

CONCILIACIÓN TERAPEÚTICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

1º Jornadas de Farmacia Pediátrica Hospitalaria



Farm.Laura Calivar

INTRODUCCIÓN

- ◉ Los **EVENTOS ADVERSOS** medicamentosos causan daño debido a errores en la atención médica; éstos constituyen un problema de seguridad potencialmente grave.
- ◉ En algunos países, hasta el 67% de las historias de medicación recetada de los pacientes tiene uno o más errores ⁽¹⁾, y hasta un 46% de esos errores de medicación tiene lugar cuando se emiten nuevas órdenes para el paciente, tanto en el momento de la admisión como en el momento del alta. ⁽²⁾

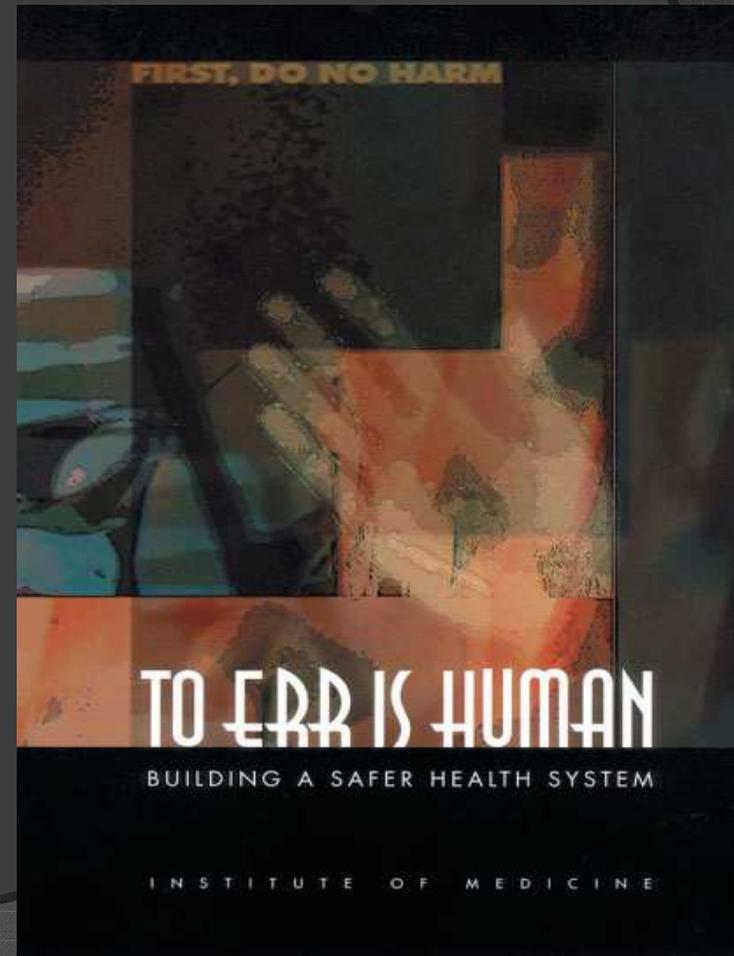
(1) Sullivan C et al. Medication reconciliation in the acute care setting: opportunity and challenge for nursing. *Journal of Nursing Care Quality*, 2005,20(2):95–98.

(2) Reconcile medications at all transition points. IHI Patient Safety Medication Systems Changes. Cambridge, MA, Institute for Healthcare Improvement

(<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Changes/Reconcile+Medications+at+All+Transition+Points.htm> accessed 11 June 2006).

INTRODUCCIÓN

- IOM en 1999 publicó TO ERR IS HUMAN, en el cual establecen **estrategia de prevención** de EM, a partir de 2 estudios realizados en EE.UU donde se muestra que en ese país mueren cada año, al menos 90000 personas por causa de Errores Asistenciales prevenible; una mortalidad equivalente a la producida por un accidente aéreo diario y mayor que la causada por los accidentes de tráfico, el cáncer de mama o el sida.



gor con la excepción de la mortalidad derivada de la anestesia, la exposición a la asistencia sanitaria o a los medicamentos en los hospitales se asocia a una mortalidad mayor que la atribuida a las armas de fuego y a los accidentes de tráfico (1) (Fig. 1). Por ello, la identificación y la prevención de estos riesgos constituyen una prioridad para las autoridades y organizaciones sanitarias de numerosos países desarrollados, entre ellos España (2), y también para organismos internacionales, como la Unión

Esto supone una secuencia de actuaciones que incluyen, en primer lugar, el mismo elemento del equipo directivo para garantizar la cultura de la institución, así como constituir un comité multidisciplinar integrado por farmacéuticos, médicos, enfermeras y representantes del equipo directivo. Este comité debe desarrollar los procedimientos necesarios para identificar los riesgos, analizarlos y tratarlos, con el fin de mejorar continuamente la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos. Esto supone una

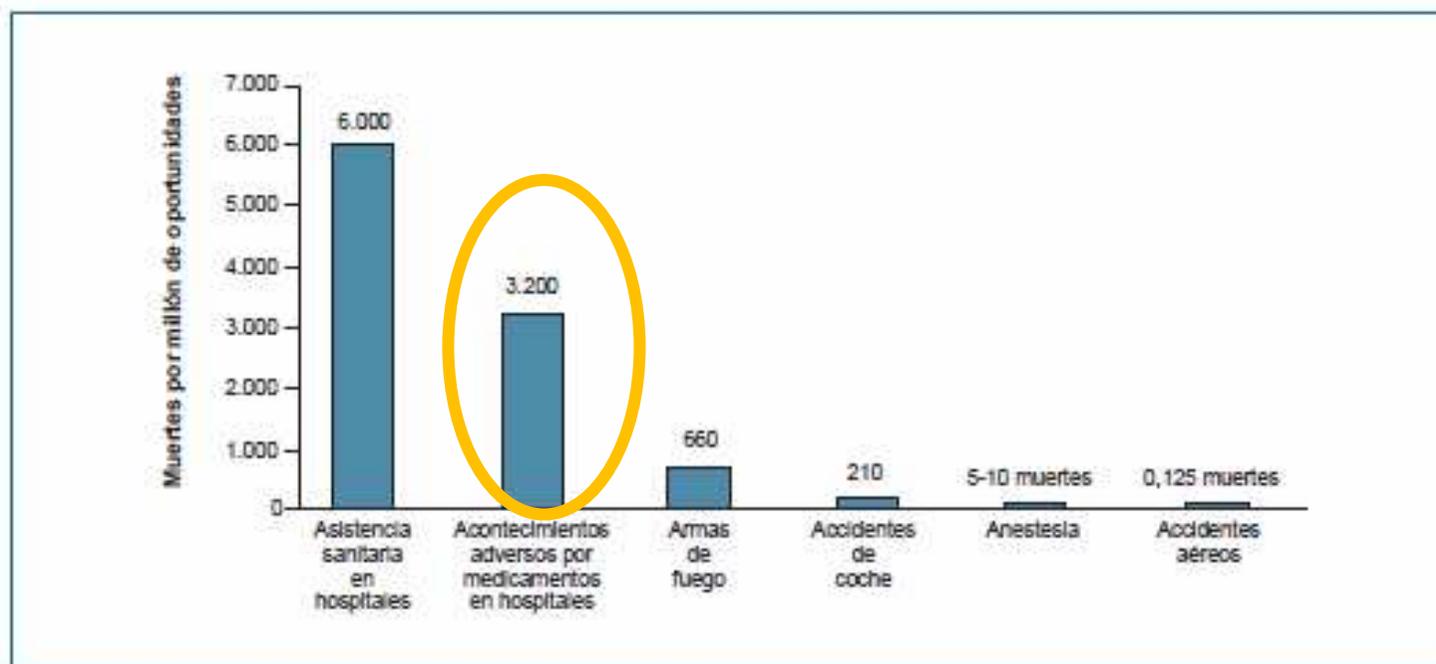


Figura 1. Número de muertes por millón de oportunidades para diferentes tipos de exposiciones (1).

INTRODUCCIÓN

Según el Coordinating Council on Medication Error Reporting and Prevention :

- ⊙ **Error de Medicación:** se define como un accidente que puede prevenirse y que puede lesionar al paciente u originar un uso inadecuado de los medicamentos, cuando están bajo control del personal sanitario, el paciente o el cuidador; puede estar relacionado con la práctica profesional, el material sanitario o los procedimientos.(5),(6).
- ⊙ **Los errores son multifactoriales**, debido a que resultan de múltiples factores o fallos, tanto presentes en el sistema, relacionados con la organización, procedimientos de trabajo, medios técnicos, condiciones de trabajo, etc., como relacionados con los profesionales que están en contacto directo con los procesos(7)(8). Además, **los EM son multidisciplinarios**, pues pueden afectar a varios procesos, y por lo tanto, a los diferentes profesionales implicados en la cadena terapéutica(8).

- ⦿ Los **errores** se producen porque **existen fallos** en los componentes del **sistema sanitario y no por incompetencia de los individuos**, por lo que la mejora de la seguridad de la asistencia pasa necesariamente por realizar un profundo cambio del sistema sanitario actual.(7 a)
- ⦿ El análisis de los errores desde la perspectiva de que éstos, se producen porque existen fallos en el sistema (system approach) y no por incompetencia o fallos de los individuos (person approach), como ha sido el enfoque tradicional. (7 b)

- En 2007 se ha publicado el último informe del **IOM** titulado “**Preventing medication errors**”, el cual enfatiza la elevada frecuencia de los errores de medicación, citando que **un paciente hospitalizado puede sufrir una media de más de un error de medicación al día** y que como mínimo ocurren 1,5 millones de acontecimientos adversos prevenibles cada año en EE.UU.



tener en cuenta:

- **Los errores se pueden producir en las diferentes etapas del proceso terapéutico:**
- Prescripción,
- Preparación,
- Distribución,
- Administración (omisión, intervalo entre las dosis, dosificación, forma farmacéutica, técnica de administración, medicamento deteriorado, fármaco no prescrito),
- Monitorización de los fármacos.(5),(6)

PRINCIPALES PROCESOS Y COMPONENTES DEL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES Y PERSONAS IMPLICADAS(4 a, b)

PROCESOS	PERSONAS IMPLICADAS
Selección y gestión 1.1. Establecer una Guía Farmacoterapéutica 1.2. Establecer un procedimiento para la provisión de medicamentos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica	Comité interdisciplinario
Prescripción 2.1. Evaluar la necesidad y seleccionar el medicamento correcto 2.2. Individualizar el régimen terapéutico 2.3. Establecer la respuesta terapéutica deseada	Medico
Validación 3.1. Revisar y validar la prescripción	Farmacéutico
Preparación y dispensación 4.1. Adquirir y almacenar los medicamentos 4.2. Procesar la prescripción 4.3. Elaborar/preparar los medicamentos 4.4. Dispensar los medicamentos con regularidad	Farmacéutico
Administración 5.1. Administrar el medicamento correcto al paciente correcto 5.2. Administrar la medicación en el momento indicado 5.3. Informar al paciente sobre la medicación 5.4. Involucrar al paciente en la administración	Enfermera
Seguimiento 6.1. Monitorizar y documentar la respuesta del paciente 6.2. Identificar y notificar las reacciones adversas y los errores de medicación 6.3. Reevaluar la selección del medicamento, dosis, frecuencia y duración del tratamiento	Todos los profesionales sanitarios y el paciente o sus familiares

PREVENCIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN

- En 1989, un panel de expertos convocados por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCHCO) definió:



EL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS como:
“conjunto de procesos interrelacionados cuyo objetivo común es la utilización de los medicamentos de forma segura, efectiva, apropiada y eficiente”.
Su finalidad es alcanzar las cinco “ces”: la dosis correcta del medicamento correcto, administrada al paciente correcto, a través de la vía correcta, en el hora correcto.(12)

LA SEGURIDAD DEL SISTEMA
DE UTILIZACIÓN DE LOS
MEDICAMENTOS



contribuye

PREVENCIÓN / EVITABILIDAD
DE ERRORES DE MEDICACIÓN

SOLUCIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Medicamentos de aspecto o nombre parecidos

Soluciones para la seguridad del paciente | volumen 1, solución 1 | Mayo de 2007

DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:
En todo el mundo se administran más de 1 millón 400 mil dosis de medicamentos cada día. Sin embargo, se estima que en todo el mundo se administran erróneamente entre 10 y 15 millones de dosis de medicamentos cada día. Las infecciones asociadas a la atención sanitaria son una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo.

DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:
En todo el mundo se administran más de 1 millón 400 mil dosis de medicamentos cada día. Sin embargo, se estima que en todo el mundo se administran erróneamente entre 10 y 15 millones de dosis de medicamentos cada día. Las infecciones asociadas a la atención sanitaria son una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo.

Identificación de pacientes

Soluciones para la seguridad del paciente | volumen 1, solución 2 | Mayo de 2007

DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:
En todo el mundo se administran más de 1 millón 400 mil dosis de medicamentos cada día. Sin embargo, se estima que en todo el mundo se administran erróneamente entre 10 y 15 millones de dosis de medicamentos cada día. Las infecciones asociadas a la atención sanitaria son una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo.

Comunicación durante el traspaso de pacientes

Soluciones para la seguridad del paciente | volumen 1, solución 4 | Mayo de 2007

DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:
Durante un traslado de un paciente a un nuevo lugar de atención, el personal de salud debe asegurarse de que el paciente sea el correcto y que se le administren los medicamentos correctos.

Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto

Soluciones para la seguridad del paciente | volumen 1, solución 4 | Mayo de 2007

DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:
Los procedimientos en otros tratamientos que involucran el uso de dispositivos de administración de medicamentos en el cuerpo del paciente son fundamentales para la seguridad del paciente.

Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud

Soluciones para la seguridad del paciente | volumen 1, solución 5 | Mayo de 2007

DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:
Se estima que, en cualquier momento dado, más de 1 millón 400 mil personas en todo el mundo sufren de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Las infecciones asociadas a la atención sanitaria son una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo.

Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente – Mayo de 2007

En todo el mundo, la prestación de atención sanitaria se enfrenta al desafío de una amplia gama de problemas de seguridad. El tradicional juramento médico ("Lo primero es no hacer daño") rara vez es violado intencionalmente por parte de los médicos, enfermeros y otros facultativos médicos, pero los hechos señalan que los pacientes a menudo experimentan lesiones por negligencia médica.

Control de las soluciones concentradas de ele

Soluciones para la seguridad del paciente | volumen 1, solución 5 | Mayo de 2007

DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:
El error de paciente concentrado ha sido identificado como un problema de alto riesgo por organizaciones de Australia, Canadá y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (UK-I-B). En los Estados Unidos de América, se documentaron diez muertes de pacientes por administración incorrecta de solución de clonazepam.

Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos

Soluciones para la seguridad del paciente | volumen 1, solución 7 | Mayo de 2007

DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:
Los tubos, los cables y las perlas son un aspecto fundamental de la prestación de atención sanitaria para la administración de medicamentos e líquidos a los pacientes. El diseño de estos dispositivos es crítico para la seguridad del paciente.

Usar una sola vez los dispositivos de inyección

Soluciones para la seguridad del paciente | volumen 1, solución 6 | Mayo de 2007

DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:
Una de las mayores preocupaciones a nivel mundial es la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la hepatitis B (VHB) y el virus de la hepatitis C (VHC) debido a la reutilización de dispositivos de inyección. Esto puede ocurrir en el mundo y en áreas de alto riesgo.

Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales

Soluciones para la seguridad del paciente | volumen 1, solución 6 | Mayo de 2007

DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:
Los errores son comunes en el proceso de atención, receta, entrega, administración y control de medicamentos, pero ocurren con más frecuencia durante las transiciones de receta y administración (TCA). El impacto es relevante, ya que los errores de medicación provocan daños a un estimado de 8 millones y medio de personas y cuestan varios miles por año en los Estados Unidos de América (EE.UU.).

Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales



Soluciones para la seguridad del paciente
| volumen 1, solución 6 | Mayo de 2007

► DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:

Los errores son comunes en el proceso de obtención, receta, entrega, administración y control de medicamentos, pero ocurren con más frecuencia durante las instancias de receta y administración (1). El impacto es relevante, ya que los errores de medicación producen daños a un estimado de 1 millón y medio de personas y matan a varios miles por año en los Estados Unidos de América (EE.UU.), lo cual representa un costo para el país de al menos 3500 millones de dólares por año (1). Otros países industrializados alrededor del mundo también descubrieron que los eventos adversos por causa de la medicación son una de las principales causas de daños y muerte dentro de sus sistemas de atención sanitaria (2,3).

En algunos países, hasta el 67% de las historias de medicación recetada de los pacientes tiene uno o más errores (4), y hasta un 46% de esos errores de medicación tiene lugar cuando se emiten nuevas órdenes para el paciente, tanto en el momento de la admisión como en el momento del alta (5). La conciliación de la medicación es un

Lograr que el paciente y su familia participen en forma efectiva en la conciliación de los medicamentos es una estrategia clave para apuntar y evitar los errores de receta y de administración, reduciendo por lo tanto el daño al paciente. Por ejemplo, una vez implementado un programa de conciliación de medicamentos centrado en el paciente, tres hospitales en Massachusetts, EE.UU., experimentaron una reducción promedio de los errores relacionados con la medicación del 85% durante un período de 10 meses (7). Clientes de equipos de prestadores de atención sanitaria están difundiendo y respaldando la implementación de esta estrategia mediante su participación en las campañas 100K Lives, en EE.UU. (5) y Safer Healthcare Now!, en Canadá (8).

► TEMAS ASOCIADOS:

La implementación de los programas mencionados en forma exitosa en todos los entornos donde se utilizan medicamentos supone un reto. Una implementación exitosa requiere un enfoque de equipo que involucre a todos los actores involucrados en el proceso de atención al paciente, desde el personal de enfermería hasta el personal de farmacia y el personal de atención médica.

► LEYENDA:

Se estima que el 46 % de errores de medicación se producen al ingreso o alta de una unidad de internación/hospital. Estos se generan por fallas de comunicación en puntos de transición vulnerables que ocurren durante la atención: **admisión (hogar – hospital), intrahospitalarios y alta (hospital – hogar).**

CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTO

- ⊙ **LA CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTO** es el proceso para verificar que la lista de medicación de un paciente es la **indicada, necesaria y segura** al momento de la enfermedad, destinado a **prevenir los errores de medicación en los puntos de transición** en el cuidado del paciente.⁽³⁾
 - Es un proceso diseñado para prevenir errores de medicación en los puntos de transición del paciente (4).
- ⊙ De participación **MULTIDISCIPLINARIA** :
MÉDICO-FARMACEÚTICO-ENFERMERO.

⊙ (3) ISMP Canada Safety Bulletin. Volumen 6, Issues3. June 9, 2009. -National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better healthcare.2009

⊙ (4) The case for medication reconciliation. Nursing Management, 2005, 36(9):22.

CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTO

⦿ CONSISTE EN 3 PASOS:

- **1º Paso- Verificación de Uso de medicamento** : elaboración de una lista con la mejor historia de medicación posible del paciente (Medicamentos recetados y sin receta (de venta libre), vitaminas, complementos nutricionales, alimentos potencialmente interactivos, preparaciones herbales y drogas ilegales), **dosis, intervalo y vía de administración** ; y los datos deben ser obtenidos interrogando a paciente o cuidador, H.C., registro electrónico del paciente y de indicaciones médicas previas a la transición del paciente (pase de UCI a CIM).
- **2º Paso- Identificación de Diferencias** : se compara esa lista con las indicaciones médicas que el médico a cargo del paciente prescribió en cualquiera de los puntos de transición e identificar Discrepancias, éstas deben ser discutidas con el médico a cargo del paciente. **Las discrepancias se clasifican en Intencionales y No Intencionales, voluntarias e involuntarias.**(4)

CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTO

- **DISCREPANCIA INTENCIONAL DOCUMENTADA:** el médico ha tomado la decisión de agregar, cambiar o suspender un medicamento y su elección esta claramente documentada en la historia clínica del paciente y en la indicación. Esto se considera la mejor práctica en la CONCILIACIÓN.
- **DISCREPANCIA INTENCIONAL NO DOCUMENTADA:** el médico ha tomado la decisión de agregar, cambiar o suspender un medicamento y su elección no está correctamente documentada
- **DISCREPANCIA NO INTENCIONAL O INVOLUNTARIA (ERROR):** el médico sin querer cambia, agrega u omite un medicamento que él paciente estaba tomando antes del ingreso o de la transferencia desde algún punto de transición. Estas discrepancias accidentales son errores de medicación que pueden conducir a la aparición de efectos adversos no deseado.
 - ✓ **Según su daño potencial (Gravedad):** se refiere a si **el DAÑO ALCANZO AL PACIENTE**. se dividieron en: **leves, moderadas y graves**. (Clasificación Ruiz-Jarabo)

CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTO

- ◎ **3º Paso- Rectificación de los errores de medicación en las interfaces de la atención del paciente:** identificadas las discrepancias, se deberá realizar una nueva indicación médica para el paciente, en las que se encuentren corregidas todas las discrepancias involuntarias y deberán documentarse las discrepancias intencionales no documentadas.
 - **Actualización de la lista, a medida que se emiten nuevas órdenes, para reflejar todos los medicamentos que toma el paciente actualmente, incluyendo todo medicamento autoadministrado traído a la organización por el paciente**

EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GARRAHAN



CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

“ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO PARA DISMINUIR LOS ERRORES DE MEDICACIÓN”

HOSPITAL NACIONAL DE PEDIATRÍA J. P. GARRAHAN.

AUTORES: FEDRIZZI V.*, VITERITTI L.*, CALIVAR L**, ROUSSEAU M.**
CALLE G.**
ORELLANA V.***, RODRIGUEZ S.***, MENDOZA S.*** MARCIANO B.*, DACKIEWICZ N.*

*ÁREA DE CLÍNICA MÉDICA **ÁREA DE FARMACIA ***ÁREA ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

- ◎ **LA CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTO** es el proceso para verificar que la lista de medicación de un paciente es la indicada, necesaria y segura al momento de la enfermedad, destinado a prevenir los errores de medicación en los puntos de transición en el cuidado del paciente.⁽¹⁾
- ◎ De participación **MULTIDISCIPLINARIA.**
- ◎ Hipotetizamos que ésta es una estrategia de seguridad válida para **prevenir los errores de medicación.**

(1) ISMP Canada Safety Bulletin. Volumen 6, Issues3. June 9, 2009.
◎ -National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better healthcare.2009

OBJETIVO

- Analizar el proceso de **Conciliación multidisciplinaria de medicamentos**, mediante la comparación de **discrepancia (no intencional)** de las indicaciones médicas, **pre y post intervención**

MATERIALES Y MÉTODOS

- ESTUDIO DE INTERVENCIÓN ANTES Y DESPUÉS SIN GRUPO CONTROL

MATERIALES Y MÉTODOS

- Para el análisis de las posibles discrepancias se tuvo en cuenta Safer Healthcare Now-Guide: Medication Reconciliation y se clasificaron en:
 - **DISCREPANCIA INTENCIONAL DOCUMENTADA.**
 - **DISCREPANCIA INTENCIONAL NO DOCUMENTADA.**
 - **DISCREPANCIA NO INTENCIONAL O INVOLUNTARIA (ERROR):**
 - Según su daño potencial se dividieron en: leves, moderadas y graves .(Clasificación Ruiz-Jarabo)

MATERIALES Y MÉTODOS

- ◎ **CRITERIO DE INCLUSIÓN:** -Pacientes en situación de transición con al menos tres medicamentos.
- ◎ **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** -Menos de 24 horas de internación en CIM.
-Pacientes cuidados por una persona que desconoce la medicación del niño
-Cuidadores que se niegan a contestar.
- ◎ A las 24 horas del ingreso al CIM se evaluaron las indicaciones médicas actuales del paciente, comparándose con las últimas indicaciones del sector anterior y/o con los medicamentos utilizados en el hogar; los pacientes que ingresaron el fin de semana fueron evaluados en el primer día hábil posterior a la admisión o pase.

MATERIALES Y MÉTODOS

MEDICIÓN PRE-INTERVENCIÓN.

- ⦿ Realizada por un **MÉDICO** entre agosto y octubre de 2010, analizó en CIM 32 y 42 todas las indicaciones médicas de los pacientes admitidos desde Emergencia, UCIP, HD o consultorios.
- ⦿ El análisis se realizó 24hs después del ingreso al CIM, comparando las indicaciones actuales con las indicaciones del sector anterior y/o con las medicaciones del paciente en el hogar.
 - ⦿ La etapa de Pre-Intervención se realizó **SIN INTERVENCIÓN DEL FARMACÉUTICO EN CONCILIACIÓN .**

MATERIALES Y MÉTODOS

MEDICIÓN PRE-INTERVENCIÓN.

- ⊙ La recolección de datos en ambos períodos fue la siguiente: se registró edad, sexo, enfermedad de base, motivo de internación, estadía, alergia, ajuste de droga, droga de base o no, intervalo, dosis y vías de administración; y se analizó el número de drogas por paciente, gravedad (potencialidad), momento y tipo de discrepancia no intencional.
- ⊙ Luego del registro inicial se realizó el análisis de las discrepancias entre las indicaciones médicas actuales y las realizadas el día previo ; y las discrepancias entre las indicaciones médicas actuales con las que el paciente seguía en su hogar antes del ingreso.
- ⊙ El médico investigador interrogaba a los médicos de planta y a los residentes a cargo del paciente con los que analizaba y discutía el motivo de la discrepancia no intencional para luego registrarlo en la indicación médica y en la historia clínica del paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

INTERVENCIÓN

- **El farmacéutico realizó la Conciliación de medicamentos,** focalizando en el punto de **transición hogar-actual**. Analizó la medicación de cada paciente ingresado, comparándolas con las que recibía en el período previo al ingreso, **interactuando con el médico y enfermero a cargo,** registrando por escrito toda la información brindada por el paciente (compartiendo el registro con el médico)

MATERIALES Y MÉTODOS

MEDICIÓN POST-INTERVENCIÓN.

- A las 24 horas del ingreso al CIM se evaluaron las **indicaciones médicas actuales del paciente**, comparándose con las últimas indicaciones del sector anterior y/o con los medicamentos utilizados en el hogar; los pacientes que ingresaron el fin de semana fueron evaluados el primer día hábil posterior a la admisión o pase.
- La Post-intervención se realizó con la participación del **FARMACÉUTICO**, **entrevistando a padres o cuidador** respecto a **su historial medicamentoso**, registrando por escrito nombre de paciente, edad, sexo, enfermedad de base, **droga/ drogas** que el paciente recibía en hogar, **dosis, intervalo, vía de administración, forma farmacéutica**. Luego la planilla se compartía con el médico investigador que interrogaba a los médicos de planta y a los residentes a cargo del paciente con los que analizaba y discutía el motivo de la discrepancia no intencional para luego registrarlo en la indicación médica y en la historia clínica del paciente
- **Una vez realizada la conciliación, se procedió a ACTUALIZAR la lista de medicación del paciente, registrándolo en la historia clínica e informando al mismo de dichos cambios.**

RESULTADOS

PRE-INTERVENCIÓN

- Se analizaron 956 drogas correspondientes a 149 pacientes.
(Me: 6)
- Edad : Me 5 años, 45% hombres, 55% mujeres.

POST-INTERVENCIÓN

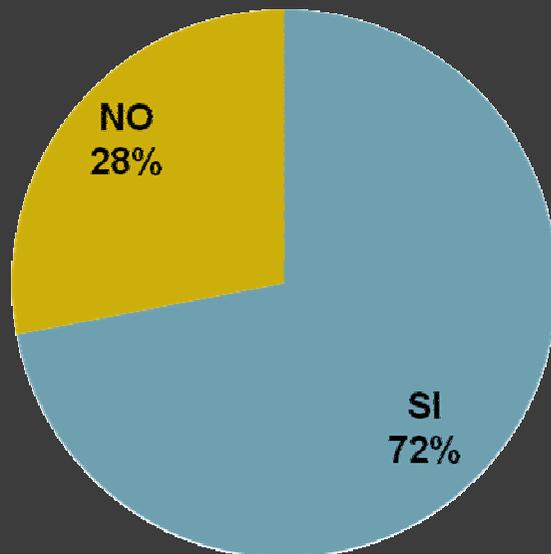
- Se analizaron 660 drogas correspondientes a 103 pacientes.
(Me: 6)
- Edad : Me 4 años, 53% hombres, 47% mujeres.

RESULTADOS

PRESENCIA DE ENFERMEDAD DE BASE

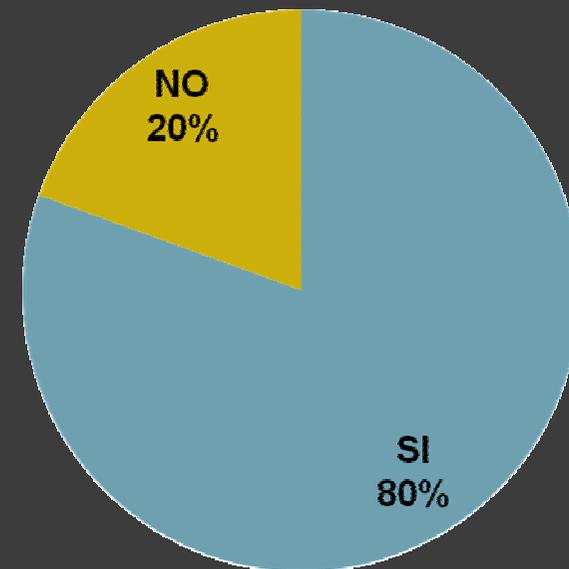
○ PRE-INTERVENCIÓN (N=149)

ENFERMEDAD DE BASE



○ POST-INTERVENCIÓN (N=103)

ENFERMEDAD DE BASE

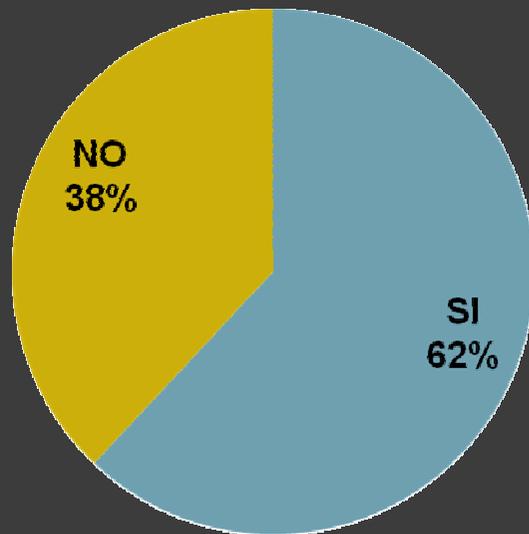


RESULTADOS

PRESENCIA DE MEDICACIÓN DE BASE

⦿ PRE-INTERVENCIÓN (N=149)

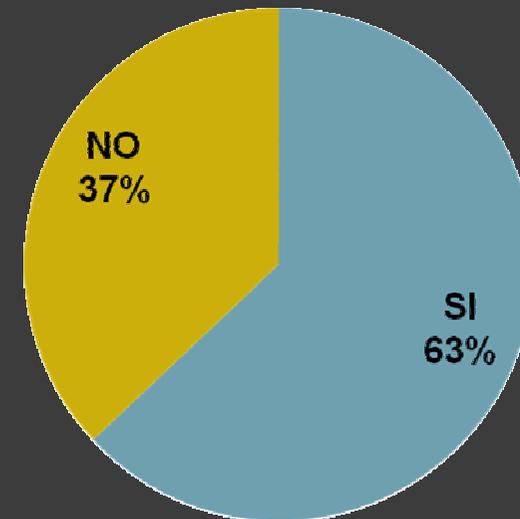
PACIENTES C/MEDICACION DE BASE



Me: 6 drogas por paciente.

⦿ POST-INTERVENCIÓN (N= 103)

PACIENTES C/MEDICACION DE BASE



Me: 6 drogas por paciente

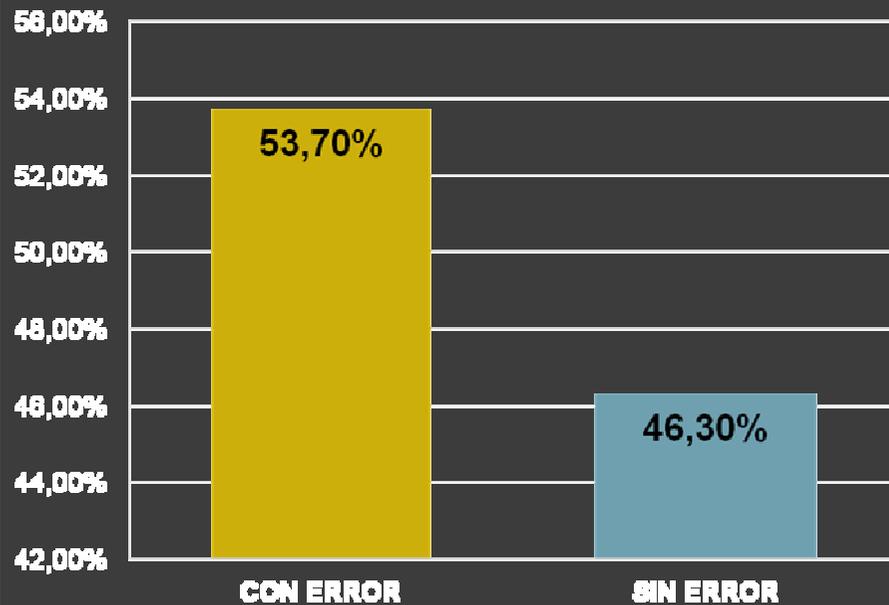
RESULTADOS

PACIENTES CON DISCREPANCIA NO INTENCIONAL

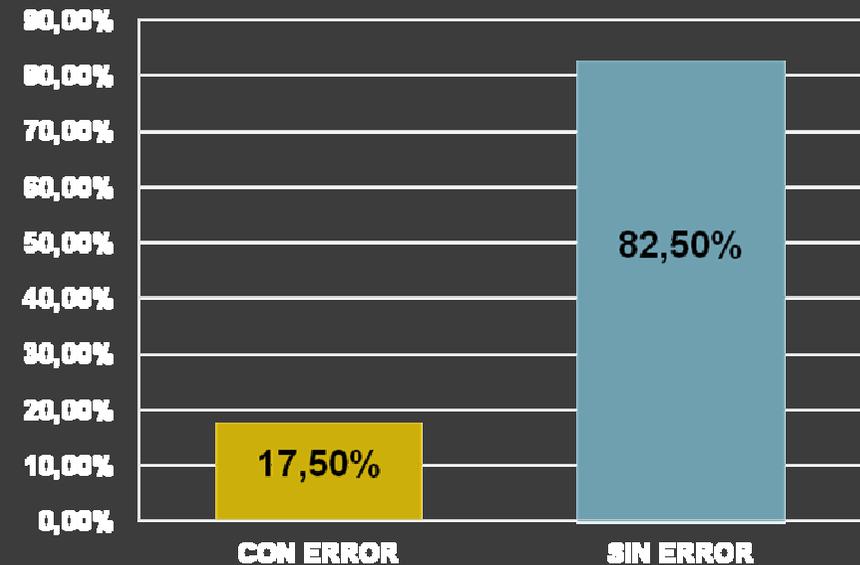
○ PRE-INTERVENCIÓN (N=149)

○ POST-INTERVENCIÓN (N=103)

PACIENTE CON ERROR (DISCREPANCIAS NO INTENCIONAL)



PACIENTE CON ERROR (DISCREPANCIA NO INTENCIONAL)

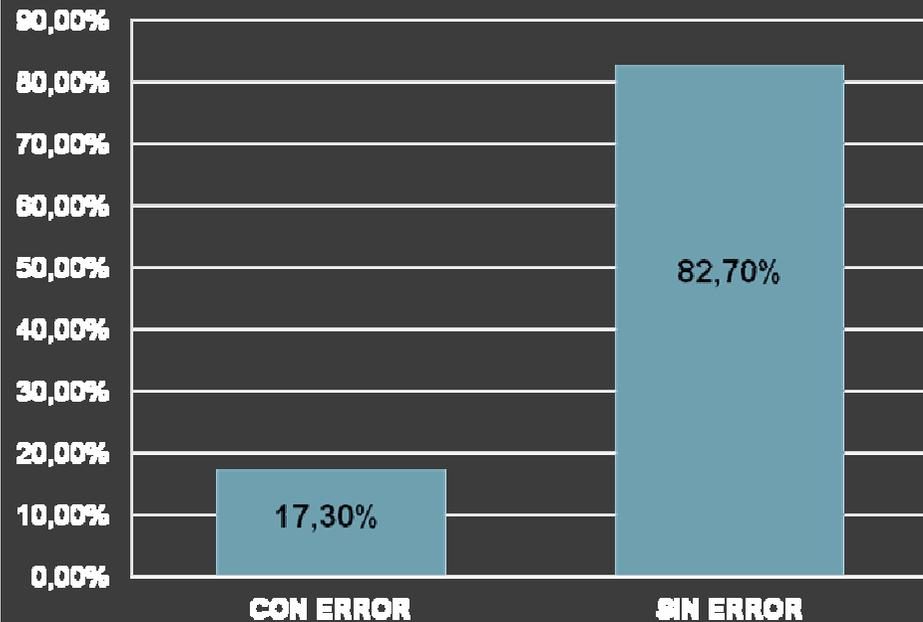


RESULTADOS

MEDICAMENTOS CON DISCREPANCIA NO INTENCIONAL (ERROR)

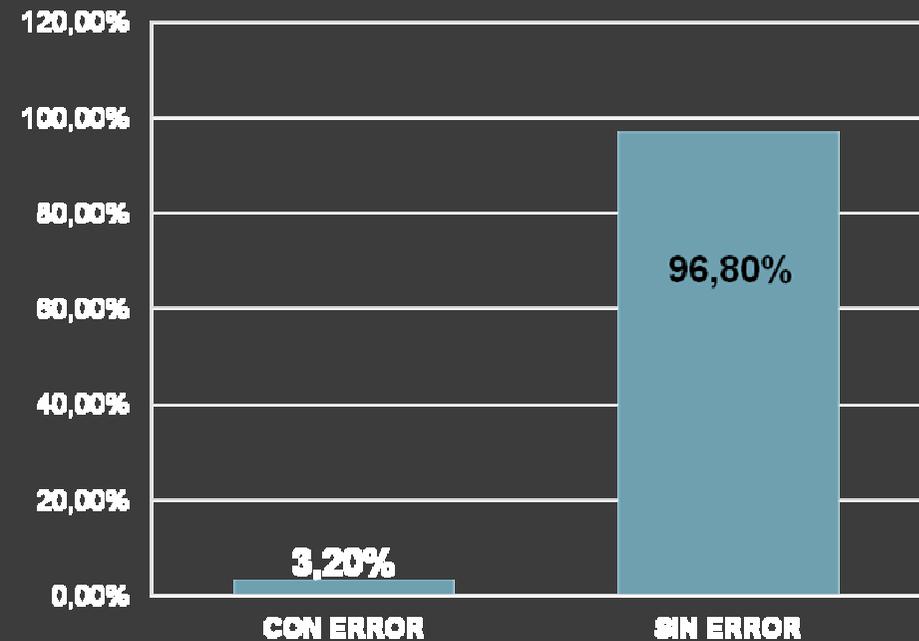
PRE-INTERVENCIÓN (N=956)

MEDICAMENTOS CON ERROR



POST-INTERVENCIÓN (N=660)

MEDICAMENTOS CON ERROR



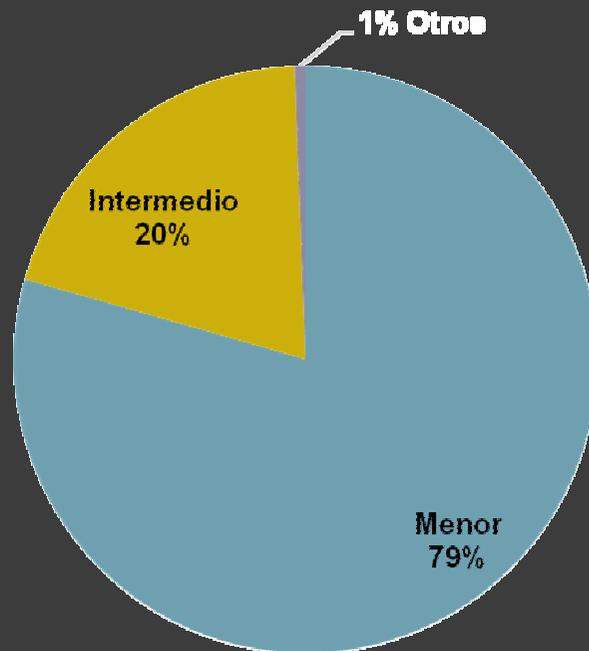
RESULTADOS

GRAVEDAD (POTENCIALIDAD) DE DISCREPANCIA NO INTENCIONAL (ERROR)

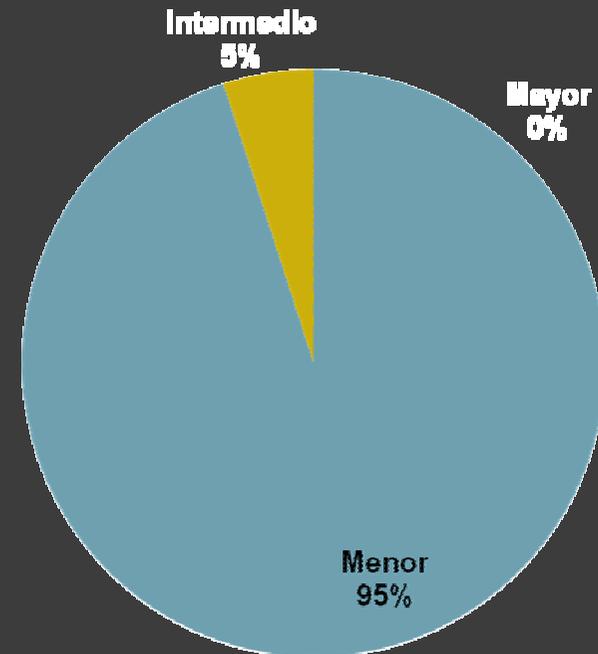
○ PRE-INTERVENCIÓN (N=165)

○ POST-INTERVENCIÓN (N=21)

POTENCIALIDAD DEL ERROR



POTENCIALIDAD DEL ERROR



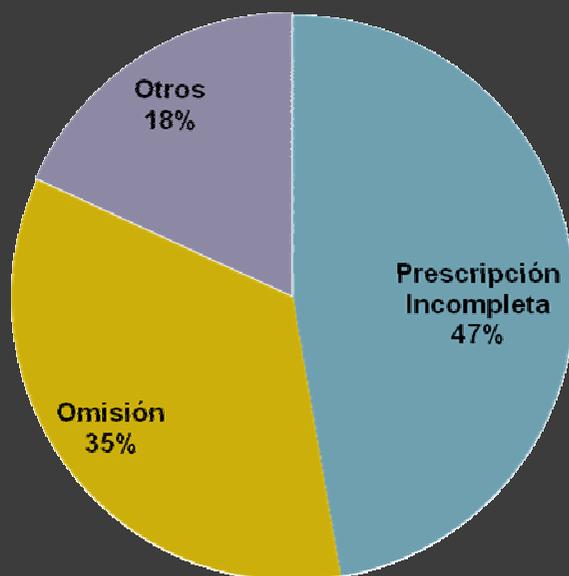
RESULTADOS

TIPO DE DISCREPANCIAS NO INTENCIONAL

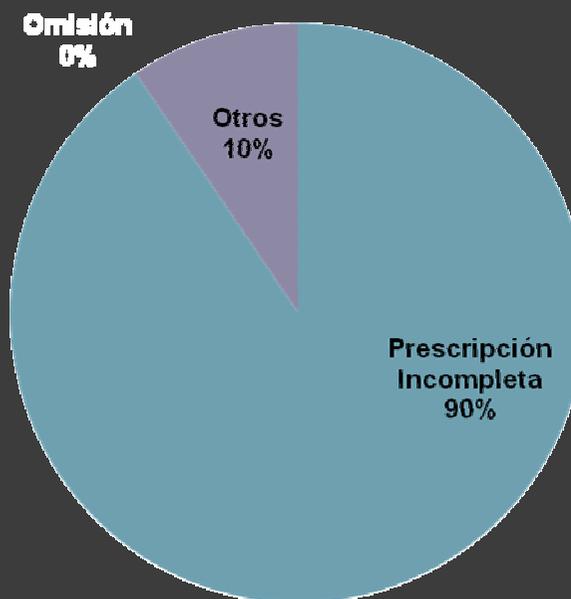
○ PRE-INTERVENCIÓN (N=165)

POST-INTERVENCIÓN (N=21)

TIPO DE ERROR



TIPO DE ERROR



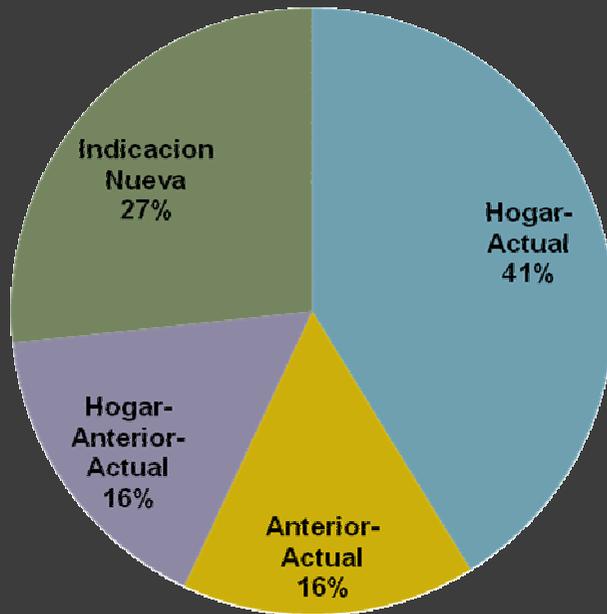
RESULTADOS

ETAPA DE LA TRANSICIÓN DONDE OCURRIÓ EL ERROR

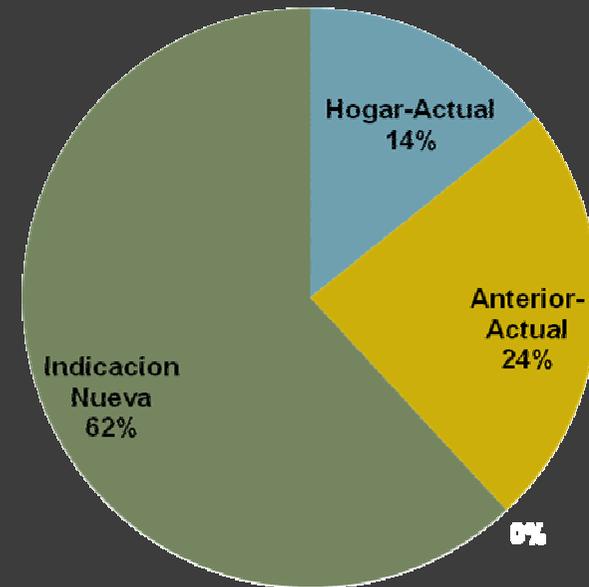
PRE-INTERVENCIÓN (N=165)

POST-INTERVENCIÓN (N=21)

MOMENTO DEL ERROR



MOMENTO DEL ERROR



DISCUSIÓN

- Como primera experiencia en el hospital, el farmacéutico tuvo un rol importante en la disminución de errores de medicación, junto al equipo de salud, instando a ser continuado en forma prospectiva y continua.
- Nuestra experiencia coincide con Crotty M et al, afirman la utilidad y la responsabilidad del Farmacéutico clínico en las intervenciones en los puntos de transición (participación en la reducción de errores de medicación), dejando como antecedente el registro de la medicación correcta, en la forma adecuada y en el paciente correcto. Contemplando la planificación de la Conciliación en los puntos de transición vulnerables que ocurren durante la atención: admisión (hogar – hospital), intrahospitalarios y alta (hospital – hogar).
- Khani, Coster manifiestan que los pacientes atendidos por varios profesionales de la salud (medico-farmacéutico-enfermero) deben tener como prioridad la comunicación entre ellos para lograr resultados positivos en beneficio de los pacientes
- Creemos que podría ser desarrollado en un futuro cercano la Conciliación en el ALTA de los pacientes, tanto en el horario de planta como en el horario de guardia, desarrollando estrategias que minimicen las discrepancias no intencionadas.

CONCLUSIÓN

La **CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS**, a través del fortalecimiento de la integración interdisciplinaria farmacéutico-médico-enfermero, disminuyó los errores de medicación, que ocurrieron en la transición hogar-hospital.

BIBLIOGRAFIA

- (5) Coordinating Council on Medication Error Reporting and Prevention. Medication error definition, 1998. Disponible en: <http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm>.---
- (6) Lacasa C, Humet C, Cot R. Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: EASO 242, 2001; 1-323
- (7)(a) www.iom.edu/ To err is human.///
- (b) Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:768-70
- (8) (a) Nadzam DM. A systems approach to medication use. En: Cousins DD, ed. Medication use: A systems approach to reducing errors. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission; 1998; 5-17. (b) ISMP. A call to action: Eliminate handwritten prescriptions within three years! Electronic prescribing can reduce medication errors. Huntingdon Valley, PA: ISMP, 2000
- (9) Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:768-70.
- (10) Cohen MR. Causes of medication errors. En: Medication errors. Causes, prevention, and risk management. Washington, D.C.: American Pharmaceutical Association; 1999.
- (11) La seguridad del paciente en 7 pasos: Agencia Nacional para seguridad del paciente; Sistema Nacional de Salud Reino Unido 2005.
- (12) Joint Commission International.

