

Calidad de los informes farmacoterapéuticos al ingreso hospitalario

Rev. O.F.I.L. 2014, 24;2:91-96

SAAVEDRA QUIRÓS V¹, ORTEGA MONTALBAN FA², MENCHÉN VISO B³, RUIZ GUTIÉRREZ J², TORRALBA ARRANZ A⁴

1 Licenciado en Farmacia. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Farmacéutico adjunto

2 Licenciado en Farmacia. Residente de Farmacia Hospitalaria

3 Licenciado en Farmacia. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Farmacéutico colaborador

4 Doctora en Farmacia. Jefe del Servicio

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. España

Resumen

Introducción: El primer paso para poder realizar la conciliación de tratamiento es obtener la mejor información farmacoterapéutica posible.

El objetivo del estudio es evaluar la calidad de los informes farmacoterapéuticos proporcionados por los pacientes institucionalizados a su ingreso hospitalario.

Material y método: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los informes farmacoterapéuticos obtenidos al realizar la conciliación de tratamiento al ingreso hospitalario, en el periodo enero 2012-enero 2013.

Se seleccionó un modelo de informe de cada residencia de origen de los pacientes. La información evaluada incluyó: alergias/intolerancias medicamentosas, medicamento prescrito, vía de administración, dosis, frecuencia, fecha de inicio/fin del tratamiento, patología relacionada con el medicamento, y si el formato del informe era informatizado o no.

Además, se realizó una valoración independiente subjetiva del formato, información aportada y actualización del informe.

Resultados: Se evaluaron 54 informes (85% informatizados). El 70,4% de los informes incluyeron alergias/intolerancias. Todos ellos indicaban el medicamento prescrito y la frecuencia de administración, pero no todos indicaban la dosis a administrar. Además, tan solo el 41% indicaba la vía de administración, y solo el 59% de los informes detallaba la fecha de inicio y fin de tratamiento en el caso de los tratamientos agudos. El análisis subjetivo calificó al 9,3% de los informes como excelentes, el 50% buenos, el 31,5% regulares y el 9,2% deficientes.

Conclusiones: Existe un amplio margen de mejora de los informes de tratamiento procedentes de centros sociosanitarios, especialmente en lo referente a la omisión de información. Por otro lado, un formato inadecuado puede originar confusión y en definitiva conllevar a errores de medicación.

Palabras clave: Residencias sociosanitarias, informes farmacoterapéuticos, conciliación de tratamiento, errores de medicación.

Correspondencia:

Virginia Saavedra Quirós

Hospital Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda (Servicio de Farmacia)

c/ Joaquín Rodrigo, 2

28222 Majadahonda (Madrid)

Correo electrónico: virginia.saavedra@salud.madrid.org

Pharmacotherapeutic quality reports to hospitalization

Summary

Background: The first step to do medication reconciliation is to obtain the best possible medication history (BPMH). The objective of this study was to assess the quality of these medication records.

Material and methods: An observational descriptive study of the treatment reports provided by the nursing homes, of the patients included in a program of medication reconciliation. The period of study was from January 2012 to January 2013.

One model of report from each different nursing home among all the patients reconciled was selected. The information evaluated included: Allergies/intolerances, drug, route of administration, dose, frequency, date of beginning/ending of treatment, pathology related to each drug prescribed, computerized format.

In addition, a subjective independent evaluation was performed by three pharmacists on the format of the report, information supplied and update of the information.

Results: Fifty-four reports were assessed (85% computerized). 70.4 % of the reports included allergies/intolerances; all of them showed the brand or international non-proprietary name, and the frequency of administration, but not all of them specified the dose. In addition, only 41% showed the route of administration. 59% of the reports included the date of beginning and ending of the treatments.

The results of the subjective analysis were: 9.3% of the treatment reports were appreciated as excellent, 50% as good, 31.5% as fair and 9.2 % as deficient.

Conclusions: There is a considerable margin for improving treatment reports from nursing homes, especially in relation to the lack of information. Furthermore, an improper format can lead to a misunderstanding and finally to medication errors.

Key Words: Medication reconciliation, medication errors, medical record, nursing homes.

Introducción

La terapia farmacológica constituye una parte esencial del manejo del paciente anciano crónico, pero presenta complicaciones añadidas derivadas de la edad, del consiguiente deterioro en la metabolización de los fármacos, del aumento de la susceptibilidad, de la polimedición, del aumento en el riesgo de interacciones medicamentosas y del continuo cambio de nivel asistencial, lo que afecta a la adherencia y a la seguridad en el manejo de los fármacos¹.

La conciliación de tratamiento se ha establecido como una herramienta fundamental para garantizar la continuidad asistencial del pa-

ciente en lo que al tratamiento farmacológico se refiere. Actualmente, la implementación de programas de conciliación de tratamiento es una necesidad y un estándar de calidad en los centros sanitarios según las recomendaciones de diversos organismos internacionales como la Joint Commission o la OMS².

La obtención de una historia farmacoterapéutica precisa es la clave para realizar correctamente la conciliación de tratamiento, sin embargo la obtención de la información es una tarea difícil^{3,4}.

El listado de medicamentos habitualmente obtenido en la anamnesis médica realizada en los servicios de Urgencias suele no ser del todo preciso por diferentes motivos, como son: el

momento y el lugar en el que se obtiene la información, los conocimientos del paciente, la propia enfermedad o situación clínica del paciente, la disponibilidad de la “bolsa de medicación”, o si el paciente o la familia dispone de un listado actualizado de la medicación, así como, la falta de acceso a los registros de dispensación de las oficinas de farmacia⁵. Por otro lado, la variedad de las fuentes de información hace que el proceso de obtención de la mejor historia farmacoterapéutica posible sea un trabajo en muchos casos complicado y requiera emplear mucho tiempo⁶. Algunos estudios han estimado entre 9 y 30 minutos el tiempo que lleva obtener una historia farmacoterapéutica completa y precisa⁵.

Una historia errónea o incompleta puede no detectar problemas relacionados con la medicación, tales como interacciones medicamentosas, duplicidades terapéuticas, contraindicaciones, etc., provocar un error en la administración, o la interrupción de un tratamiento que el paciente necesita de forma crónica⁴.

Numerosas publicaciones han puesto en evidencia el elevado número de errores que se cometen al realizar la historia farmacoterapéutica domiciliaria. El estudio de Soler-Giner *et al.*⁷ pone de manifiesto la existencia de un serio problema de falta de exhaustividad en la recopilación de la información sobre medicación previa del paciente en los servicios de Urgencias. Así lo demuestra también una revisión sistemática que incluyó a un total de 3.755 pacientes, y que determinó que hasta un 67% de éstos presentaban al menos un error en su historia farmacológica cuando ésta era obtenida por médicos, pudiendo atribuirse a la obtención de una historia farmacoterapéutica incompleta en el momento del ingreso hasta un 27% de todos los errores de prescripción a nivel hospitalario⁵.

En el caso de la conciliación de tratamiento en el paciente institucionalizado, partimos con la ventaja de disponer de un informe farmacoterapéutico elaborado por la residencia socio-sanitaria de la que proceden. Sin embargo, ¿hasta qué punto esa información es una ayuda o una fuente de posibles errores? Esta incertidumbre ha supuesto el origen de nuestro estudio, el cual tiene por objetivo evaluar la calidad de los informes farmacoterapéuticos que aportan los pacientes institucionalizados al ingreso hospitalario.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo sobre la calidad de los informes farmacoterapéuticos de los pacientes incluidos en un programa de conciliación de tratamiento al ingreso en el servicio de Urgencias, durante el periodo enero 2012- enero 2013.

Todos los pacientes incluidos en el programa de Conciliación de tratamiento fueron pacientes institucionalizados.

Se seleccionó un modelo de informe de cada residencia de origen de los pacientes.

Para el análisis de la calidad de los informes farmacoterapéuticos se elaboró una hoja de recogida de datos en la que se registró la presencia y/o características de la siguiente información: alergias/intolerancias, especialidad farmacéutica, vía administración, dosis, frecuencia de administración, tratamiento agudo o crónico, fechas de inicio/fin de tratamiento, medicamento asociado a patología, modelo informatizado.

Por otro lado, se realizó una valoración subjetiva independiente por tres farmacéuticos en la que se evaluó el formato del informe, información global aportada y actualización de los datos, puntuando con un 3 a los informes excelentes, 2 a los buenos, 1 a los regulares y 0 a los deficientes.

Resultados

Se analizaron un total de 54 informes diferentes, el 85% informatizados. El 70,4% de los informes registraron alergias/intolerancias, el 100% indicaban la especialidad y la frecuencia de administración, sin embargo solo el 98% incluía la dosis prescrita. Un 41% identificaba la vía de administración y en el 72,2% de los casos se indicaba si se trataba de un tratamiento agudo o crónico y solo en el 59% de los informes se indicaba la fecha de inicio/fin de los tratamientos. En ninguno de los informes analizados se hacía referencia a la indicación para la que estaba prescrito cada uno de los fármacos.

La valoración subjetiva realizada en cuanto a la idoneidad del formato, la información global aportada y el grado de actualización de los informes dio lugar a los siguientes resultados: el 9,3% de los informes se puntuaron de forma

global como excelentes, el 50% de los informes consideraron buenos, sin embargo un 31,5% obtuvieron una puntuación baja por lo que se clasificaron como regulares y un 9,2% como deficientes. La puntuación media de los informes con respecto al formato del informe fue de 1,65 puntos sobre 3, con una mediana de 2; con respecto a la información aportada la puntuación media fue de 1,76 sobre 3, con una mediana de 2; y con respecto a la actualización de la información la puntuación fue de 1,18 sobre 3 puntos (mediana =1). Por lo que en conjunto la media global obtenida fue de 4,6 sobre 9, con una mediana de 5. Es de destacar, que la peor puntuación se asignó a la actualización del informe, bien porque no indicaban la fecha de la última actualización o era muy antigua, o bien porque se observaron medicamentos prescritos considerados como tratamientos agudos, cuya duración de tratamiento había finalizado, según los periodos de fechas indicados (Figura 1).

Discusión

La omisión de información farmacoterapéutica puede ser el origen de errores de administración, como es que solo el 41% indique la vía de administración, o que no se recojan las fechas de inicio/fin de tratamiento, pudiendo cronificar tratamientos originalmente agudos. De hecho, tal y como señala la revisión sistemática llevada a cabo por Mueller *et al.*⁸, los errores que se producen en la obtención del historial farmacoterapéutico del paciente al ingreso hospitalario, tienen un elevado potencial de dañar al paciente como consecuencia de su persistencia durante el ingreso, e incluso al alta hospitalaria. Además, cabe destacar de nuestro estudio el que haya informes que no indiquen la dosis, lo que hace que el riesgo de infra o sobredosificación sea muy elevado; se trata de un dato imprescindible para un correcto tratamiento del paciente. Un alto porcentaje de los informes médicos recogen alergias/intolerancias pero lo recomendable es que éstas también estuviesen en la hoja farmacoterapéutica, y que en el 100% de los casos se indicara si existen alergias o intolerancias conocidas.

A la hora de realizar la conciliación de tratamiento es de gran utilidad toda información que podamos obtener de la situación clínica

del paciente. Por ello, la identificación de la patología para la cual está prescrito cada uno de los medicamentos sería una gran ayuda en la toma de decisiones.

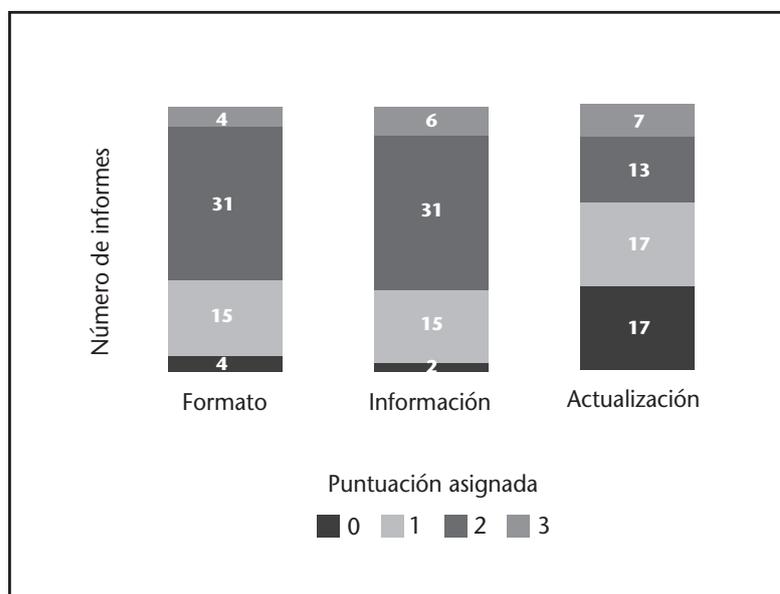
De acuerdo con Zoni *et al.*⁹, las aplicaciones informáticas no pueden sustituir a la entrevista clínica, la cual permite al profesional sanitario evaluar entre otros aspectos, la adherencia al tratamiento o el consumo de medicamentos u otros productos fitosanitarios sin receta, los cuales en muchas ocasiones son más consumidos que aquellos prescritos. Sin embargo, el perfil de los pacientes institucionalizados, tanto en el aspecto sanitario como en el social, hace muy compleja la obtención de información mediante la entrevista a los familiares o al propio paciente. Es por este motivo, que la información más fiable es la proporcionada por la residencia, aunque a la vista de los resultados del estudio no es del todo precisa, requiriendo en muchos casos completar y contrastar la información con otras fuentes tales como informes de hospitalización previos, registros de atención primaria o con el propio médico de la residencia. Esta falta de confianza en la precisión de los listados de medicación obtenidos al ingreso hospitalario y el número de discrepancias detectadas han sido puestas de manifiesto por diversos estudios^{5,7,10-12}. Por otro lado, los estudios que comparan la exhaustividad de la información farmacoterapéutica obtenida por médicos y farmacéuticos reconocen en este sentido una mayor calidad en la obtención de la información cuando la realiza el farmacéutico, ya que consulta un mayor número de fuentes de información¹³.

El desarrollo de sistemas informáticos que permita la puesta en común de la información generada en ambos ámbitos, el ambulatorio y el hospitalario, mejoraría la transición asistencial del paciente¹¹. A día de hoy, a pesar de los esfuerzos realizados en algunas Comunidades Autónomas, continúa siendo una utopía, sin embargo, el hecho de que el tratamiento se encuentre informatizado en comparación con aquellos todavía registrados a mano, ya supone una ventaja, puesto que facilita la comprensión del mismo, estandariza la información y ayuda a que no se omita información imprescindible. Además, disminuye el riesgo de error debido a la transcripción de la información.

Con respecto al grado de actualización de la información, cabe señalar que es de vital importancia mantener actualizada la medicación, no solo porque permitiría detectar errores potenciales de prescripción, sino porque evitaría potenciales errores de conciliación en caso de que hubiera prescripciones generadas en diferentes ámbitos de atención sanitaria.

Los informes recibidos en el momento del ingreso requieren un alto grado de fiabilidad y confianza en el tratamiento descrito para garantizar un correcto tratamiento farmacoterapéutico desde el inicio de la estancia hospitalaria.

Figura 1
Valoración subjetiva de los informes



Conclusión

El margen de mejora de los informes es amplio, sobre todo en aquellos en que carecen de información, la cual es clave para una correcta administración del tratamiento. Por otro lado, un formato inadecuado, puede dar lugar a malas interpretaciones, y en definitiva puede conllevar a errores de medicación. De manera ideal, debería reducirse al máximo, al menos dentro de una misma Comunidad Autónoma, la gran variedad de modelos de informe, de forma que se estandarizara tanto el tipo de información como el formato en que se transmite. No obstante, el disponer de un informe farmacoterapéutico lo más actualizado posible en el mismo instante en el que el paciente accede a Urgencias, es una gran ayuda como punto de partida para garantizar una adecuada transición asistencial del paciente.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Medicina Interna SE de M de F y C. Documento de consenso atención al paciente con enfermedades crónicas. Mairena del Aljarafe, Sevilla: Mergablum; 2011.
2. Calderón Hernanz B, Oliver Noguera A, Tomás Vecina S, et al. Conciliación de los

- medicamentos en los servicios de urgencias. *Emergencias* 2013;25:204-17.
3. Gardella JE, Cardwell TB, Nnadi M. Improving medication safety with accurate preadmission medication lists and postdischarge education. *Jt Comm J Qual Patient Saf Jt Comm Resour* 2012 Oct;38(10):452-8.
4. Iniesta Navalón C, Urbieta Sanz E, Gascón Cánovas JJ, Madrigal de Torres M, Piñera Salmerón P. Medication history taking on admission to a hospital emergency department. *Emergencias* 2011;23:365-71.
5. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ Can Med Assoc J* 2005 Aug 30;173(5):510-5.
6. Haynes KT, Oberne A, Cawthon C, Kripalani S. Pharmacists' recommendations to improve care transitions. *Ann Pharmacother* 2012 Sep;46(9):1152-9.
7. Soler-Giner E, Izuel-Rami M, Villar-Fernández I, Real Campaña JM, Carrera Lasfuentes P, Rabanaque Hernández MJ. Calidad de la recogida de la medicación domiciliar en urgencias: discrepancias en la conciliación. *Farm Hosp* 2011 Jul;35(4):165-71.

8. Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. *Arch Intern Med* 2012 Jul 23;172(14):1057-69.
9. Zoni AC, Durán García ME, Jiménez Muñoz AB, Salomón Pérez R, Martín P, Herranz Alonso A. The impact of medication reconciliation program at admission in an internal medicine department. *Eur J Intern Med* 2012 Dec;23(8):696-700.
10. Candlish K, Young G, Warholak T. Challenges in obtaining accurate home medication lists in emergency triage at an academic medical center: perceptions from nurses. *Adv Emerg Nurs J* 2012 Dec;34(4):333-40.
11. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med* 2005;165(4):424.
12. Galvin M, Jago-Byrne M-C, Fitzsimons M, Grimes T. Clinical pharmacist's contribution to medication reconciliation on admission to hospital in Ireland. *Int J Clin Pharm* 2012 Sep 13;35(1):14-21.
13. Cornu P, Steurbaut S, Leysen T, et al. Effect of medication reconciliation at hospital admission on medication discrepancies during hospitalization and at discharge for geriatric patients. *Ann Pharmacother* 2012 Apr;46(4):484-94.