



ORIGINAL

Conciliación de la medicación en el paciente crítico

C. Lopez-Martin^{a,*}, I. Aquerreta^b, V. Faus^a y A. Idoate^b

^a Área de Farmacia y Nutrición. AS Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

^b Servicio de Farmacia, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

Recibido el 2 de febrero de 2013; aceptado el 29 de abril de 2013

Disponible en Internet el 5 de febrero de 2014

PALABRAS CLAVE

Conciliación;
Errores de
medicación;
Seguridad del
paciente;
Paciente crítico

Resumen

Objetivo: La conciliación de la medicación se considera un elemento clave en la seguridad del paciente, no existiendo apenas datos sobre cómo afecta al paciente crítico. En este estudio, se evalúa un programa de conciliación en el paciente crítico liderado por el farmacéutico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Diseño: Estudio prospectivo sobre los errores de conciliación en 50 pacientes.

Ámbito: UCI médico-quirúrgica.

Pacientes: Se incluyó a todos los pacientes con estancia en UCI, excluyendo a los pacientes sin tratamiento habitual.

Intervenciones: La conciliación de la medicación se realizó en las primeras 24 h tras el ingreso en UCI. En caso de encontrar discrepancias, se contactó con el médico responsable.

Variables principales: Se analizó la incidencia, tipo y gravedad de los errores, sus características, las intervenciones realizadas y su aceptación por el médico responsable.

Resultados: El 48% de los pacientes presentó algún error de conciliación. La omisión de fármacos supuso el 74% de los mismos, afectando principalmente a fármacos antihipertensivos (33%). El 58% de los errores de conciliación corresponden a la categoría D de gravedad. Se realizaron sugerencias al prescriptor en el 98% de los pacientes con discrepancias, aceptándose el 81% de las intervenciones.

Conclusiones: Los errores de conciliación en UCI tienen una incidencia y características similares a los referenciados en pacientes no críticos, afectando a grupos terapéuticos de gran significación clínica. Nuestros datos apoyan la incorporación de los procesos de conciliación al cuidado habitual del paciente crítico. El farmacéutico adscrito a la unidad puede llevar a cabo el proceso adecuadamente.

© 2013 Elsevier España, S.L. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carmen.lopez.martin@hotmail.com (C. Lopez-Martin).

KEYWORDS

Medicines reconciliation;
Medication errors;
Patient safety;
Critically ill patients

Medicines reconciliation in critically ill patients**Abstract**

Objective: Medicines reconciliation plays a key role in patient safety. However, there is limited data available on how this process affects critically ill patients. In this study, we evaluate a program of reconciliation in critically ill patients conducted by the Intensive Care Unit's (ICU) pharmacist.

Design: Prospective study about reconciliation medication errors observed in 50 patients.

Scope: ICU.

Patients: All ICU patients, excluding patients without regular treatment.

Interventions: Reconciliation process was carried out in the first 24 h after ICU admission. Discrepancies were clarified with the doctor in charge of the patient.

Main variable: We analyzed the incidence of reconciliation errors, their characteristics and gravity, the interventions made by the pharmacist and their acceptance by physicians.

Results: A total of 48% of patients showed at least one reconciliation error. Omission of drugs accounted for 74% of the reconciliation errors, mainly involving antihypertensive drugs (33%). An amount of 58% of reconciliation errors detected corresponded to severity category D. Pharmacist made interventions in the 98% of patients with discrepancies. A total of 81% of interventions were accepted.

Conclusions: The incidence and characteristics of reconciliation errors in ICU are similar to those published in non-critically ill patients, and they affect drugs with high clinical significance. Our data support the importance of the establishment of medication reconciliation proceedings in critically ill patients. The ICU's pharmacist could carry out this procedure adequately.

© 2013 Elsevier España, S.L. and SEMICYUC. All rights reserved.

Introducción

La conciliación del tratamiento farmacológico se puede definir como el proceso formal que consiste en valorar el listado completo y exacto de la medicación previa al ingreso del paciente, conjuntamente con la prescripción farmacoterapéutica después de la transición asistencial (al ingreso, después de un cambio de adscripción o al alta hospitalaria). El objetivo del proceso de conciliación de la medicación es garantizar que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente, asegurándose de que están prescritos con la dosis, la vía y la frecuencia correctas, y que son adecuados a la situación del paciente y a la nueva prescripción realizada en el hospital¹.

Los errores de medicación son una de las principales causas de morbilidad en los pacientes hospitalizados², y ocurren principalmente cuando cambia el responsable del paciente; por esta razón, en los traslados de unidad de hospitalización el paciente es especialmente vulnerable a este tipo de errores²⁻⁴. La actividad de conciliar los tratamientos farmacológicos se considera como un elemento importante de mejora en la atención a los pacientes³. La Joint Commission reconoce que los errores de conciliación comprometen la seguridad de la medicación y establece la conciliación de forma exacta y completa como un elemento de seguridad para el cumplimiento de los estándares del uso de medicamentos⁵. Otras organizaciones como la Organización Mundial de la Salud⁶ y el National Institute for Health and Clinical Excellence han destacado su importancia³. Según artículos publicados, las discrepancias entre la medicación que los pacientes toman antes del ingreso y la prescrita al ingreso alcanzan niveles del 30 al 70%^{3,7}.

Los errores de conciliación han sido estudiados en ámbitos asistenciales diversos, pero no existe apenas información sobre su incidencia en el paciente crítico⁴. Este estudio evalúa un programa de conciliación de la medicación durante la estancia en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Pacientes y métodos

Se realizó un estudio prospectivo en el que se estudió a los pacientes ingresados en la UCI en un hospital de 350 camas, durante un mes. La UCI de este hospital es una unidad médico-quirúrgica de 12 camas, la cual funciona con prescripción e historia clínica electrónicas. Se incluyó a todos los pacientes con estancia en UCI, excluyendo a los pacientes sin tratamiento habitual, o con ingreso y alta de UCI durante el fin de semana, así como a los pacientes con ingreso en UCI en horario de tarde y alta en esa misma tarde.

La relación de la medicación habitual la recogió el farmacéutico asignado a la unidad tras el ingreso en UCI a partir del formulario de medicación al ingreso incluido en la aplicación informática del hospital, de la recogida en la historia clínica informatizada y de la información proporcionada por el paciente o familiares. El proceso de conciliación de la medicación se llevó a cabo dentro de las primeras 24 h tras el ingreso del paciente en UCI. En los casos en los que el paciente no presentó tolerancia a la vía oral, se esperó a dicho momento para valorar la reintroducción de su tratamiento habitual. Si en el momento del alta de UCI el paciente continuaba sin tolerancia oral, se sugirió la prescripción de la medicación habitual condicionada al momento de inicio de la tolerancia oral.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3112947>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3112947>

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