Jornada de la Societat Catalana de Farmacia Clínica; 2006 20 junio;

Barcelona.

8. Roure C LD, Casasín T, Martínez E, Masip M, Domínguez, et al. Intervenció del farmacéutic en la millora del maneig peroperatori de la medicació habitual dels pacients quirúrgics. Circular farmacéutica. 2007.

9. Observatorio para la seguridad del paciente. Junta de Andalucía.2010 [Sede Web] [acceso 27 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatoriodeguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/usoseguomedicamentos/documentos/GPS_CONCILIACION_ENTORNO_HOSPITALARIO_VALORADA.pdf.