



ORIGINAL

Fiabilidad de los registros electrónicos de prescripción de medicamentos de Atención Primaria



Celia García-Molina Sáez^{a,*}, Elena Urbieto Sanz^a, Manuel Madrigal de Torres^b, Pascual Piñera Salmerón^c y María D. Pérez Cárceles^d

^a Servicio de Farmacia, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

^b Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

^c Servicio de Urgencias, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

^d Departamento de Medicina Legal y Forense, Universidad de Murcia, Murcia, España

Recibido el 18 de febrero de 2015; aceptado el 4 de mayo de 2015

Disponible en Internet el 4 de julio de 2015

PALABRAS CLAVE

Errores de medicación;
Historia farmacoterapéutica;
Seguridad paciente

Resumen

Objetivo: Cuantificar y evaluar la fiabilidad de los registros electrónicos de medicación de Atención Primaria (AP) como fuente de información de la medicación crónica del paciente, así como identificar los factores asociados a la presencia de discordancias.

Diseño: Estudio transversal descriptivo.

Emplazamiento: Hospital General de Referencia de un Área de Salud de la Región de Murcia.

Participantes: Pacientes ingresados en la unidad de Cardio-Neumología durante los meses de febrero a abril del 2013, con tratamiento domiciliario previo, que aceptaron participar en el estudio.

Mediciones principales: Evaluación de la fiabilidad de los registros de AP analizando la concordancia, mediante la identificación de discrepancias, entre la medicación activa en dichos registros y la registrada mediante entrevista de un farmacéutico con el paciente/cuidador. Identificación de los factores asociados a la presencia de discrepancias analizados mediante una regresión logística multivariante.

Resultados: Se incluyó a 308 pacientes con una media \pm desviación estándar de 70,9 \pm 13,0 años. La concordancia en principios activos fue del 83,7%, disminuyendo al 34,7% al tener en cuenta la posología. Se encontraron discrepancias en el 97,1% de los pacientes, siendo las más frecuentes la omisión de pauta (35,6%), comisión (medicamento añadido injustificadamente) (14,6%) y omisión de medicamentos (12,7%). Ser mayor de 65 años (1,98 [1,08-3,64]), pluripatológico (1,89 [1,04-3,42]) y tener prescrito un estupefaciente o psicótropo (2,22 [1,16-4,24]) fueron los factores asociados a la presencia de discordancias.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: celiagms@gmail.com (C. García-Molina Sáez).

KEYWORDS

Medication errors;
Medication history;
Patient safety

Conclusiones: Los registros electrónicos de medicación de AP, aunque de indudable interés, pueden no ser lo suficientemente fiables como para poder ser utilizados como fuente única de información sobre la medicación crónica del paciente al ingreso hospitalario.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Reliability of Primary Care computerised medication records**Abstract**

Objective: To quantify and to evaluate the reliability of Primary Care (PC) computerised medication records of as an information source of patient chronic medications, and to identify associated factors with the presence of discrepancies.

Design: A descriptive cross-sectional study.

Location: General Referral Hospital in Murcia.

Participants: Patients admitted to the cardiology-chest diseases unit, during the months of February to April 2013, on home treatment, who agreed to participate in the study.

Main measurements: Evaluation of the reliability of Primary Care computerised medication records by analysing the concordance, by identifying discrepancies, between the active medication in these records and that recorded in pharmacist interview with the patient/caregiver. Identification of associated factors with the presence of discrepancies was analysed using a multivariate logistic regression.

Results: The study included a total of 308 patients with a mean of 70.9 years (13.0 SD). The concordance of active ingredients was 83.7%, and this decreased to 34.7% when taking the dosage into account. Discrepancies were found in 97.1% of patients. The most frequent discrepancy was omission of frequency (35.6%), commission (drug added unjustifiably) (14.6%), and drug omission (12.7%). Age older than 65 years (1.98 [1.08 to 3.64]), multiple chronic diseases (1.89 [1.04 to 3.42]), and have a narcotic or psychotropic drug prescribed (2.22 [1.16 to 4.24]), were the factors associated with the presence of discrepancies.

Conclusions: Primary Care computerised medication records, although of undoubted interest, are not be reliable enough to be used as the sole source of information on patient chronic medications when admitted to hospital.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En la actualidad, la mejora en la atención sanitaria proporcionada ha supuesto el envejecimiento progresivo de la población, con el consiguiente aumento del número de pacientes con enfermedades crónicas que requieren ser tratadas, en muchos casos, con múltiples fármacos¹. Además, es bien sabido que la edad avanzada y la polimedición están íntimamente asociadas a la aparición de errores de medicación y eventos adversos^{2,3}, haciéndose imprescindible, en este contexto, la realización de una cuidadosa evaluación de la farmacoterapia de los pacientes atendidos en nuestros hospitales tanto al ingreso como al alta para así optimizar la eficacia y seguridad de los tratamientos farmacológicos prescritos^{4,5}.

La mayoría de estudios realizados, señalan la dificultad para la obtención de una historia farmacoterapéutica (HFT) domiciliaria correcta y completa al ingreso de los pacientes como punto crítico para la adecuada adaptación del tratamiento crónico a su paso por el ámbito hospitalario^{6,7}, como consecuencia tanto de barreras relacionadas con el paciente (estado de salud, idioma, nivel cultural), como por la ausencia de registros de medicación unificados, todavía en muchos entornos sanitarios^{8,9}.

Así pues, la implantación de estrategias que promuevan la prevención de los errores de medicación se ha posicionado como una prioridad para los sistemas de salud¹⁰⁻¹², donde unánimemente se está apostando por la historia clínica integrada que incluya los registros de medicación de los diferentes proveedores de salud del paciente, de manera que la lista de medicación esté disponible de manera inmediata para los clínicos responsables de los distintos procesos sanitarios, tanto de Atención Primaria (AP) como de Atención Especializada.

En este contexto, las fuentes electrónicas de registro de medicación de AP resultan cruciales. Sin embargo, consideramos necesario comprobar la fiabilidad y la precisión de estos registros, de manera que se garantice la ausencia de errores que puedan suponer un potencial riesgo para el paciente. Son escasos los estudios publicados que nos permitan conocer el grado de fiabilidad que podemos atribuir a estos recursos desde la perspectiva de conocer la medicación crónica de los pacientes atendidos en nuestros hospitales.

Así, el objetivo del presente estudio fue cuantificar y evaluar la fiabilidad de los registros electrónicos de medicación de AP como fuente de información en la realización de la HFT al ingreso hospitalario, así como identificar

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3457040>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3457040>

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