



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
CALIDAD ASISTENCIAL

# Revista de Calidad Asistencial

[www.elsevier.es/calasis](http://www.elsevier.es/calasis)



## ORIGINAL

### Conciliación de la medicación al ingreso: resultados e identificación de pacientes diana



B. San José Ruiz<sup>a,\*</sup>, L. Serrano De Lucas<sup>a</sup>, L.R. López-Giménez<sup>a</sup>, B. Baza Martínez<sup>a</sup>, S. Sautua Larreategi<sup>a</sup>, A. Bustinza Txertudi<sup>a</sup>, Á. Sebastián Leza<sup>b</sup>, M.T. Chirivella Ramón<sup>c</sup>, J.L. Fonseca Legrand<sup>c</sup> y M. de Miguel Cascon<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España

<sup>c</sup> Servicio de Cirugía Vascul ar y Angiología, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España

Recibido el 15 de noviembre de 2015; aceptado el 23 de febrero de 2016

Disponible en Internet el 5 de mayo de 2016

#### PALABRAS CLAVE

Conciliación de la medicación;  
Prescripción electrónica;  
Selección de pacientes

#### Resumen

**Objetivo:** Identificar y cuantificar las discrepancias entre el tratamiento prescrito al ingreso hospitalario y el tratamiento crónico del paciente. Identificar variables que puedan utilizarse en la selección de los pacientes más susceptibles de beneficiarse de un programa de conciliación de la medicación.

**Material y métodos:** Se diseñó un estudio prospectivo de conciliación de la medicación al ingreso hospitalario en el servicio de cirugía vascular y angiología de marzo a diciembre de 2014.

Al ingreso el personal de enfermería informaba al paciente del estudio y le solicitaban que recopilara información sobre su tratamiento crónico. Posteriormente, el personal farmacéutico revisaba el historial clínico, las prescripciones crónicas y entrevistaba al paciente para obtener la mejor historia farmacoterapéutica posible. Ésta se comparaba con la prescripción realizada al ingreso y las discrepancias se registraban en el evolutivo clínico. Finalmente, el personal médico clasificaba las discrepancias y modificaba la prescripción en caso necesario. Se compararon las características de los pacientes con y sin discrepancias no justificadas (DNJ) y se construyeron las curvas de característica operativa del receptor de aquellas con diferencias estadísticamente significativas, para determinar su sensibilidad y especificidad para seleccionar pacientes con DNJ.

**Resultados:** Se incluyeron 380 pacientes, registrándose 845 DNJ, 600 justificadas no documentadas y 439 justificadas documentadas. Dosecientos noventa y tres pacientes tuvieron al menos una DNJ (77%), 65 solo justificadas (17%) y 22 ninguna (6%).

Las DNJ fueron: diferente dosis, vía o frecuencia (51%), omisión (39%), medicamento equivocado (8%) y comisión (2%).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [begona.sanjoseruiz@osakidetza.eus](mailto:begona.sanjoseruiz@osakidetza.eus) (B. San José Ruiz).

Las variables relacionadas con las discrepancias fueron número de medicamentos habituales y quién facilitaba la información.

*Conclusiones:* En la mayoría de estudios la DNJ mayoritaria es la omisión, a diferencia de lo que ocurre en nuestro caso. La variable que permite seleccionar pacientes con mayor riesgo de presentar discrepancias es el número de medicamentos habituales. También aumenta el riesgo de sufrir DNJ cuando no es el propio paciente el que conoce y gestiona su tratamiento crónico. © 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Medication reconciliation;  
Electronic prescribing;  
Patient selection

## Medication reconciliation at hospital admission: Results and identification of target patients

### Abstract

*Objective:* To quantify and to classify the discrepancies between the admission treatment and the usual patient treatment. To determine the variables that predict those patients that will have more benefit from medication reconciliation.

*Material and methods:* A prospective medication reconciliation study was conducted in the Vascular Surgery Unit from March 2014 to December 2014.

When the patients were admitted to the Vascular Surgery Unit, they were informed about the study and asked to prepare information about their chronic treatment. The pharmacist then checked their clinical records, outpatient prescriptions, and also interviewed the patient, obtaining the best pharmacotherapeutic history available. The discrepancies with the admission treatment were written into the patient electronic clinical records. Finally, the physician classified the discrepancies, and changed the treatment, if needed. The statistical analysis included a comparison between patients with and without a non-justified discrepancy (NJD). The statistically different characteristics were used to plot Receiver Operating Characteristic curves, in order to determine the sensitivity and the specificity of these variables to select patients with discrepancies.

*Results:* A total of 380 patients were included. There were 845 non-justified, 600 justified non-documented, and 439 justified documented discrepancies. At least one NJD was identified in 293 patients (77%), with 65 patients (17%) having only justified discrepancies, and 22 patients (6%) having no discrepancies.

NJD were: different dose, route or schedule (51%), omission (39%), wrong drug (8%) and commission (2%).

The variables associated with discrepancies were number of chronic medications drugs and provider of information.

*Conclusions:* In most studies, omission is the most frequent error. In contrast, in our study the most frequent error is different dose, route, or schedule. The variable that allows selecting patients at higher risk of discrepancies is the number of chronic drugs. This risk is also increased if the patients are not the manager of their own medication.

© 2016 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La *European Union Network for Patient Safety and Quality of Care* tiene como objetivo mejorar la seguridad y calidad en la atención al paciente, compartiendo información y experiencias e implantando buenas prácticas<sup>1</sup>. Dentro del *Work Package 5* se han seleccionado 4 prácticas seguras, una de las cuales es la conciliación de la medicación<sup>1</sup>.

Actualmente, se define la conciliación de la medicación como el proceso formal y protocolizado de obtención de una lista completa y precisa de los medicamentos que previamente tomaba el paciente y su comparación con la medicación prescrita después de una transición asistencial, con el fin de detectar posibles discrepancias no

intencionadas o no justificadas (DNJ), también denominadas errores de conciliación, y subsanarlas lo antes posible<sup>2</sup>. Tanto el ingreso como el alta hospitalaria ponen a los pacientes en riesgo de sufrir un error de conciliación, debido a la falta de comunicación eficaz de la información terapéutica entre profesionales sanitarios<sup>3</sup>. De hecho, se ha constatado que en más del 50% de los pacientes ingresados en hospitales de agudos se producen DNJ en el momento del ingreso<sup>4,5</sup>. Estas DNJ son un factor contribuyente en la aparición de eventos adversos, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos dados de alta recientemente<sup>4-6</sup>.

Los programas de conciliación de la medicación han demostrado que son una estrategia capaz de reducir las DNJ en un 42-90%, y los eventos adversos relacionados

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1090859>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1090859>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)