



Original

Eficacia de la entrevista motivacional para reducir errores de medicación en pacientes crónicos polimedcados mayores de 65 años: resultados de un ensayo clínico aleatorizado por *cluster*



Luis Angel Pérula de Torres^{a,*}, Laura Pulido Ortega^a, Carlos Pérula de Torres^b, Jesús González Lama^c, Inmaculada Olaya Caro^{d,e}, Roger Ruiz Moral^e y Grupo corporativo Estudio ATEM-AP[◇]

^a Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba, Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Hospital Universitario Reina Sofía, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

^b Unidad de Gestión Clínica La Sierra, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba, España

^c Área Sanitaria Sur de Córdoba (Lucena), Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba, España

^d Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba, España

^e Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de marzo de 2013

Aceptado el 8 de julio de 2013

On-line el 28 de diciembre de 2013

Palabras clave:

Errores de medicación
Entrevista motivacional
Seguridad del paciente
Polimedcación
Comunicación médico-paciente

RESUMEN

Fundamento y objetivo: Evaluar la eficacia de la entrevista motivacional para reducir los errores de medicación en pacientes crónicos polimedcados.

Pacientes y método: Ensayo clínico aleatorizado por *cluster*, que incluyó médicos de familia y enfermeras de 16 centros de Atención Primaria, y pacientes crónicos polimedcados mayores de 65 años. Los profesionales fueron asignados al grupo experimental o al control mediante aleatorización estratificada. Las intervenciones del estudio consistieron en la formación de los profesionales y en la invitación a los pacientes a una revisión de su tratamiento: en el grupo experimental estaba sustentada en la entrevista motivacional, mientras que en el grupo control lo estaba en el abordaje habitual. El resultado primario (error de medicación) fue analizado con la reducción del riesgo absoluto (RRA), la reducción del riesgo relativo (RRR), el número de sujetos necesario a tratar (NNT), y la regresión logística múltiple.

Resultados: Asignamos aleatoriamente a 32 profesionales (19 médicos y 13 enfermeras), de los que 27 seleccionaron a 154 pacientes (13 profesionales y 70 pacientes en el grupo experimental; 14 profesionales y 84 pacientes en el grupo control) que completaron 6 meses de seguimiento. La edad media de los pacientes era de 76 años (68,8% mujeres). Se observa una disminución en el promedio de errores de medicación, siendo la reducción mayor en el grupo experimental que en el grupo control ($F = 5,109$; $p = 0,035$). La RRA fue del 29% (intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 15,0–43,0%), la RRR de 0,59 (IC 95% 0,31–0,76), y el NNT de 3,5 (IC 95% 2,3–6,8).

Conclusión: La entrevista motivacional resulta más eficaz que el abordaje habitual para reducir los errores de medicación en pacientes con polifarmacia mayores de 65 años.

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

Efficacy of motivational interviewing for reducing medication errors in chronic patients over 65 years with polypharmacy: Results of a cluster randomized trial

A B S T R A C T

Keywords:

Medication errors
Motivational interviewing
Patient safety
Polypharmacy
Patient-doctor communication

Background and objective: To evaluate the effectiveness of an intervention based on motivational interviewing to reduce medication errors in chronic patients over 65 with polypharmacy.

Patients and method: Cluster randomized trial that included doctors and nurses of 16 Primary Care centers and chronic patients with polypharmacy over 65 years. The professionals were assigned to the experimental or the control group using stratified randomization. Interventions consisted of training of professionals and revision of patient treatments, application of motivational interviewing in the

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es (L.A. Pérula de Torres).

◇ Los nombres de los componentes del Grupo corporativo Estudio ATEM-AP están relacionados en el Anexo.

experimental group and also the usual approach in the control group. The primary endpoint (medication error) was analyzed at individual level, and was estimated with the absolute risk reduction (ARR), relative risk reduction (RRR), number of subjects to treat (NNT) and by multiple logistic regression analysis.

Results: Thirty-two professionals were randomized (19 doctors and 13 nurses), 27 of them recruited 154 patients consecutively (13 professionals in the experimental group recruited 70 patients and 14 professionals recruited 84 patients in the control group) and completed 6 months of follow-up. The mean age of patients was 76 years (68.8% women). A decrease in the average of medication errors was observed along the period. The reduction was greater in the experimental than in the control group ($F = 5.109, P = .035$). RRA 29% (95% confidence interval [95% CI] 15.0-43.0%), RRR 0.59 (95% CI:0.31-0.76), and NNT 3.5 (95% CI 2.3-6.8).

Conclusion: Motivational interviewing is more efficient than the usual approach to reduce medication errors in patients over 65 with polypharmacy.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El problema de la seguridad del paciente acapara la atención de profesionales, organizaciones, gestores y autoridades sanitarias, siendo más importante en pacientes ancianos^{1,2}. Se estima que las personas mayores de 65 años suponen el 15% de la población total española. Estos sujetos padecen más enfermedades crónicas, consultan con más frecuencia y muchos de ellos están polimedicalizados³. Se entiende por error de medicación (EM) «cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos». Estos errores se relacionan con la práctica profesional, los procedimientos o los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, la comunicación, el etiquetado, el envasado, la denominación, la preparación, la dispensación, la distribución, la administración, la educación, el seguimiento y la utilización⁴. En el nivel primario de salud se ha estimado una media de 11 EM por médico y año⁵. Según el estudio APEAS⁶, en España se identificaron episodios adversos en el 0,80% (intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 0,76 a 0,85) de las consultas médicas, la mayoría evitables (64,0%). Los errores de prescripción y seguimiento suponen aproximadamente la mitad de los EM detectados, y sus consecuencias son las más graves⁷. Sin embargo, los pacientes también cometen equivocaciones cuando se medican, produciéndose episodios adversos⁸. En un estudio realizado en Atención Primaria (AP), un 19,4% (IC 95% 17,0-21,0) de pacientes informaron haber cometido EM, de los que el 3,0% (IC 95% 2,0-4,0) sufrieron complicaciones asociadas⁹.

En ocasiones el EM se produce a consecuencia de un inadecuado abordaje en la relación clínica. Una buena comunicación e información del paciente polimedicalizado resulta crucial para evitar errores. La entrevista motivacional (EMot)¹⁰ se define como «una forma de guiar colaborativa y centrada en la persona para evocar y fortalecer la motivación para el cambio»¹¹. En determinados problemas de salud y circunstancias, la EMot se ha revelado más efectiva que otros modelos comunicacionales, como el informativo clásico, para lograr cambios conductuales en los pacientes^{11,12}. No existen estudios previos que hayan demostrado si un enfoque motivacional, utilizado tanto por médicos como por enfermeras de AP, consigue una mayor reducción de EM que el abordaje habitual; valorar esto en pacientes crónicos polimedicalizados mayores de 65 años ha sido el objetivo de este estudio.

Pacientes y método

Se diseñó un estudio experimental, aleatorizado por *cluster*, con 2 brazos paralelos, y multicéntrico. La duración total del estudio fue de 18 meses, el período de captación de pacientes abarcó desde abril de 2009 a enero de 2010, y el período de seguimiento fue de 6 meses.

El estudio se realizó en 16 centros de salud de la provincia de Córdoba (8 rurales y 8 urbanos). En la figura 1 se muestra el diagrama de flujo CONSORT, contemplando las características del diseño en *cluster* empleado (nivel 1: profesionales; nivel 2: pacientes). Se invitó a participar a los profesionales sanitarios de estos centros, expresando inicialmente su intención 32 de dichos profesionales; estos fueron asignados aleatoriamente y de manera estratificada por tipo de profesional a uno de los 2 brazos del estudio; se produjeron 5 pérdidas (3 del grupo experimental [GE] y 2 del grupo control [GC]) debido a que no captaron finalmente ningún paciente, siendo, por tanto, 27 (16 médicos en el GE y 11 enfermeras) los investigadores participantes, de los cuales 11 eran varones (4 en el GE y 7 en el GC), y 16, mujeres (8 en el GE y 8 en el GC).

Tras firmar una hoja de confidencialidad y consentimiento, y antes de ser aleatorizados, cada profesional se comprometía a reclutar 6 pacientes de su cupo mediante muestreo consecutivo, es decir, debían de captarlos secuencialmente teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de 65 años, presentar algún proceso crónico, estar polimedicalizados (tomando 5 o más medicamentos de forma continuada durante 6 o más meses, o bien más de 12 dosis diarias¹³), con probable incumplimiento del tratamiento prescrito, detectado con el cuestionario Comunicación del autocumplimiento de Haynes-Sackett¹⁴ y con el test de actitud sobre tratamiento de Morisky-Green¹⁵.

Fueron excluidos los pacientes que presentaran alguna de las siguientes características: deterioro cognitivo (test de Pfeiffer ≥ 3 ¹⁶), enfermedad neurológica o psíquica invalidante, accidente cerebrovascular grave en los últimos 6 meses, inmovilizados, o pacientes con < 60 puntos en el índice de Barthel para las actividades de la vida diaria¹⁷, ingresados en el hospital 2 o más veces en el último año, pacientes a cargo de un cuidador responsable de la medicación, o residentes en una institución geriátrica.

El tamaño de la muestra necesario para detectar diferencias en los EM se ha calculado utilizando la fórmula para la comparación de 2 medias para muestras independientes, para una prueba unilateral, un error α del 5% y una potencia del 80%. Basándonos en los resultados obtenidos por Fernández Lisón et al.¹⁸ (media de EM por paciente de 1,8 y desviación estándar [DE] de 1), esperamos encontrar un promedio de EM de 1,0 en el GE y de 1,6 en el GC, para una DE de 1,0. Considerando una proporción de pérdidas del 15%, el número mínimo de pacientes a estudiar sería de 46 por grupo. Las estimaciones del coeficiente de correlación intraconglomerado (*intra-cluster*) en ensayos clínicos aleatorizados por conglomerados en AP muestran que son generalmente menores de 0,05¹⁹. Estos coeficientes de correlación intraconglomerados se traducen para un tamaño de conglomerado de 15 en un efecto del diseño que corresponde a un factor de 1,7. Por lo tanto, el tamaño muestral predeterminado fue de 78 pacientes en cada grupo ($46 \times 1,7 = 78$).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3799061>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3799061>

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