

BUENAS PRÁCTICAS EN LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL INGRESO, ALTA Y TRANSICIÓN INTERSERVICIOS



Grupo de trabajo:

Buenas prácticas en el uso de medicamentos



DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:

Los errores de medicación (EM) son comunes en el ámbito hospitalario y conducen a un incremento de morbilidad, mortalidad y de los costes económicos ⁽¹⁾. Los más frecuentes ocurren en las etapas de la prescripción y administración. Se ha determinado que hasta un 67 % de prescripciones médicas tienen uno o más errores y que de éstos, un 46% ocurren en el ingreso y en alta hospitalaria ⁽²⁾, es decir en la transición de los pacientes entre diferentes niveles asistenciales.

Los EM que ocurren en la transición de los pacientes entre niveles asistenciales (ingreso, alta y transición interservicios) se deben al desconocimiento, total o parcial, del tratamiento actual de los pacientes, con lo que se omiten medicamentos ambulatorios necesarios, se producen duplicidades, se prescriben dosis y formas incorrectas, etc.

La conciliación del tratamiento es el proceso que intenta prevenir los EM que ocurren en la transición asistencial de los pacientes y consiste básicamente en:

Obtener la historia farmacoterapéutica completa del paciente en el medio ambulatorio, incluyendo nombre, dosis, frecuencia y ruta. Y usarla como referencia para compararla con las prescripciones realizadas en el ingreso, traslado de servicio o alta hospitalaria y así detectar las divergencias existentes y corregirlas ^(3,4).

La conciliación de tratamiento ha demostrado su validez como herramienta para disminuir los EM habiendo conseguido reducciones de un 85% de errores en 10 meses ⁽⁵⁾.



MEDIDAS SUGERIDAS: BUENAS PRÁCTICAS

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO.

1. Se utiliza sistemáticamente un proceso estandarizado para CONCILIAR los medicamentos que el paciente toma en el medio ambulatorio con los prescritos en el ingreso y es conocido por todos los profesionales implicados en el uso de los medicamentos. **16 PUNTOS**

PUNTO 22 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España.

2. La información básica del paciente (nombre, unidad de hospitalización, número de historia clínica, fecha de nacimiento, médico, etc) está clara y se puede ver fácilmente en todas las prescripciones transmitidas al servicio de farmacia, ya sea mediante etiquetas adhesivas o similares sobre las copias de papel, o en las prescripciones enviadas electrónicamente. **4 PUNTOS**

PUNTO 4 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España.

3. La información del paciente en cuanto a diagnóstico de ingreso y comorbilidad del paciente (hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, hepática etc) o condiciones especiales (embarazo, lactancia, etc) se recoge en la historia y se comunica a los farmacéuticos o bien está disponible de forma fácil para ellos. **4 PUNTOS**

PUNTO 13 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España.

4. Información sobre alergias del paciente están disponibles tanto para el médico como para el farmacéutico. **4 PUNTOS**

PUNTO 9 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España.

5. Participación activa del farmacéutico en el proceso del sistema de utilización de medicamentos del hospital registrando, validando y monitorizando todas las prescripciones de medicamentos antes de iniciar los tratamientos (a excepción de situaciones de urgencia vital) por medio de la implantación de un sistema de dispensación en dosis unitaria (SDMDU) y/o porque trabajen directamente en las unidades de hospitalización desempeñando actividades clínicas. **16 PUNTOS**

PUNTO 36 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España.



6. El SDMDU está implantado con prescripción electrónica o con impresión de órdenes médicas actualizadas, y generación de las hojas de administración para enfermería (No se administra nada que no esté en la hoja de administración con lo que se asegura que no existe diferencia entre lo que prescribe el médico y administra enfermería). **12 PUNTOS**

PUNTO 52 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España.

7. Se obtiene una historia farmacoterapéutica completa, en impreso específico y estandarizado, en las 24 horas postadmisión de todos los pacientes hospitalizados cuando ingresan, que incluye los medicamentos con y sin receta, vitaminas, plantas medicinales y sustancias de abuso. Se recoge dosis, frecuencia y vía de administración. **4 PUNTOS**

PUNTO 21 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España.

8. El médico escribe (o registra electrónicamente) la prescripción completa con toda los medicamentos para el ingreso hospitalario. No se aceptan las prescripciones de “continuar con tratamiento domiciliario”. **4 PUNTOS**

PUNTO 54 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España.

9. El farmacéutico participa en la elaboración de la historia farmacoterapéutica entrevistando al paciente y/o familiar y recogiendo toda la información disponible sobre su tratamiento (Principio activo, dosis y pauta de administración) en las 24 horas postadmisión. **8 PUNTOS**

PUNTO 55 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España.

10. Información al paciente y/o cuidador por el personal sanitario (médico, farmacéutico o enfermero) de las posibles sustituciones y suspensiones de su tratamiento habitual durante el ingreso hospitalario, según el programa de equivalentes terapéuticos. El paciente y/o cuidador ha de saber que todo su tratamiento está perfectamente supervisado y que no debe, ni tiene que tomar ninguna medicación sin que no le sea administrada por enfermería. **4 PUNTOS**

PUNTO 171 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España.



- 11.** En la conciliación de tratamiento el médico o el farmacéutico programan, en la medida de lo posible, los horarios de administración de los medicamentos en el medio ambulatorio a los horarios del hospital (ej. medicamentos que se toman por la mañana no se prescriban por la noche o viceversa). **4 PUNTOS**

PUNTO 89 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España.

- 12.** Se anima a los pacientes a preguntar cualquier duda sobre los medicamentos. **4 PUNTOS**

PUNTO 174 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España.

- 13.** El paciente entrega toda la medicación que haya podido traer al hospital de su tratamiento habitual al personal de enfermería. La administración de todo medicamento durante el ingreso es realizada por enfermería con la prescripción del médico y validación del farmacéutico.

- 14.** La medicación retirada al paciente se envía a farmacia donde se almacena en cajetines específicos de cada paciente, no está permitido que pueda usarla otro paciente. Desde aquí, si fuera necesaria su administración, se envía completamente identificada en el carro de unidosis o bien se custodia hasta el alta del paciente.

- 15.** Los farmacéuticos proporcionan a las enfermeras de manera habitual información importante sobre los medicamentos no incluido en GFT, antes de administrarlo. **2 PUNTOS**

PUNTO 24 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España.

- 16.** Durante la administración de los medicamentos, las enfermeras suelen informar a los pacientes y/o familiares del nombre genérico y comercial de los medicamentos, su acción, el equivalente con el medicamento domiciliario, la dosis, los efectos adversos más importantes. **4 PUNTOS**

PUNTO 172 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España.

- 17.** Se proporciona a los pacientes información actualizada y escrita sobre los medicamentos básicos que reciben en el hospital y sobre los que se prescriben en el momento del alta hospitalaria. **4 PUNTOS**



PUNTO 173 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España.

18. Existe un procedimiento escrito que establece el mecanismo para comunicar todas las incidencias detectadas en el proceso de conciliación de tratamiento (pacientes a los que no se le ha realizado la conciliación, pacientes que no quieren desprenderse de su medicación, que son reacios al uso de los equivalentes terapéuticos, etc), así como errores que afecten al paciente.

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN LA TRANSICIÓN INTRAHOSPITALARIA.

19. Se utiliza sistemáticamente un procedimiento estandarizado para conciliar los medicamentos que el paciente ha recibido antes y después de su traslado dentro del centro a otra unidad asistencial o servicio diferente. **8 PUNTOS**

PUNTO 23 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España.

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL ALTA

20. Al alta y a partir de la historia farmacoterapéutica y el tratamiento hospitalario del paciente, se elabora un informe farmacoterapéutico de alta del paciente.
21. El informe farmacoterapéutico de alta se realiza en impreso específico y estandarizado. En él se hace constar el tratamiento actualizado completo (dosis, forma farmacéutica y pauta de administración) y los cambios (con los motivos que lo causan) realizados en su tratamiento ambulatorio: Medicamentos iniciados en el hospital, medicamentos suspendidos y cambios de dosis.

Al alta el médico actualiza el tratamiento completo del paciente en el módulo de prescripción de DIRAYA.

22. El farmacéutico colabora con el médico en la elaboración de informe farmacoterapéutico de alta.
23. Se establecen supuestos (p. ej. Para medicamentos específicos de alto riesgo, grupos de pacientes de alto riesgo, o pacientes con cinco o más medicamentos) que provocan automáticamente la consulta con un farmacéutico para proporcionar educación al paciente. **8 PUNTOS**

PUNTO 176 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España.

24. Se instruye a los pacientes para que puedan consultar después del alta cualquier preocupación o duda sobre su medicación. **4 PUNTOS**



PUNTO 178 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España.

- 25.** El informe farmacoterapéutico de alta debe ser comunicado además de al paciente, al médico de atención primaria, al farmacéutico comunitario y a cualquier otro personal sanitario que intervenga en el cuidado del paciente.



EXPECTATIVAS

Las expectativas a cumplir en conciliación de tratamiento son:

- Implantar políticas y/o protocolos de conciliación de tratamiento en todos los hospitales del Servicio Salud Público de Andalucía fundamentalmente al ingreso y al alta.
- Implicar a todos los profesionales sanitarios (médico, farmacéutico y enfermero) en la conciliación del tratamiento. Concienciar de la cantidad de errores de medicación que se producen en la transición entre niveles asistenciales.
- Asignar las funciones de cada personal sanitario en la conciliación de tratamiento. Ampliación de la cartera de servicios.
- Reconocer al farmacéutico como profesional responsable de elaborar la historia farmacoterapéutica del paciente y colaborar con el médico en la prevención de errores de medicación derivados de interrupciones, continuaciones o modificaciones no deseadas.
- Realizar la conciliación de tratamiento a todos los pacientes al ingreso hospitalario. En caso de imposibilidad, seleccionar los pacientes de plantas quirúrgicas y pacientes polimedicados.
- Informar al paciente y/o familiar de las sustituciones realizadas en su tratamiento habitual y de las causas por las que se producen.
- Realizar al alta hospitalaria informes de medicamentos (en formato establecido) con el tratamiento actualizado (medicamento, dosis, vía de administración y frecuencia) y los cambios realizados con respecto a su tratamiento al ingreso hospitalario (nuevos medicamentos y suspensiones) indicando la causa del cambio.
- Dar información oral y escrita al paciente y/o familiar al alta hospitalaria. El médico y/o farmacéutico se han de asegurar la comprensión del nuevo tratamiento y de los cambios realizados en su tratamiento habitual.
- Comunicar el informe de medicamentos al alta hospitalaria al médico de atención primaria y demás profesionales implicados en el cuidado del paciente.

APLICABILIDAD

La conciliación de tratamiento ha de ser una actividad obligatoria siempre que el paciente cambie nivel asistencial. Por eso ha de aplicarse en:

- En todos los hospitales de Andalucía, centros de salud e incluso residencias socio-sanitarias.



En cuanto a las buenas prácticas aquí descritas están orientadas para aplicar a nivel hospitalario fundamentalmente en el ingreso y el alta de todos los pacientes especialmente los que ingresan en plantas quirúrgicas y los polimedicados.



BARRERAS POTENCIALES PARA LA IMPLANTACIÓN.

- Falta de organización para desarrollar políticas en materia de seguridad.
- Falta de implicación de los profesionales responsables del cuidado sanitario. No reconocimiento de la importancia de la conciliación de tratamiento como actividad que mejora la seguridad del paciente.
- Falta de recursos humanos para realizar esta actividad a todos los pacientes.
- Falta o incapacidad de comunicación con los pacientes. Imposibilidad de obtener la historia farmacoterapéutica del paciente.
- Infrautilización o carencias de tecnologías que proporcionen el historial farmacoterapéutico del paciente. No prescripción en DYRAYA.

RIESGOS DE CONSECUENCIAS NO DELIBERADAS.

La no realización de la conciliación de tratamiento conlleva las siguientes consecuencias:

- Errores de prescripción derivados del desconocimiento de la medicación ambulatoria. Interrupciones no aconsejables, modificaciones de dosis.
- Posibilidad de duplicidades terapéuticas ocasionadas por mala gestión de la medicación que el paciente trae consigo y que por falta de información continúa tomando.
- Empeoramiento de salud del paciente.
- Percepción de falta de asistencia por los pacientes y/o cuidadores. Reclamaciones, quejas e insatisfacción.
- Conflictos enfermería- farmacia por medicación no disponible.



OPORTUNIDADES PARA PACIENTES Y FAMILIAS

La conciliación de tratamiento conlleva el contacto personal entre el paciente y un profesional sanitario cuyo objetivo es conocer la totalidad de su tratamiento farmacológico por lo que debe ser aprovechado por ambos para:

- Actualizar todo el tratamiento médico.
- Recibir información oral y escrita de los medicamentos que toma. Debe aprender los nombres, indicaciones, posologías, consejos de administración, interacciones. Hay que eliminar el conocer los medicamentos por colores de pastillas.
- Conocer los posibles efectos secundarios ayuda a eliminar angustias innecesarias, mejora el cumplimiento y disminuye los abandonos de tratamiento.
- Conocer los modos de conservación de los medicamentos.
- Obtener un informe farmacoterapéutico detallado con el tratamiento actualizado. Es preciso que aprenda la importancia de disponer siempre de un listado con su tratamiento completo y que debe hacer conocer a los profesionales sanitarios que le atiendan.
- Conocimiento de estrategias que ayuden al cumplimiento del tratamiento. Aprender a organizar la medicación para que no se produzcan olvidos de tomas, ni duplicidades, etc.
- Conocer que son los medicamentos genéricos y lo que puede suponer un cambio de marca, y pos supuesto conocer que medicamentos no deben sustituirse nunca.
- Establecer vías de comunicación para disponer siempre de una referencia para obtener información de medicamentos. Por ejemplo, teléfonos, e-mail etc.

TOTAL PUNTUACIÓN PRÁCTICA: 114 PUNTOS



BIBLIOGRAFÍA.

- 1 Baker GR, Norton PG. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospitalized patients in Canada. Canadian Medical Association Journal, 2004, 170(11):1678–1686.
- 2 Reconcile medications at all transition points. IHI Patient Safety Medication Systems Changes. Cambridge, MA, Institute for Healthcare Improvement (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Changes/Reconcile+Medications+at+All+Transition+Points.htm>),.
- 3 Reconciling Medications Collaborative of the Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors and the Massachusetts Hospital Association. The Collaborative was funded by a cooperative agreement between the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) and the Massachusetts Department of Public Health (Grant #U18 HS11928).
- 4 Institute for Healthcare Improvement, Getting Started Kit: Prevent Adverse Drug Events (Medication Reconciliation) .<http://www.ihl.org>
- 5 Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors.(www.macoalition.org/initiatives.shtml)
- 6 Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital. National Institute for Health and Clinical Excellence. National patient Safety Agency. (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PSG001Guidance.pdf>)
- 7 Assuring Medication Accuracy at Transitions In care. Patient Safety Solutions. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. <http://www.ccpatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/PS-Solution6.pdf>