

Sumari

- Errors de medicació en les transicions assistencials.

Errors de medicació en les transicions assistencials □

Helena Genestal Vicente,¹ Jaume Barceló Vidal²

¹Farmacèutica del Servei de Farmàcia Hospital Universitari Vall d'Hebron. Institut Català de la Salut.

²Farmacèutic de l'Àrea de Suport al Medicament i Servei de Farmàcia. Gerència d'Atenció Primària i a la Comunitat Barcelona Litoral-Esquerra i Gerència d'Atenció Primària i a la Comunitat Barcelona Muntanya-Dreta. Institut Català de la Salut.

□ □ □

Cas clínic

Home de 44 anys, d'origen xinès, amb important barrera idiomàtica. No presenta al·lèrgies medicamentoses conegudes. Té antecedents d'hipertensió arterial i dislipèmia, així com un historial d'hematoma a nivell dels ganglis basals esquerres d'etiologia hipertensiva, amb complicacions. Tractament habitual segons la recepta electrònica: amlodipina 5 mg/24 h, doxazosina 4 mg/12 h, enalapril 5 mg/24 h, hidroclorotiazida 50 mg/24 h, valsartan 320 mg/24 h i levetiracetam 1.000 mg/12 h.

Acudeix a urgències derivat del seu centre d'atenció primària (CAP) per detecció d'hipopotassèmia de

2,77 mmol/L en l'anàlítica de control. Se li administra tractament amb potassi endovenós i oral i, després de descartar altres motius, s'orienta com hipopotassèmia secundària a diürètics. Es decideix suspendre tractament amb hidroclorotiazida a l'alta.

El pacient acut a visita de control al seu CAP, on el metge de família detecta que ha continuat el tractament amb hidroclorotiazida. En revisar la resta de medicació, també es troben algunes discrepàncies en la recepta electrònica en relació amb el tractament antihipertensiu. Segons la història clínica, s'hauria d'haver suspès la doxazosina i l'enalapril, i reduït la dosi de valsartan a 160 mg/24 h a causa de xifres de tensió arterial baixes. En coordinació conjunta amb el metge de família, la farmacèutica d'atenció primària (FAP) i la farmacèutica hospitalària, i l'especialista s'esclareixen les discrepàncies, s'actualitza el pla de medicació, la història clínica i s'informa el pacient de tots els canvis que s'han realitzat.

□ Introducció

Els errors de medicació (EM) representen una de les principals causes de lesions i danys evitables en els sistemes d'atenció sanitària a tot el món. Per aquest motiu, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va dedicar el seu tercer repte mundial a la seguretat del pacient al tema "Medicació sense danys", mitjançant el qual s'assenyalaven les **transicions assistencials** com una de les àrees d'actuació clau i punt crític on la manca de coordinació i la deficiència en la

transmissió d'informació poden provocar EM d'alt impacte.¹

Definim com a “transició assistencial” qualsevol moment en què el pacient es trasllada o retorna d'un centre de salut o de l'atenció d'un professional sanitari diferent. Aquestes transicions inclouen situacions com l'ingrés hospitalari, els trasllats entre unitats, l'alta hospitalària, el seguiment del pacient posterior a l'alta des de l'atenció primària, i les visites als serveis d'urgències.

Durant aquestes transicions de cures, el pacient pot patir modificacions en el seu pla de medicació, una situació que esdevé un punt de vulnerabilitat per als EM. Per comprendre l'impacte en el nostre entorn, diversos estudis mostren que fins a un 86,8% dels pacients poden presentar algun EM en el moment de l'ingrés hospitalari; un 63%, en rebre l'alta; un 79,3%, en el servei d'urgències, i un 65,5%, posteriorment, en el seguiment en atenció primària.³ Aquest risc augmenta proporcionalment a la complexitat del cas, especialment en pacients polimedicats o amb pluripatologia complexa.

El procés de **conciliació de la medicació** és una pràctica fonamental que sorgeix de la necessitat d'optimitzar el seguiment del pacient i garantir la continuïtat assistencial en totes les transicions.³ Es defineix com un procés formal per obtenir una llista completa i exacta de tots els medicaments que realment està prenent el pacient. Aquest procés inclou comparar aquesta llista amb els nous medicaments prescrits en cada transició assistencial per resoldre qualsevol discrepància, evitant duplicitats, omissions i possibles interaccions. És important assegurar que aquest procés es dugui a terme en cada transició al llarg de la continuïtat assistencial i garantir que hi hagi sempre disponible una llista completa, exacta i actualitzada de la medicació, incloent-hi medicaments sense recepta i plantes medicinals, accessible per al pacient, els seus familiars i tots els professionals que l'atenen.

A diferència del procés de revisió de la medicació, la conciliació no té com a objectiu jutjar l'adequació de la prescripció. Es tracta, fonamentalment, d'una mesura de seguretat basada en la transferència

d'informació de manera precisa i completa mitjançant un treball col·laboratiu entre els professionals sanitaris dels diferents nivells assistencials, el pacient i els seus cuidadors.

La conciliació de la medicació es presenta com una eina estandarditzada i interdisciplinària aplicable per qualsevol professional sanitari involucrat en l'atenció al pacient després d'una transició assistencial o d'una consulta que impliqui canvis en el tractament.

Aquesta eina consta fonamentalment de quatre etapes diferenciades:²

1. Obtenció i registre de la “**història completa de medicació**”

L'inici del procés de conciliació consisteix a obtenir un llistat complet i actualitzat de la medicació utilitzant les fonts d'informació disponibles, com ara la història clínica electrònica, els registres de prescripcions actives de medicaments, els informes d'alta hospitalària o d'urgències, i la bossa de medicació del pacient. En aquesta fase del procés s'inclou una entrevista amb el pacient i/o els cuidadors responsables de la medicació amb l'objectiu de completar i verificar la informació recollida. Aquesta entrevista és una bona oportunitat per avaluar la tolerància, el compliment i la comprensió del tractament prescrit.

2. Comparació de la història completa amb la prescripció electrònica disponible o informe de l'última transició assistencial, i detecció de possibles **discrepàncies**

En el procés de revisió es poden detectar discrepàncies entre les diferents fonts de consulta (per exemple, entre la recepta electrònica i l'informe d'alta hospitalària), així com entre la informació registrada en aquestes fonts i el que el pacient afirma que està prenent. En aquest sentit, podem trobar diversos tipus de discrepàncies:

- a. Discrepàncies justificades i documentades que NO requereixen aclariment.

Tots aquells canvis de medicació que estan correctament registrats i justificats per la situació clínica del pacient.

- b. Discrepàncies justificades NO documentades, que SÍ que requereixen aclariment.

Tots aquells canvis de medicació que estan justificats per la situació clínica del pacient, però que no han estat documentats ni explicats en el corresponent informe. En aquest cas, aquestes discrepàncies no es consideren errors de conciliació, però sí que suposen una situació de risc important, per la qual cosa és necessari cercar aclariment i registrar la resposta per tal d'evitar errors futurs.

- c. Discrepàncies NO justificades, que SÍ que requereixen aclariment.

Tots aquells canvis de medicació no intencionats i sense justificació clínica que els doni suport. Poden incloure: omissió d'un medicament necessari; diferent dosi, via o freqüència; duplicitat; prescripció incompleta; prescripció d'un medicament nou erroni per confusió; ...

3. Resolució de les discrepàncies mitjançant un procés comunicatiu i creació d'un **llistat de medicació conciliada**

Per obtenir aclariments sobre les discrepàncies i resoldre-les, serà necessari contactar amb el prescriptor original i ajustar adequadament la informació. El pacient i/o els cuidadors també són fonts d'informació molt importants per determinar la causa d'aquestes discrepàncies i contribuir a la seva resolució. Un cop finalitzat el procés, caldrà fer un registre de la medicació conciliada disponible per als professionals sanitaris de qualsevol àmbit que hagin d'atendre el pacient.

4. Comunicació i educació al pacient i/o els cuidadors

Per facilitar la transmissió i retenció de la informació, és important proporcionar al pacient una llista actualitzada de medicació conciliada, amb l'especificació dels medicaments que ha de prendre i que inclogui per a cada un: nom (principi actiu, nom comercial), dosi, freqüència, via d'administració, indicació i durada del tractament. Aquesta llista ha d'anar acompanyada d'una explicació detallada i estructurada dels canvis efectuats, així com de consells per facilitar el compliment d'aquest

tractament. Durant aquest procés, pot ser útil verificar que el pacient i/o els cuidadors coneixen aquesta informació i reforçar-la si cal:

- Si hi ha hagut algun canvi de medicació o nova prescripció.
- Quins medicaments ha de continuar prenent i quins ha de deixar de prendre.
- Com ha de prendre els medicaments i durant quant de temps ha de fer-ho.
- Quins esdeveniments adversos ha de vigilar i en quins casos ha de buscar atenció mèdica.
- Consultes o proves analítiques que siguin necessàries per al seguiment.

En aquesta línia de proporcionar eines al pacient pel que fa al control de la seva pròpia medicació, l'OMS va crear l'eina "5 moments clau per a la utilització segura dels medicaments",³ en què es plantegen una sèrie de preguntes que permeten als pacients centrar-se en els punts clau del procés de medicació i, així, reduir els riscos associats.

■ Identificació de causes

Els EM en les transicions assistencials poden ser causats per múltiples factors. Principalment, trobem la **difficultat de comunicació** efectiva entre els diferents nivells assistencials que poden proporcionar atenció sanitària a un mateix pacient. Un aspecte característic del sistema sanitari que contribueix a aquesta situació és la **fragmentació dels espais assistencials** i la **superespecialització**, processos que dificulten la valoració contínua i global del pacient. Aquest problema de coordinació dificulta l'aplicació d'un procés de conciliació de la medicació adequat, així com una valoració precisa de les necessitats i capacitats del pacient, la qual cosa en minva la participació en el procés i la implicació en l'autocura.⁴ En una enquesta, realitzada al Regne Unit, un 33% dels pacients va declarar no haver rebut instruccions clares a l'alta i un 38% no comprenia els efectes adversos dels medicaments.⁵

En aquest mateix sentit, també existeixen **problemes en la transmissió de la informació** mitjançant les diverses aplicacions i registres de la història clínica electrònica, utilitzats com a eina de comunicació indirecta entre les àrees assistencials. Un estudi va mostrar discrepàncies en el 76% dels casos entre els medicaments registrats pels metges i els medicaments informats pels pacients. A més, una comparativa entre les llistes de medicaments dels registres mèdics electrònics i els històrics de medicaments de la farmàcia va revelar una mitjana de 6 discrepàncies per pacient, i un 41% dels pacients tenien medicaments inactius registrats al seu perfil.⁶

Actualment, el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos ha inclòs els errors de conciliació de la medicació entre els 10 EM més freqüents que van provocar esdeveniments adversos als pacients durant els anys 2020 i 2021.^{7, 8}

▣Propostes d'accions correctores

Per tal de reduir els errors derivats d'un procés inadequat de conciliació de la medicació durant les transicions assistencials, existeixen un seguit de propostes que aborden diferents àrees d'actuació, des de les més centrades en el pacient com a actor principal i últim responsable de la seva medicació fins a canvis a nivell organitzatiu i de sistema.² Entre les diferents pràctiques recomanades, trobem:

Sistèmiques

- **Història clínica electrònica única** que reculli tota la medicació del pacient, incloent-hi les modificacions realitzades a qualsevol nivell assistencial.
- **Mòdul de prescripció únic i procediment formal de conciliació** aplicat en totes les transicions assistencials.
- Implementació del **procés de conciliació en tots els entorns assistencials** on es puguin realitzar canvis en el règim de medicació: hospitals, centres sociosanitaris, residències, centres d'atenció primària, serveis d'urgències...

Centrades en el professional

- Assumir la **responsabilitat de mantenir la informació actualitzada i justificada** en tots els informes clínics, posant especial èmfasi en els casos de modificacions en el pla de medicació.
- Manteniment de **canals de comunicació efectius** entre professionals de diferents nivells assistencials.
- **Assignació de funcions i responsabilitats** ben definides, tenint en compte que la conciliació és un procés multidisciplinari de responsabilitat compartida. Garantir una gestió col·laborativa de la medicació.
- **Formació continuada** dels professionals per garantir un correcte procés de conciliació de la medicació.

Centrades en el pacient

- **Involucrar els pacients i cuidadors en el procés de la conciliació** assegurant que disposin de tota la informació necessària i una comprensió adequada de la situació en tot moment.
- **Prioritzar els casos de pacients que més es poden beneficiar** del procés de conciliació. Considerant la complexitat del procés i la possible manca de recursos necessaris, tant en personal com en temps, és necessari realitzar inicialment una estratificació dels pacients segons el nivell de risc al qual poden estar exposats en cas d'error. Es prioritzaran les altes hospitalàries i les altes d'urgències, amb especial atenció als pacients que presentin múltiples patologies, polimedicats o en tractament amb medicaments d'alt risc.

Són necessàries actuacions des de totes les perspectives. Cal, però, tenir en compte que els canvis sistèmics requereixen més temps i recursos, i són iniciatives complexes d'aplicar. Com a eina per millorar la pràctica clínica diària, hem de considerar les actuacions d'organització interna i les dirigides al

pacient com a claus per garantir un ús segur i eficient dels medicaments.

■Anàlisi del cas

En el cas descrit, trobem diferents fonts d’EM que han exposat el pacient a un risc significatiu d’aparició de reaccions adverses. Tots ells estan relacionats amb un procés de comunicació inefectiva, tant amb el propi pacient, a causa de la dificultat intrínseca de la barrera idiomàtica, com entre diferents nivells assistencials, i falla la tasca d’introduir i justificar els canvis en la història clínica electrònica o en la recepta electrònica. En general, podem dir que es detecten diverses causes relacionades amb les transicions assistencials i la conciliació de la medicació. Aquestes poden ser analitzades i abordades mitjançant diferents accions correctores en les tres dimensions: sistèmiques, centrades en el professional i centrades en el pacient (taula).

■Conclusions

Per aconseguir una conciliació eficaç de la medicació, és essencial adaptar el missatge al pacient, tenint en compte les seves característiques individuals i capacitats d’entendre la informació. Una comunicació clara i personalitzada millora el compliment del tractament i la implicació del pacient en la presa de decisions sobre la seva salut. A més, és important crear estratègies de comunicació que tinguin en compte barreres lingüístiques, culturals i emocionals. Els professionals de la salut han de fomentar una comunicació empàtica i activa que millori la confiança i la col·laboració.

L’optimització i la identificació de tots els punts crítics en les transicions assistencials, especialment en relació amb la conciliació de la medicació, així com la garantia d’un contínuum assistencial adequat, són fonamentals per reduir els EM. Aquests punts de transició, com els canvis entre l’hospitalització i l’atenció primària o entre diferents nivells d’atenció especialitzada, són moments clau

Taula: Anàlisi dels errors de medicació en el cas del trànsit assistencial

Error de medicació	Fàrmac implicat	Identificació de la causa	Proposta acció correctora	Dimensió proposta acció correctora
Discontinuuació tractament	Hidroclorotiazida, enalapril, doxazosina	No actualització recepta electrònica	Actualització dels canvis al pla de medicació	Professionals
		No registre del canvi al curs clínic compartit	Història clínica única	Sistemàtica
			Procediment formal de conciliació	
			Registre de la informació a la història clínica compartida del pacient	Professionals
		Comunicació al pacient	Comunicació amb el pacient i assegurar-se de la correcta comprensió dels canvis de tractament	Professionals
				Pacients
Reducció dosi	Valsartan	No actualització recepta electrònica	Actualització dels canvis al pla de medicació	Professionals
		No registre del canvi al curs clínic compartit	Història clínica única	Sistemàtica
			Procediment formal de conciliació	
			Registre de la informació a la història clínica compartida del pacient	Professionals

en què poden sorgir desconnexions o inconsistències en el tractament. Per tant, assegurar una correcta coordinació en aquestes etapes és essencial per garantir que la medicació sigui adequada, segura i coherent. En conseqüència, la comunicació eficaç, juntament amb l'optimització dels processos assistencials, és clau per reduir els EM i millorar la seguretat i els resultats en salut.

Bibliografia

1. Organización Mundial de la Salud. Medication Safety in Transitions of Care. Ginebra: WHO; 2019.
2. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones sobre conciliación de la medicación en atención primaria en pacientes crónicos. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.
3. Barau M, Borràs E, Bossacoma F, Bosser R, Cereza G, Fernández C, Jambrina AM, Leston M, Rams N, Rocher A i Zamora J. Notificació d'errors de medicació relacionats amb una prescripció incorrecta de diclofenac tòpic. Butll Previsió Errors Medicació Catalunya. 2024;22(3):1-5. Disponible a: <https://hdl.handle.net/11351/12080>
4. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. CMAJ. 2005;173(5):510-5.
5. Ahmad N, Ellins J, Krelle H, Lawrie M. Person-centered care. From ideas to Action. London: Health Foundation; 2015.
6. Primary Care MedRec Guide. An Overview of Medication Reconciliation. Ontario: ISMP Canadà; 2012. Disponible a: <https://www.ismp-canada.org/primarycaremedrecguide/overviewMedRec.htm>
7. ISMP-Espanya. Errores de medicación de mayor riesgo para los pacientes notificados en 2021. Boletín 51; 2022.
8. ISMP-Espanya. Los 10 errores de medicación de mayor riesgo detectados en 2020 y cómo evitarlos. Boletín 50; 2021.

Crèdits

© 2024. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Directora: Clara Pareja Rossell

Comité editorial: Mercè Barau, Eva Borràs, Ferran Bossacoma, Roser Bosser, Glòria Cereza, Cecília Fernández, Anna M. Jambrina, Marta Leston, Neus Rams, Andrea Rocher i Juanjo Zamora

Conflicte d'interès: Els membres del comitè editorial declaren que no hi ha cap conflicte d'interès relacionat amb els continguts d'aquesta publicació.

Subscripcions i baixes: si voleu rebre aquest butlletí caldrà que ens feu arribar una petició per correu electrònic a l'adreça electrònica errorsmedicacio@gencat.cat indicant el vostre nom i l'adreça de correu electrònic on voleu rebre el butlletí.

ISSN 2462-5442.

<http://medicaments.gencat.cat>