

Editorial

Sobre els processos de conciliació terapèutica

Experiències de les entitats proveïdores

Conciliació de la medicació a l'ingrés hospitalari a través del servei d'urgències

Efecte de la transició entre nivells assistencials sobre la prescripció en l'atenció primària

Notícies

Història Clínica Compartida a Catalunya

Informació sobre la grip del nou virus A (H1N1)

Alertes seguretat

Actualització farmacoterapèutica

Observatori de consum de medicaments

IV Jornada de debat sobre eficàcia i seguretat en la utilització actual de medicaments



2009

Editorial

Sobre els processos de conciliació terapèutica

La major part dels errors de medicació ocorren en els punts de transició assistencial, com l'ingrés hospitalari, els trasllats i l'alta, a causa, en part, dels múltiples canvis que es produeixen en el tractament farmacològic i a una comunicació deficient entre els professionals i, també, amb els pacients. Alguns estudis mostren que entre el 54% i el 67% dels pacients tenen, almenys, una discrepància no justificada entre la medicació anotada a la història clínica i la que realment prenen al seu domicili (1-3), i el que és més preocupant, entre el 27%-59% dels errors suposen un risc potencial de lesió per al pacient (4-6).

L'origen d'aquests fets està en una manca d'estandardització, d'assignació de responsabilitats i de documentació adequada del procés de recollida de la informació sobre la medicació del pacient prèvia a l'ingrés, de l'avaluació d'aquesta informació i de la posterior prescripció de medicació durant el procés assistencial.

L'elevada prevalença d'errors de medicació relacionats amb aquests defectes de comunicació va portar la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) l'any 2005 a incloure un nou estàndard de qualitat relacionat amb aquest problema entre els seus "National Patient Safety Goals", i va definir la Conciliació de la Medicació com un procés formal i protocol·litzat de comparació i resolució de les possibles discrepàncies entre la medicació que pren el malalt abans de l'ingrés, i la que es prescriu a l'organització (7). Es tracta d'un concepte molt simple però, alhora, difícil de garantir en els sistemes sanitaris. Els programes de Conciliació de la Medicació s'han mostrat altament efectius amb reduccions del 70-80% dels errors de medicació en estudis publicats als Estats Units d'Amèrica (EUA) i Canadà (8,9).

A diferència del que succeeix a EUA o al Regne Unit, a Espanya no existeix, de moment, cap directiva oficial que exigeixi a les organitzacions sanitàries el compliment d'un objectiu específic relacionat amb la Conciliació de la Medicació.

La Societat Espanyola de Farmàcia Hospitalària (SEFH) en el seu document "2020 Hacia el futuro con seguridad" incorpora, entre els seus objectius estratègics per a l'any 2020, l'existència en el 80% d'hospitals de procediments normalitzats de conciliació de la medicació habitual del pacient, tant en el moment de l'ingrés com en el de l'alta (10).

En aquest escenari, a la Regió Sanitària Barcelona (RSB) s'ha introduït un objectiu en el contracte de serveis 2009 amb els proveïdors d'atenció especialitzada de l'RSB, per tal de promoure els processos de conciliació terapèutica a l'ingrés i a l'alta, que s'hauran de dur a terme en un termini màxim de 2 anys.

No obstant això, la nostra realitat actual és molt diferent. El qüestionari per a l'avaluació de la seguretat dels sistemes d'utilització de medicaments als hospitals espanyols, realitzat l'any 2007 pel Ministeri de Sanitat i Consum i l'ISMP Espanya i en el qual van participar 105 hospitals de diferents nivells assistencials de 17 comunitats autònomes, incloïa dos ítems relacionats amb la Conciliació de la Medicació (11). L'ítem referent a si s'utilitzava sistemàticament un procediment estàndard per conciliar els medicaments que el pacient havia estat prenent abans de l'ingrés amb els medicaments prescrits a l'ingrés i a l'alta, va obtenir un 28,1% del valor màxim possible.

Comitè editorial

Àssun Álvarez, Teresa Arranz, Manel Borrell, David Clusa, Joan Costa, Cristina Ibáñez, Jordi Monedero, Alba Prat, Margarita Ramoneda, Oriol Roura i Corinne Zara

Comitè de redacció

Anna Coma, M. Antònia Gelabert, Cristina Ibáñez, Jordi Peláez, M. Eugènia Rey, Mercè Rodríguez, Lourdes Tamarit i Corinne Zara

Coordinació editorial

Corinne Zara i Cristina Ibáñez

Secretaria tècnica
Anna M. García

El butlletí
e-farma RSB
és membre de



La continuïtat assistencial al llarg de l'ampli espectre de professionals i entorns sanitaris que l'atenen és un component fonamental d'una assistència sanitària de qualitat. La Conciliació de la Medicació té com objectiu garantir aquesta desitjable continuïtat assistencial en el tractament farmacològic dels pacients. És per aquest motiu que, en el context de l'Aliança i Seguretat dels pacients i amb el suport del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, la Societat Catalana de Farmàcia Clínica ha desenvolupat una Guia per a la implantació de Programes de conciliació de la Medicació als centres sanitaris catalans (12).

L'objectiu d'aquest document és contribuir al desenvolupament de programes de Conciliació de la Medicació amb implicació de tots els professionals sanitaris a partir d'iniciatives com les de l'Hospital de Mataró i l'Hospital de l'Alt Penedès que es presenten en aquest butlletí i que inicien un nou camí en la millora per a la seguretat del pacient.

Cristina Roure
Farmacèutica del Consorci Sanitari de Terrassa

Bibliografia

1. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, et al. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ*. 2005;173(5):510-5.
2. Stuffken R, Heerdink ER, de Koning FH, et al. Association between hospitalization and discontinuity of medication therapy used in the community setting in the Netherlands. *Ann Pharmacother*. 2008;42(7):933-9.
3. Slain D, Kincaid SE, Dunsworth TS. Discrepancies between home medications listed at hospital admission and reported medical conditions. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2008;6(3):161-6.
4. Gleason KM, Groszek JM, Sullivan C, et al. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *Am J Health Syst Pharm*. 2004;61(16):1689-95.
5. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med*. 2005;165(4):424-9.
6. Boockvar K, Fishman E, Kyriacou CK, et al. Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes in patients transferred between acute and long-term care facilities. *Arch Intern Med*. 2004;164(5):545-50.
7. JCAHO. Medication Reconciliation Handbook. Rich DS eOT, Illinois, editor.: Joint Commission Resources; 2006.
8. Rozich JD, Howard RJ, Justeson JM, et al. Standardization as a mechanism to improve safety in health care. *Jt Comm J Qual Saf*. 2004;30(1):5-14.
9. Michels RD, Meisel SB. Program using pharmacy technicians to obtain medication histories. *Am J Health Syst Pharm*. 2003;60(19):1982-6.
10. SEFH. 2020 Hacia el futuro con seguridad; 2008. Disponible en: www.sefh.es/sefhpdfs/2020_Consulta_Publica.pdf
11. Estudio de Evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007). Madrid Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/evaluacionSeguridadSistemasMedicamentos.pdf
12. Roure C, Gorgas Q, Delgado O, et al. Guía para la implantación de Programas de Conciliación de la Medicación en los Centros Sanitarios. Societat Catalana Farmàcia Clínica, Barcelona Enero 2009. Disponible en: www.scfarmclin.org/docs/conciliacion_medica.pdf

Experiències de les entitats proveïdores

Conciliació de la medicació a l'ingrés hospitalari a través del servei d'urgències

Un escenari especialment problemàtic, per la intensitat de l'activitat que en ell es duu a terme, és el Servei d'Urgències Hospitalàries. La pressió assistencial que s'hi produeix sobre el metge i la infermera és important, fet que sovint comporta que aquest es converteixi en un àmbit especialment susceptible de produir-se errors de conciliació (1-10).

Com es va plantejar l'estudi?

L'objectiu principal va ser estimar la incidència d'errors de conciliació en els pacients polimedicats majors de 65 anys que ingressen a través d'un servei d'urgències, així com valorar l'eficàcia de l'atenció farmacèutica en aquests casos. També es va valorar quins eren els grups farmacològics dels medicaments implicats, i es van classificar els errors produïts segons la seva gravetat.

Es va dissenyar un estudi prospectiu aleatoritzat de quatre setmanes de durada durant el mes de febrer del 2008, al Servei d'Urgències Hospitalàries (SUH) i la Unitat de Curta Estada de l'Hospital de Mataró.

Els criteris d'inclusió aplicats van ser pacients ingressats a través del SUH a la Unitat de Medicina Interna amb una estància mínima de 24 hores, pacients d'edat superior als 65 anys i polimedicats (4 medicaments).

Els pacients es van aleatoritzar informàticament, i posteriorment es van revisar i enregistrar per a cada pacient les seves característiques demogràfiques, antecedents patològics, al·lèrgies medicamentoses, analítiques, tractament farmacològic habitual i el prescrit des de l'ingrés hospitalari al full d'avaluació i seguiment farmacoterapèutic que es mostra a la figura 1.

Figura 1. Full d'avaluació i seguiment farmacoterapèutic

Les fonts d'informació utilitzades sobre el tractament habitual han estat diverses: història clínica hospitalària, fulls de prescripció d'atenció primària, fulls de tractament habitual prescrit des de centres de dia, residències geriàtriques, etc. així com l'entrevista amb el propi pacient o amb el seu cuidador.

Què és el que aporta aquesta intervenció?

Es van incloure 70 pacients a l'estudi, amb una mitjana d'edat de 82,54 ± 6,87 anys, dels quals el 55,7% eren homes. La mitjana de medicaments per pacient enregistrats va ser de 8,6.

Es va detectar algun tipus de discrepància durant la conciliació a l'ingrés en 39 pacients (55,71%). S'han valorat un total de 605 medicaments habituals, el que correspon a una discrepància per cada 7 medicaments valorats, aproximadament.

En total, es van comptabilitzar 90 discrepàncies (mitjana de 1,29 discrepàncies /pacient) entre les que predominava l'omissió de medicament (80,00%) seguit de la dosi, via o freqüència diferent (15,56%), la prescripció d'un medicament diferent de forma injustificada (3,33%) i, per últim, l'inici de medicació innecessària (1,11%).

Els medicaments associats més freqüentment a les discrepàncies han estat els hipolipemians (7,78%; n=7), seguit de diürètics (6,67%; n=6), blocadors dels canals de calci (6,67%; n=6), psicotràpics (6,67%; n=6) i psicoanalèptics (6,67%; n=6).

Respecte a la gravetat dels errors, un 22,8% (n=13) no ha arribat al pacient per intervenció del farmacèutic (categoria B); un 64,9% (n=37) ha arribat al pacient però no ha causat dany (categoria C), i un 12,3% (n=7) dels errors ha requerit una intervenció mèdica per evitar el dany (categoria D).

FULL D'AVALUACIÓ DE LA MEDICACIÓ I SEGUIMENT FARMACOTERAPÈUTIC

Nº REGISTRE: _____ **SEXE (H/D): _____** **MOTIU D'INGRES: _____**

EDAT: _____

DOMICILI: _____
 CASA SÒL CASA FAMILIAR/CAIDADOR RESIDÈNCIA

DATA INGRES: _____ DIA (08:00-19:59h) INTERSETMANAL NIT (20:00-07:59h) CAP SETMANA

DATA ALTA: _____ **INGRES (DIES): _____**

ANTECEDENTS PATOLÒGICS:
 HTA DIABETES DISLIPÈMIA
 R IAM IC TIROIDES MPOC ASMA
 ALTRES: _____

VALORS ANALÍTICS: _____ **PES PACIENT(Kg): _____**
 Gluc: _____ Urea: _____ Triglicèids: _____
 Colesterol total: _____ Creatinina: _____ Aclrim.creat: _____
 Altres: _____
 ALLERGIES: _____

MEDICACIÓ HABITUAL:					MEDICACIÓ ACTUAL PRESCRITA:		DISCREPÀNCIA	JUSTIF NO JUST	GRAVETAT CATEGORIA	INTERV. FTICA.	A/R
INDICACIÓ	MEDICAMENT	VIA	DOSI	FREQ.							

MEDICACIÓ CONDICIONAL I SUPLEMENTS D'HERBES: _____



S'han realitzat 57 intervencions farmacèutiques, la classificació de les quals es mostra a la taula 1.

Taula 1. Classificació de les intervencions farmacèutiques realitzades

Recomanar reinici del medicament	48	84,2%
Recomanar la suspensió del tractament	1	1,8%
Recomanar canvi de dosi, via o freqüència	7	12,2%
Recomanar la substitució del medicament	1	1,8%
Informar de la interacció clínica existent	0	0
Informar de la no disponibilitat de medicament	0	0
Informar de falta d'informació a la prescripció	0	0
Total	57	100%

L'atenció farmacèutica durant l'ingrés hospitalari a través del SUH ha permès millorar la terapèutica dels pacients, tot disminuint l'aparició d'errors de conciliació i afavorint un ús adequat dels medicaments.

A partir d'aquest estudi pilot, una de les línies estratègiques del Servei de Farmàcia és elaborar un procediment de conciliació, amb participació pluridisciplinària per garantir una continuïtat farmacoterapèutica de pacients que ingressen al Centre i que prenen medicaments amb anterioritat al seu ingrés.

Anna Pérez i Azhara Sánchez. Farmacèutiques de l'Hospital de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme

Agraïments al personal mèdic i d'infermeria del Servei d'Urgències pel seu suport i col·laboració.

Bibliografia

- (1) Delgado O, Anoz L, Serrano A, Pico JN. Conciliación de la medicación. Med Clin (Barc.), 2007; 129(9):343-348.
- (2) Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, Etchells EE. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med, 2005; 165:424-429.
- (3) Hayes BD, Donovan JL, Smith BS, Hartman CA. Pharmacist-conducted medication reconciliation in an emergency department. Am J Health-Syst Pharm, 2007; 64: 1720-1723.
- (4) Varkey P, Cunningham J, O'Meara J, Bonacci R, Desai N, Sheeler R. Multidisciplinary approach to impatient medication reconciliation in an academic setting. Am J Health-Syst Pharm, 2007; 64:850-854.
- (5) Thompson CA. JCAHO views medication reconciliation as adverse-event prevention. Am J Health-Syst Pharm, 2005; 65: 1528-1532.
- (6) Juanes A, García Peláez M, Altimiras Ruiz J. Los servicios de urgencias médicas: un nuevo reto para los farmacéuticos de hospital. Aten Farm, 2006; 8(2): 72-78.
- (7) Crespi Monjo M, Ventayol Bosch P, Pinteño Blanco M, Vidal Puigserver J, Puigurri Ferrando J, Delgado Sánchez O, Serra Devecchi J. Actividad farmacéutica en un servicio de urgencias: rotación de cuarto año de residencia. Aten Farm, 2006; 8(6):335-345.
- (8) Gutiérrez Paúls L, González Álvarez I, Requena Caturla T, Fernández Capitán MC. Errores de prescripción en pacientes que ingresan en un servicio de medicina interna procedentes de urgencias. Farm Hosp, 2006; 30(2): 85-91.
- (9) Altimiras J. Atención farmacéutica en los servicios de urgencias hospitalarias. Aten Farm, 2006; 8(2):67-69.
- (10) Calderón Hernanz B. Atención farmacéutica en urgencias. Aten Farm, 2006; 8(2):109-116.

Efecte de la transició entre nivells assistencials sobre la prescripció en l'atenció primària

L'alta hospitalària és un punt de transició en el procés assistencial del pacient d'elevada vulnerabilitat, ja que la prescripció farmacològica habitual pot ser modificada (aturades d'alguns fàrmacs, modificació de dosificacions, inicis de nous tractaments). La possible aparició de discrepàncies pot tenir conseqüències importants, ja que són causa de bona part de problemes relacionats amb els medicaments, els errors de medicació i els efectes adversos (1-4).

Característiques de l'estudi

Es tracta d'un estudi prospectiu descriptiu realitzat a la zona càpita Alt Penedès, en el qual es compara la medicació de la història clínica informatitzada en l'atenció primària (HCAP) amb la medicació de l'alta hospitalària (AH), així com la medicació de l'AH respecte al tractament habitual.

Es van seleccionar tots els pacients donats d'alta de l'Hospital Comarcal de Vilafranca durant una setmana (2-9 de febrer de 2009) i, posteriorment, es va realitzar el seguiment de la prescripció en atenció primària fins a dos mesos després de l'AH.

Es va definir la conciliació a l'AH com l'anàlisi de les discrepàncies entre la medicació habitual a l'ingrés i l'informe d'AH, i la conciliació a l'atenció primària (AP) com l'anàlisi de les discrepàncies de l'informe d'AH amb la prescripció realitzada posteriorment a l'AP.

En l'estudi es van incloure 51 pacients, 45,1% dels quals eren homes, amb una edat mitjana de 75,29 anys (DE:11,9). El 92,2% dels pacients van ser ingressats en el Servei de Medicina Interna, presentant com a diagnòstics més freqüents en el moment de l'ingrés la reagudització i/o sobreinfecció en MPOC (25,5%;n=13), insuficiència cardíaca congestiva (11,8%;n=6) i pneumònia (11,8%;n=6). Es van excloure 8 pacients per èxitus (15,7%); 5 per no tenir accés a dades en HCAP i un pacient en estat terminal. Finalment, es va revisar la prescripció de 37 pacients.

Principals discrepàncies entre nivells assistencials

En l'anàlisi de la conciliació a l'AH es van detectar discrepàncies en 21 pacients (56,8%), presentant el 90,48% dels pacients una omissió de medicació habitual, el 33,3% diferències en la posologia i duplicitat en un pacient. A l'informe d'AH d'11 pacients constava la frase genèrica "continuar amb el tractament" (vegeu figura 1), sent les més freqüents l'omissió d'algun fàrmac (82,7%, n=43) i les diferències en la dosi, via o freqüència del tractament (13,5%).

Els fàrmacs més afectats en el global de les discrepàncies (vegeu figura 2) van ser els inclosos en la categoria C de la classificació ATC (sistema cardiovascular), que van suposar el 40,4% del total de discrepàncies (diürètics i antihipertensius, principalment). Altres grups amb un percentatge considerable

de discrepàncies van ser el grup A de l'ATC (sistema digestiu) amb un 13,5% (inhibidors de la bomba de protons i antiàcids), i el grup M (sistema musculoesquelètic) amb un 13,5% addicional (AINE majoritàriament).

La visita a l'AP es va realitzar als 15 dies, de mitjana (DE 17,2; interval 0-64). El 27,0% (n=10) dels pacients assisteixen a la consulta del metge d'AP entre el mateix dia i els dos dies laborables següents a l'alta. En l'anàlisi de la conciliació a l'AP es van detectar discrepàncies en 16 pacients (43,2%), presentant el 56,3% dels pacients una omissió de medicació habitual i el 50,0% diferències en la posologia; no es van detectar duplicitats. No va haver diferències en la presència de discrepàncies entre els pacients polimedicats o no (9,25 i 9,24 fàrmacs de mitjana, respectivament), ni en el temps transcorregut entre l'AH i la visita a l'AP (14,4 i 16,8 dies respectivament).

En un total de 27 fàrmacs es van presentar discrepàncies (vegeu figura 1), sent la més freqüent l'omissió d'algun fàrmac (59,3%, n=16), seguida de diferències en la dosi, via o freqüència del tractament (33,3%, n=9). Els fàrmacs més afectats en el global de les discrepàncies van ser molt similars als identificats a l'anàlisi de la conciliació d'AH (vegeu figura 2), principalment diürètics, antihipertensius i digoxina.



Els resultats d'aquest estudi ens han permès detectar punts de possible millora en l'ús dels medicaments, que anirien encaminats a consensuar recomanacions en els dos nivells assistencials per millorar l'intercanvi de la informació i garantir la continuïtat de la qualitat assistencial.

Figura 1. Tipus de discrepàncies identificades en la conciliació a l'alta hospitalària i en l'atenció primària

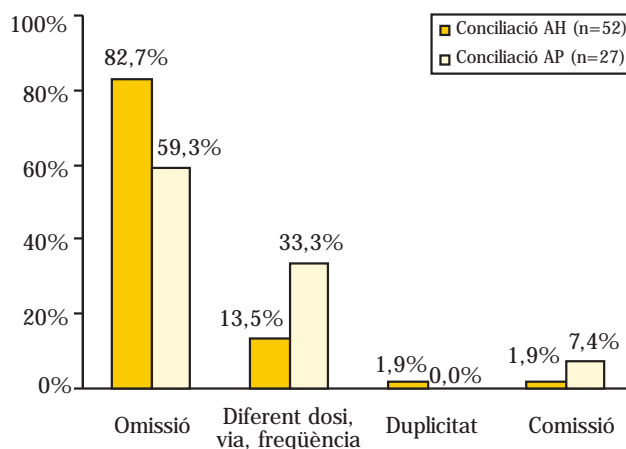
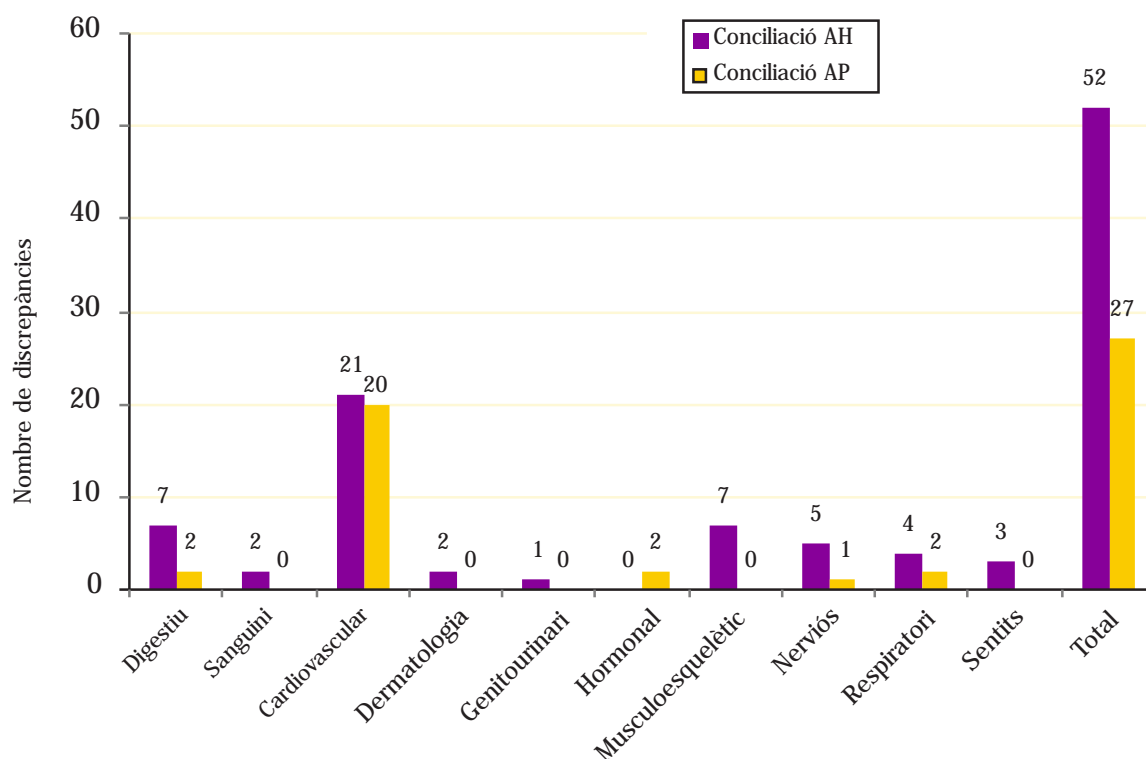


Figura 2. Grups farmacològics dels medicaments implicats en les discrepàncies identificades



Isabel Rosich. Farmacèutica del SAP Alt Penedès-Garraf
Sara Cobo. Farmacèutica de l'Hospital de Bellvitge
Teresa Arranz. Farmacèutica de l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès

Bibliografia

1. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), National Patient Safety Agency. Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital [actualizado 12/2007; consultado 6/2008]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byId&o=11897>
2. Guia para la implantación de programas de Conciliación de la Medicación en los centros sanitarios. Societat catalana de Farmàcia Clínica. Gener 2009.
3. Lalonde L, Lampron A, Vanier M, et al. Effectiveness of a medication discharge plan for transitions of care from hospital to outpatient setting. Am J Health-Syst Pharm 2008;65:1451-57.
4. Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, Alibhai SM, et al. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. Ann Pharmacother. 2008;42(10):17373-9.

Actualització farmacoterapèutica

Algunes idees de com implementar un sistema de reconciliació terapèutica

Implementing online medication reconciliation at a large academic medical center

http://www10.gencat.net/catsalut/rsb/farmacia/efarma/arxius/implementing_online499.pdf

Aquest estudi mostra el disseny interdisciplinari d'un programa electrònic de reconciliació terapèutica, tant a l'ingrés com a l'alta hospitalària.

En una primera fase es va iniciar el procés a nivell de paper. La percepció dels professionals va ser principalment d'increment de la burocràcia, motiu pel qual es va orientar el projecte cap al desenvolupament d'una eina electrònica de reconciliació. Primer es crea una llista de medicació en una funcionalitat web en llenguatge html, amb totes les prescripcions electròniques ambulatories i a l'alta, que permet també incloure medicacions històriques, amb informació sobre inici de tractament, última dosi administrada, entre d'altres.

El procés de reconciliació a l'ingrés consisteix a editar la llista de medicació històrica a través d'una funcionalitat del programa de registre mèdic electrònic. Per a cada medicament, el metge responsable revisa amb el mateix pacient si el tractament és vigent i quan s'ha administrat l'última dosi, i actualitza la llista si hi ha altres medicaments no inclosos.

Posteriorment, el metge especifica per cada fàrmac si aquest ha de continuar o no, o si ha de ser substituït per un altre fàrmac en el mòdul informàtic de reconciliació i, d'altra banda, prescriu les ordres de tractament a l'ingrés en el mòdul informàtic de prescripció intrahospitalària, ja que el bolcatge de la informació no és automàtic.

En el cas de la reconciliació a l'alta, es traspasa automàticament la informació del tractament al mòdul de reconciliació, i s'obté una llista completa i actualitzada de tot el tractament actiu, que és la nova llista de medicació ambulatoria del pacient.

Els autors identifiquen una sèrie de punts febles en el procés i la manera com es van solucionant per millorar la motivació de l'equip. Es van fixant alertes i punts de control per incrementar l'ús de l'eina, que consisteixen a bloquejar la utilització de tot el sistema electrònic mèdic si no es fa la reconciliació abans de les 24 hores posteriors a l'ingrés, o bé bloquejar l'edició de l'informe d'alta si no es fa abans el procés de reconciliació a l'alta. Altres estudis com el d'[Agrawal et al.](#) han demostrat l'efectivitat d'aquestes alertes en la disminució de les discrepàncies (d'un 21% a un 1,4%).

Els autors posen de manifest diferents aspectes en aquest estudi. Els més destacats són la importància de combinar diferents estratègies informatitzades per reduir els errors de prescripció, sense automatitzar en excés els processos però facilitant el compliment de la informació requerida, establint punts crítics que no poden ser obviats i aportant informació transparent als usuaris de l'eina informàtica.

La importància de la conciliació terapèutica en la millora de la seguretat en l'ús dels medicaments

Effect of an electronic medication reconciliation application and process redesign on potential adverse drug events

http://www10.gencat.net/catsalut/rsb/farmacia/efarma/arxius/Effect_reconciliation_adverse_event.pdf

Es tracta d'un assaig clínic aleatoritzat i controlat, que pretén demostrar com el procés de conciliació terapèutica contribueix a disminuir els efectes adversos a medicaments.

Es va realitzar a dos hospitals de Boston durant dos mesos de l'any 2006, en els quals es va seleccionar un grup control on no es modificava la pràctica habitual, i un d'intervenció, on s'aplicava una eina informatitzada de reconciliació terapèutica en pacients admesos a serveis de medicina general. Primer, el metge crea una llista de medicació prèvia a l'admissió (PAML), basada en les dades informatitzades existents per a cada pacient a nivell ambulatori i informació a l'alta d'ingressos anteriors. Aquest document serveix de referència a l'hora de prescriure la medicació a l'ingrés i a l'alta hospitalària. El farmacèutic realitza el procés de reconciliació a l'ingrés i el personal d'infermeria a l'alta.

La variable principal de l'estudi és el nombre de discrepàncies de medicació no intencionades per pacient amb possibilitat de causar dany.

Es van incloure un total de 322 pacients, 162 assignats al grup d'intervenció. A aquests pacients, es van identificar 1,05 discrepàncies/pacient enfront de les 1,44 discrepàncies/pacient en el grup control. Les discrepàncies causades per errors en la història mèdica i les discrepàncies a l'alta van ser les més freqüents en els dos casos. La intervenció va generar una reducció del risc relatiu del 28% de produir discrepàncies amb possibilitat de dany, reducció significativa a l'alta però no a l'ingrés.

Amb aquest estudi es posa de manifest la importància d'instaurar sistemes informatitzats interdisciplinaris de reconciliació terapèutica, que es tradueixen en una reducció significativa d'errors de medicació amb dany potencial i, en definitiva, en una transició dels pacients entre nivells assistencials al més segura possible.

Observatori de consum de medicaments

Enquesta nacional sobre l'avaluació de la seguretat dels sistemes d'utilització de medicaments als hospitals espanyols (2007)

Aquest estudi va ser realitzat l'any 2007 a nivell estatal per l'Agència de Qualitat del Sistema Nacional de Salut (Ministeri de Sanitat i Consum) i l'Institut per a l'Ús Segur dels Medicaments (ISMP-Espanya), amb l'objectiu de conèixer la situació dels sistemes i procediments d'utilització de medicaments als hospitals espanyols i identificar els seus riscos, a través d'un qüestionari d'autoavaluació. Addicionalment, es pretenia identificar oportunitats de millora per planificar les estratègies en seguretat del pacient, i fomentar l'avaluació contínua per part dels hospitals, així com permetre la comparabilitat de les seves dades amb el conjunt d'hospitals.

Aquest qüestionari és una adaptació del Medication Safety Self-Assessment (MSSA) for hospitals, dissenyat originàriament per l'Institute for Safe Medication Practices (ISMP) dels Estats Units d'Amèrica. El qüestionari espanyol consta de 232 ítems d'avaluació agrupats en diferents elements clau en la seguretat dels sistemes d'utilització de medicaments.

A l'estudi van participar 105 hospitals de les 17 comunitats autònomes, les característiques generals dels quals es poden consultar a l'informe complet publicat (1).

En aquest apartat, s'han seleccionat aquells ítems més rellevants relacionats amb el procés de conciliació terapèutica: informació de medicaments (ítem 22, 23, 29), comunicació de les prescripcions i altre tipus d'informació sobre medicaments (ítem 54, 55, 56), educació al pacient (ítem 173). Per a cadascun d'ells s'indica la puntuació mitjana dels hospitals en relació amb el valor màxim possible.

	% d'assoliment sobre la puntuació màxima de l'ítem	Valor màxim possible
Ítem 22. S'utilitza sistemàticament un procediment estandarditzat per conciliar els medicaments que el pacient ha estat prenent abans de l'ingrés amb els medicaments prescrits en l'ingrés i a l'alta.	4,50 (4,18)	16
Ítem 23. S'utilitza sistemàticament un procediment estandarditzat per conciliar els medicaments que el pacient ha rebut abans i després del seu trasllat dins el centre a una altra unitat assistencial o servei diferent.	3,58 (3,19)	8
Ítem 29. Els sistemes informàtics de farmàcia dels pacients hospitalitzats i ambulatoris estan interconnectats entre si, de manera que està disponible una informació completa del pacient i de la seva medicació per als professionals sanitaris, independentment del lloc on el pacient rep l'assistència en el centre hospitalari (com a pacient hospitalitzat o ambulatori). Escollir "No aplicable" si el servei de farmàcia no prepara o dispensa medicació per a pacients ambulatoris.	0,64 (1,47)	4
Ítem 54. En ingressar el pacient a l'hospital o en traslladar-lo a una unitat assistencial diferent dins de l'hospital (per exemple a UCI), els metges escriuen (o enregistren electrònicament) una prescripció completa amb tota la teràpia medicamentosa. No s'accepten les prescripcions de "continuar amb els mateixos medicaments" o "prendre la medicació de casa".	2,52 (1,07)	4
Ítem 55. A l'ingrés del pacient a l'hospital, tots els medicaments administrats a l'àrea d'urgències o altres àmbits ambulatoris (per exemple, laboratori de cateterització cardiovascular, radiologia) es comuniquen immediatament i s'enregistren al sistema informàtic de farmàcia, de manera que s'activi una alerta automàtica de duplictat terapèutica o d'interaccions quan posteriorment es facin més prescripcions.	0,95 (1,84)	8
Ítem 56. Els metges tenen fàcil accés al perfil farmacoterapèutic electrònic o generat informàticament de cada pacient (que relaciona tots els medicaments actuals i els que s'han suspès recentment), el qual es revisa diàriament i s'utilitza per verificar l'exactitud de la validació de la prescripció i com a referència quan es programa la medicació a l'alta.	1,53 (1,49)	4
Ítem 173. Es proporciona als pacients informació actualitzada i escrita dels medicaments bàsics que reben a l'hospital i dels que es prescriuen en el moment de l'alta hospitalària	1,38 (1,18)	4

Font de dades: Estudio de Evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles(2007).

Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Disponible a www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/evaluacionSeguridadSistemasMedicamentos.pdf