Butlletí de prevenció

d'errors de medicació

de Catalunya

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

www.errorsmedicacio.org

Butlletí de prevenció dels
errors de medicació
de Catalunya

- **CONCILIACIÓ DE LA MEDICACIÓ: UNA EINA PER A REDUIR ELS ERRORS DE MEDICACIÓ**

CONCILIACIÓ DE LA MEDICACIÓ: UNA EINA PER A REDUIR ELS ERRORS DE MEDICACIÓ

Cristina Roure Coordinadora del Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya (CedimCat)

Magnitud del problema dels errors de conciliació de la medicació

Les deficiències en la comunicació de la informació són responsables de fins el 50% dels errors de medicació i de fins el 20% dels esdeveniments adversos de medicació als hospitals. Més del 50% de las històries farmacològiques dels pacients contenen algun error que pot derivar en un esdeveniment advers pel pacient si no hi ha algun mecanisme de control capaç d'interceptar-lo i de corregir-lo (1).

En un estudi recent, un 53,6% dels pacients ingressats a una Unitat de Medicina Interna tenien una o més discrepàncies no justificades entre la medicació crònica que el pacient prenia i la que se'ls prescrivia a l'hospital, dels quals 38,6% podrien haver conduït al pacient a patir una lesió moderada o severa (2). Aquestes dades coincideixen amb les de Gleason (3), que va trobar un 54% de malalts amb una o més discrepàncies entre la medicació prescrita i la habitual del malalt a l'ingrés, 22% de les quals podrien haver produït lesió (de categoria E i F

del National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention NCCMERP) si no s'hagués intervingut. Un altre estudi, realitzat en població geriàtrica polimedicada, dóna un 65% de de discrepàncies (4).

Un àrea amb un risc augmentat d'errors de conciliació són els Serveis de Medicina Intensiva on l'enfoc centrat en el problema agut del malalt i les freqüents actualitzacions del tractament poden contribuir a omissions inadvertides de la medicació crònica no relacionada amb el motiu d'ingrés. Una revisió retrospectiva de les històries clíniques a tres hospitals canadencs, va trobar que una tercera part dels malalts admesos a UCI, patien omissions de les seves medicacions cròniques a l'alta. (5).

La base de dades d'Esdeveniments Sentinella de la Joint Commission on Acreditation of Health-Care Organizations (JCAHO) va enregistrar entre 1995 i 2005, 350 errors de medicació fatals o molt greus, dels quals un 63% estan relacionats amb defectes en la comunicació i la meitat haurien pogut ser evitats (6).

Al setembre de 2004 la United States Pharmacopeia (USP) va afegir tres noves causes d'errors de medicació al seu programa de notificació d'errors MEDMARX® per tal de capturar els errors de conciliació. Des de llavors fins al juliol de 2005, la USP va rebre 2.022 comunicacions voluntàries d'errors de conciliació de la medicació (7). També l'Institute for Safe Medication Practice (ISMP) alerta sobre aquest tipus d'errors i les seves causes i possibles solucions (8).

A la tabla 1 es detallen alguns dels errors de medicació produïts per defectes en la comunicació de la informació relacionada amb la medicació crònica del pacient.

Els errors de conciliació típicament ocorren en els punts de transició entre els diferents nivells d'atenció sanitària on es realitza una actualització del tractament farmacològic del pacient (9). Un 66% dels errors de conciliació comunicats a l' USP van passar durant els trasllats, un 22% a l'ingrés, i un 12% a l'alta, el que dóna idea de la vulnerabilitat del sistema en aquests punts de transició (7). Tot i que el nombre d'errors a l'alta és menor que a l'ingrés o als trasllats, només un 28% d'aquests són interceptats en comparació amb el 50% dels que es produeixen en altres punts del procés assistencial.

El problema radica en que no hi ha un responsable clar del procés. En alguns casos la recollida de la medicació del malalt la fa la infermera que rep el malalt a urgències o bé la infermera de la unitat d'hospitalització, amb freqüència la recollida es duplica o fins i tot es triplica perquè també la fa el metge d'urgències o el metge responsable, però no hi ha un professional específicament assignat a completar el procés. Tampoc no hi ha un procediment estandarditzat que garanteixi que la informació recollida es completa i acurada ni que estableixi un termini per realitzar-la. Sovint

el tipus d'informació que es registra és diferent segons qui la reculli. Un altre factor que dificulta el procés es que el pacient no ha rebut instruccions clares sobre quina és la informació que ha de portar o bé no està en condicions de proporcionar-la. En resum, ens trobem amb un problema de manca d'estandardització, d'assignació de responsabilitats I de documentació adequada.

Estratègies per a reduir el risc d'errors de conciliació

Els programes de conciliació de la medicació han demostrat ser una eina poderosa per reduir aquests tipus d'errors. La conciliació de la medicació, traducció del terme anglès "medication reconciliation", no és més que un procés formal i protocol·litzat de comparació i resolució de les possibles discrepàncies entre la medicació que el malalt prenia abans del ingrés, i la que se li prescriu a la organització. Es tracta d'un concepte molt simple, però a l'hora difícil de garantir als sistemas sanitaris.

El Grup del Luther Midelfort Health Systems va aconseguir en set mesos, mitjançant la implantació d'un procés de conciliació, una reducció del 70% d'errors de medicació i d'un 15% dels esdeveniments adversos relacionats (10). Un programa basat en l'obtenció de la historia de medicació dels pacients de cirurgia electiva per part de tècnics de Farmàcia, va suposar una reducció del 80% d'esdeveniments adversos potencials de medicació (11). La conciliació de la medicació dels malalts d'un centre sociosanitari, al moment del reingrés al centre després d'una hospitalització, va reduir el nombre d'esdeveniments adversos de medicació del 14,5% al 2,3% (12).

Al juliol de 2004 la Joint Commission Administration of Health-Care Organizations (JCAHO) va anunciar la incorporació als "2005 National Patient Safety Goals", de l'objectiu específic d'establir un sistema de conciliació de la medicació dels pacients al llarg de tot el procés d'atenció al malalt. Durant l'any 2005 les organitzacions acreditades havien de desenvolupar i provar els processos de conciliació per estar en condicions d'implantar-los a partir de gener de 2006 (13).

Concretament, el (NPSG) número 8 exigia el següent:

8A. Implantar un procés per obtenir i documentar, amb la participació del pacient, una llista completa i acurada de la medicació que està prenent en el moment en que ingressa a l'organització. El procés inclou una comparació amb els medicaments de la llista amb els que se li estan donant a l'organització.

8B. Comunicar al següent proveïdor de salut responsable del pacient, una llista completa i actualitzada de la medicació en el moment en que aquest es traslladi o marxi d'alta. A partir de gener de 2007 la JCAHO va afegir la obligació entregar una còpia d'aquesta llista també al pacient."

La JCAHO emfatitza el fet de que la conciliació de la medicació s'ha de fer al llarg de tot el sistema sanitari i per tant no afecta només als hospitals, sinó també a l'atenció ambulatòria, urgències, centres de llarga estada o de convalescència i fins i tot a l'atenció domiciliaria.

La campanya canadenca "Safer Healthcare Now" i la americana "100K Lifes Campaign" del Institute for Healthcare Improvement (IHI) es refereixen també a la necessitat de desenvolupar un procés de conciliació de la medicació crònica dels pacients i la que se'ls prescriu durant l'ingrés a l'hospital. Al portal web de l'IHI (www.ihi.org) poden trobar-se exemples de formularis de conciliació, indicadors de processos i experiències d'èxit desenvolupades.

La Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors (www.macoalition.org) es una associació pionera en el desenvolupament de la conciliació de la medicació als Estats Units des de l'any 2002. Esta formada per hospitals, associacions de consumidors, de professionals i agències estatals. La seva missió és la millora de la seguretat dels pacients i la reducció dels error mèdics. A partir de l'experiència de 50 hospitals de Massachusets, han elaborat una sèrie de recomanacions per a la implementació de programes de conciliació de la medicació que inclouen pràctiques segures, instruments i eines per a facilitar la implantació.

Procés de conciliació de la medicació

La conciliació de la medicació consisteix bàsicament en les següents etapes (figura 1) (14):

Etapa 1: Obtenir i documentar amb la participació del pacient una llista completa i acurada de la medicació que prenia abans del ingrés. La llista ha d'incloure tots els medicaments sense oblidar l'automedicació amb especialitats farmacèutiques publicitàries (EFP), vitamines, suplements dietètics o plantes medicinals. És important recollir les hores d'administració i l'hora prevista per la dosi següent de cada medicament. Aquesta etapa és molt laboriosa ja que sovint els malalts no tenen una llista única amb tota la medicació que prenen i és freqüent que la llista inicial no sigui completa i requereixi consultar altres fonts com familiars, metges de capçalera, informació de l'atenció primària, farmàcies, etc. En qualsevol cas, la millor llista possible obtinguda, s'ha de col·locar en un lloc visible de la història clínica per que sigui utilitzada cada vegada que es faci una nova prescripció.

Etapa 2: Comparar la llista amb les ordres mèdiques del pacient a la organització. Aquest procés s'ha de repetir en cada trasllat ja sigui intern dins la mateixa organització o extern en el moment de l'alta i en qualsevol transició assistencial que impliqui una actualització de les

ordres de medicació com seria per exemple després d'una intervenció quirúrgica.
A l'ingrés, la conciliació implica només la comparació de les prescripcions del malalt amb la llista de medicació habitual. No obstant, a l'alta el procés es complica perquè implica una doble comparació. Les ordres previstes per l'alta s'han de comparar amb la llista de medicació habitual obtinguda a l'ingrés, però també amb la llista d'ordres actives del malalt al centre en el moment de l'alta i també és posible que existeixin noves ordres pendents de ser iniciades.

Etapa 3. Conciliar ambdues llistes: La conciliació consisteix en resoldre amb el prescriptor les discrepàncies trobades a la segona etapa. No es tracta només de trobar i comunicar discrepàncies i no intencionades per part del prescriptor que han passat inadvertides. Sovint és necessari trobar alternatives terapèutiques a la medicació habitual que s'adaptin a la nova situació (per exemple alternatives a la via oral en malalts amb dieta absoluta).
Una altre funció de la conciliació és assegurar que les discrepàncies que estan justificades per l'estat clínic del malalt en el moment present, quedin ben documentades a la història clínica ja que en cas contrari poden induir a errors en el futur.

Etapa 4: Comunicar la llista conciliada de medicació al següent proveïdor de salut i al pacient. Les llistes han de ser diferents donat que tenen funcions diferents.
El procés pot simplificar-se molt si es disposa de historia clínica informatitzada ja que a partir d'una única informació introduïda a l'ingrés (llista de medicació habitual) es poden obtenir diferents formularis que faran més fàcil la resta d'etapes.

Implantació de programes de conciliació de la medicació

Contràriament al que podria semblar, la implementació d'un programa de conciliació no és senzilla. Es tracta d'un gran esforç multidisciplinari que implica molta planificació i atenció als detalls. De fet, la Massachussets Coalition for the Prevention of Medical Errors va trigar dos anys a implementar el procés i encara ara continua treballant per millorar i afrontar la seva complexitat. La JCAHO, conscient d'aquesta dificultat, va donar un termini d'un any a les organitzacions des de la publicació del National Patient Safety Goal número 8 relacionat amb la conciliació de la medicació per exigir el seu compliment.
El procés de conciliació implica un canvi profund de cultura organitzativa, emmarcat en un enfocament centrat en el pacient i no en el professional, el departament o l'organització sanitària. Aquesta nova cultura organitzativa no només afecta la farmacoteràpia sinó tota l'atenció sanitària. És tracta per tant de garantir

la continuïtat de l'atenció al pacient al llarg de tot el sistema sanitari. L'any 2005, la American Society of Health-Care System Pharmacists va obrir una nova línia de treball amb un grup d'experts dedicat a estudiar i redissenyar el sistema d'ús de la medicació amb l'objectiu d'avançar cap al concepte de "Continuity of Care in medication management", basat en el concepte desenvolupat al Canada anomenat "seamless-care" o atenció sanitària "sense costures"(15).

Donada la complexitat del procés de conciliació i la limitació dels recursos disponibles, resulta útil prioritzar àrees d'actuació mitjançant la definició de grups de risc: pacients ancians, amb elevada comorbiditat, polimedicats, o bé, tractats amb fàrmacs de risc. Un altre grup diana és el grup de malalts quirúrgics, especialment els malalts ancians polimedicats que sovint es sotmeten a procediments quirúrgics complexes que impliquen llargues estades a l'hospital o centres de convalescència.

Es innegable que la conciliació de la medicació implica una inversió important de temps. L'entrevista amb el malalt pot arribar a ocupar en alguns casos fins a de 20-30 minuts, i la resolució de les discrepàncies també pot resultar laboriosa. Tanmateix, l'experiència demostra que l'eliminació de tasques repetides redunda al final en un estalvi global del temps que en general es dedica al procés.

A la tabla 2 es recullen les recomanacions més importants elaborades a partir de l'experiència d' organismes com la Joint Commission on Acreditation of Healthcare organizations (16), l'Institut for Healthcare Improvement o la Massachusetts Coalition per a la posta en marxa de programes de conciliació de la medicació.

Grau d'implantació dels programes de conciliació als Estats Units

Segons l'enquesta "2006 National Survey of Pharmacy Practice in Hospitals" de la Societat Americana de farmacèutics dels sistema sanitari, un any i mig després de l'entrada en vigor del NPSG 8 sobre conciliació de la medicació, un 71% dels hospitals compleixen amb l'estàndard de la JCAHO. L'any 2005 aquesta xifra només arribava al 45% (17). L'esforç realitzat es per tant important, però el grau de coneixement i d'implicació dels diferents professionals sanitaris en la conciliació es desigual, tal com mostra una enquesta realitzada per l' Institute for Safe Medication Practice (ISMP) a 1.258 professionals sanitaris (18). Aquesta enquesta, contestada per un 73% d'infermeres, un 25% de farmacèutics i un 1% de metges, mostra que el col·lectiu més implicat en el procés és el d'infermeria. Efectivament, tot i que el 93% dels enquestats coneixen el NPSG sobre conciliació de la medicació i que el 77% ha rebut formació específica, el 83% de les infermeres enquestades entenen el seu paper en el procés de conciliació, comparat amb el 53% dels farmacèutics. D'altre banda, el compliment dels processos tampoc no és encara òptim

especialment en els trasllats i a l'alta on el compliment és menor que a l'ingrés. En tot cas això és lògic si tenim en compte que més del 50% dels enquestats afirma portar menys de sis mesos treballant en la conciliació, i només el 15% porta més d'un any. Per tant ens trobem amb una situació d'implantació incipient que molt probablement es veurà ràpidament modificada a curt termini.

També a casa nostra, s'està començant a treballar en el tema de la conciliació de la medicació. Dades no publicades del Grup de treball d'estudi de la medicació habitual del malalt quirúrgic de la Societat Catalana de Farmàcia Clínica, mostren que hi ha molt per fer ja que més del 75%dels malalts presenten errors de conciliació o de maneig de la seva medicació crònica en el període peroperatori. Darrerament han sorgit múltiples iniciatives relacionades amb el tema i alguns hospitals estan ja posant en marxa programes de conciliació a diferents serveis com Urgències o cirurgia. També en el marc de l'Aliança per la seguretat del malalt s'estan desenvolupant projectes de conciliació de la medicació.

Conclusió

Els programes de conciliació de la medicació han demostrat ser una eina útil per a reduir els errors de medicació. A més a més de contribuir a millorar la seguretat del pacient, també faciliten la feina dels professionals i aporten fluïdesa, coherència i eficiència al sistema, reduint feines redundants.

Hem de ser capaços de transformar un procés d'ús de la medicació fragmentat i centrat en els professionals o els departaments, en un procés d'atenció centrat en el pacient i "sense costures" (seamless care). Però aquesta transformació no és fàcil ni ràpida, i requereix un esforç col·lectiu important per part de tots els professionals implicats i també del pacient.

Tabla 1. Exemples d'errors de conciliació de la medicació

- Discontinuïtat d'una MH necessària a l'ingrés al hospital
- Continuïtat d'una MH contraindicada a l'ingrés al hospital
- Duplicitat terapèutica entre una MH no suspesa i una nova medicació equivalent iniciada a l'hospital
- No modificació necessària de la dosi/freqüència i/o via d'administració de la MH
- Modificació no justificada de la dosi/freqüència i/o via d'administració de la MH
- Omissió o duplicació de dosis com a conseqüència de l'adaptació a l'administració de medicaments a l'hospital.
- Continuïtat d'una medicació innecessària al alta de l'hospital
- Discontinuïtat d'una medicació necessària al alta de l'hospital
- Manca de prescripció concreta de la MH que ha de començar el malalt al alta.

MH**: Medicació habitual**

Tabla 2. Recomanacions de la JCAHO, l'Institute for Healthcare Improvement i de la Masachussets Coalition for the Prevention of Medical Errors, per la implantació de programes de conciliació de la medicació.

- Establir un procés de conciliació a tots els punts de transició de nivell assistencial (ingrés, trasllats i alta) en que s'actualitzin les ordres mèdiques.
- Implicar en el procés a tots els professionals relacionats: metges, infermeres i farmacèutics.
- Utilitzar formularis predissenyats i estandarditzats per fer la recollida de la medicació habitual i documentar el procés de conciliació.
- Incloure a la llista de medicació habitual no només els medicaments amb recepta, sinó també les EFP, vitamines, plantes medicinals, suplements dietètics, etc. Validar la llista de medicació habitual amb el pacient (sempre que es pugui) o amb la persona que l'acompanya.
- Assignar responsabilitats per la recollida de la llista i també per la conciliació del les eventuals discrepàncies de les ordres mèdiques d'ingrés amb la llista de medicació habitual, a algú amb experiència i coneixements adequats.
- Desar la llista de conciliació de la medicació en un lloc determinat i visible de l'historia clínica (fàcilment accessible per als prescriptors) incloent-hi dosi, horari d'administració, immunitzacions, al·lèrgies o intoleràncies a medicaments a la llista. Utilitzar la llista de medicació habitual a l'hora de prescriure noves ordres.
- Establir terminis específics de temps (primeres 24h d l'ingrés) per fer la conciliació, amb terminis més curts per medicacions de risc.
- Evitar les anomenades "blanket orders " com "reinici de la medicació habitual al postoperatori" que s'ha demostrat que es relacionen amb un risc elevat d' esdeveniments adversos de medicació i que estan explícitament prohibides per la JCAHO en els seus *Medication Management standards* (MM.3.20).
- A l'alta, proporcionar al pacient la llista completa i conciliada de medicació així com instruccions sobre com i durant quan de temps ha de seguir prenent les noves medicacions prescrites. Aconsellar al pacient que porti sempre la llista amb ell, i que l'ensenyi a qualsevol professional sanitari que l'atengui en el futur.
- Desenvolupar polítiques clares i procediments estandarditzats per cadascuna de les etapes del procés.
- Garantir l'accessibilitat a la informació sobre medicaments i a la consulta amb el farmacèutic en cada etapa del procés de conciliació
- Proporcionar orientació i formació continuada sobre els procediments de conciliació a tots els professionals sanitaris.
- Monitoritzar el procés i comunicar-ne els resultats als professionals implicats.

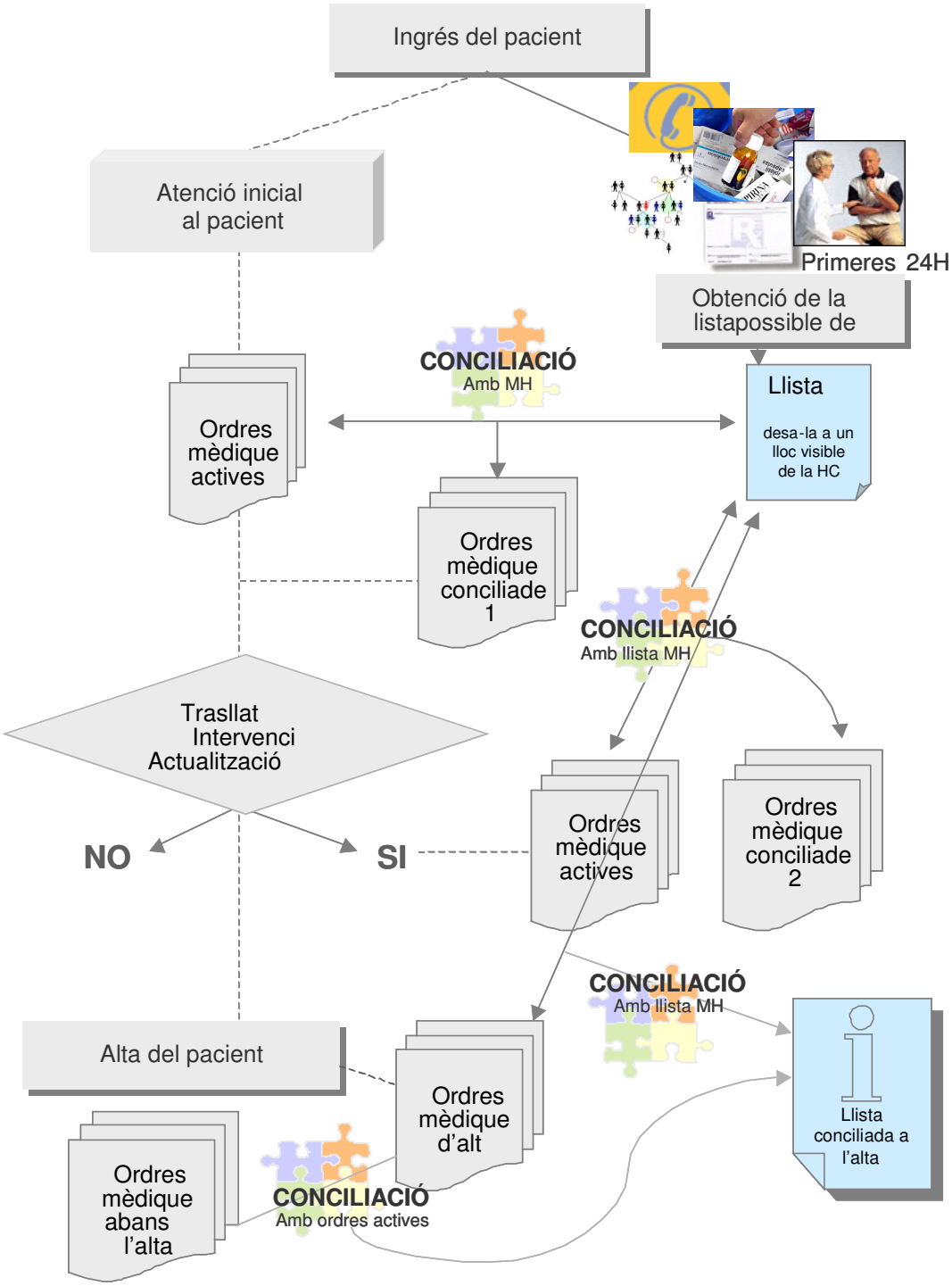

Figura 1. Procés de conciliació

Bibliografia

1. 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; 173:510-5.

2. Cornish P, Knowles S, Marchesano R. Et al. Unintended Medication Discrepancies at the time of Hospital Admission. Arch Intern Med 2005; 165:424-9.

3. Gleason KM Groszek JM, Sullivan C et al. Reconciliation od discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. Am J Health-Syst Pharm 2004;61:1689-95

4. Lessard S, Dyoung J, Vazzana N. Mediction discrepancies affecting senior patients at hosiptal admission. Am J Health-Sust Pharm 2006; 63:740-3.)

5. Bell CM, Rahimi-Darabad P, Orner A. Discontinuity of chronic medications in patients discharged from the intensive care unit. J Gen Intern Med 2006; 21:937-41.

6. Joint Comisión on Acreditation of Health Care Organizations Sentinel Event Alert Issue 38, January 25 2006: Using medication reconciliation to prevent errors. http://www.jointcommission.org. Visitada juliol 2007.

7. USP Patient Safety CAPSLink™, October 2005, United States Pharmacopeia, http:// www.usp.org/patientSafety/newsletters/capsLink/). Visitada juliol 2007.

8. ISMP Medication Safety Alert, April 21, 2005, http://www.ismp.org/MSAarticles/20050421.htm. Visitada juliol 2007.

9. Rozich J.D, Resar RK. Medication safety: one organization's aproach to the challenge. J Clin Outcomes Manage 2001; 8:27-34.

10. Rozich JD. Standardization as a Mechanism to Improve Safety in Health Care. Joint Commission Journal on Quality and Safety 2004; 30(1)1: 5-14.

11. R.D. Michels, S. Meisel, "Program using pharmacy technicians to obtain medication histories," American Journal of Health-System Pharmacists, Vol. 60, Oct. 1, 2003, pages 1982-1986.

12. Pronovost P, et. al.: Medication reconciliation: A practical tool to reduce the risk of medication errors. J Crit Care 2003; 18:201–205.

13. Joint Commission on Acreditation of Health-Care Organizations. National Patient Safety Goals for 2007.http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals visitada juliol de 2007)

14. Anatomy of the Process A look at Medication reconciliation. Medication Reconciliation Handbook 1st edition Joint Commission Resources, july 2006.

15. ASHP Continuity of Care Task Force. Contunuity of care in medication management. Review of issued and considerations for pharmacy. Am J Health-Syst Pharm 2005; 62:1714-20.

16. Rogers G et al. Reconciling Medications at Admission:Safe Practice Recommendations and Implementation Strategies. Joint Commission Journal of Quality and Patient Safety 2006; 32:37-50.

17. Pedersen, Craig A.; Schneider, Philip J.; Scheckelhoff, Douglas J. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Monitoring and patient education—2006. Am J Health-Syst Pharm. 2007;64(5):507-520.

18. ISMP Medication Safety Alert!, July 13, 2006

Director: Rafael Manzanera i López

Comitè editorial
Maite Alay, Tomàs Casasín, Carme Capdevila, , María José Gaspar, Carmen Lacasa, Neus Rams,

ISSN en tràmit