

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 proceso diseñado para prevenir errores de medicación en los puntos de transición del paciente (6). Incluye:

- *La creación de una lista lo más completa y exacta posible, o la "mejor historia de medicación posible" (BPMH, por sus siglas en inglés) de todos los medicamentos que el paciente esté tomando actualmente, también denominada lista de medicamentos "en el domicilio".*
- *La comparación de la lista contra la admisión, transferencia y/o órdenes de alta cuando se escriben órdenes de medicamentos; la identificación de toda discrepancia, llamando la atención sobre la misma del facultativo médico que receta y, si fuera adecuado, la realización de cambios en las órdenes a la vez que se asegura la documentación de esos cambios.*
- *La actualización de la lista al redactar nuevas órdenes, a fin de que refleje todos los medicamentos que actualmente toma el paciente.*
- *La comunicación de la lista al siguiente prestador de atención, siempre que el paciente sea transferido o dado de alta, y la entrega de la lista al paciente en el momento del alta.*

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 Massachussets, EE.UU., experimentaron una reducción promedio de los errores relacionados con la medicación del 85% durante un período de 10 meses (7). Cientos 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 varios desafíos. Una implementación exitosa requiere apoyo de liderazgo, participación activa de médicos, personal de enfermería y farmacéuticos, equipos de implementación efectivos y sesiones de aprendizaje colaboradoras (9). Los sitios Web de la Coalición de Massachussets para la Prevención de Errores Médicos, del Instituto para la Mejora de la Atención Sanitaria y de *Safer Healthcare Now!* (mencionados en las Referencias) ofrecen ahora ejemplos de recursos para implementar un programa de conciliación de medicamentos. Otro factor fundamental del que depende la conciliación de medicamentos es la idoneidad de los medicamentos recetados en relación con la enfermedad del paciente y sus problemas médicos subyacentes. Si bien las prácticas de recetar, incluidos los riesgos de la multiplicidad de farmacias, se extienden más allá del ámbito de esta solución, el proceso de conciliación de medicamentos proporciona oportunidades para reconsiderar la idoneidad de los medicamentos de un paciente en el tiempo, a medida que cambie el estado del paciente o que se involucren otros médicos que receten.

► MEDIDAS SUGERIDAS

Las siguientes estrategias deberán ser tenidas en cuenta por los estados miembros de la OMS.

1. Asegurarse de que las organizaciones de atención sanitaria implementen sistemas estandarizados para reunir y documentar información sobre todos los medicamentos que actualmente toma cada paciente y proporcionar la lista de medicamentos resultante al o a los profesionales receptores en cada punto de transición asistencial (admisión, transferencia, alta, consulta ambulatoria). La información que se sugiere reunir incluye:

- ▶ *Medicamentos recetados y sin receta (de venta libre), vitaminas, complementos nutricionales, alimentos potencialmente interactivos, preparaciones herbales y drogas ilegales.*
- ▶ *La dosis, frecuencia, vía de administración y hora de la última dosis, según corresponda. Siempre que sea posible, validación de la lista de medicamentos en el domicilio con el paciente y determinación del nivel actual de cumplimiento del paciente con la administración recetada.*
- ▶ *La o las fuentes de los medicamentos del paciente. Según corresponda, participación del o de los farmacéuticos de la comunidad del paciente o del o de los prestadores de atención primaria para la recolección y validación de la información de medicamentos domiciliarios.*

2. Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con normas y procedimientos claros implementados que requieran:

- ▶ *Que la lista de medicamentos actuales del paciente se exhiba sistemáticamente en un mismo lugar, bien visible (por ejemplo, en la historia del paciente), para que los médicos que emiten órdenes de medicamentos puedan acceder a ella fácilmente.*
- ▶ *El uso de la lista de medicamentos en el domicilio como referencia al ordenar medicamentos en el momento del tratamiento en una clínica o unidad de emergencia, o en el momento de la admisión para internación.*
- ▶ *La conciliación de medicamentos (es decir, la comparación de la lista de medicamentos del paciente con los medicamentos que se están ordenando, a fin de identificar omisiones, duplicaciones, contradicciones entre los medicamentos del paciente y las afecciones, errores de administración y posibles interacciones) dentro de marcos de tiempo específicos (por ej., dentro de las 24 horas posteriores a la admisión; marcos de tiempo más breves para medicamentos de alto riesgo, variaciones de dosificación potencialmente graves y/o futuras horas de administración).*
- ▶ *Un proceso de 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.*
- ▶ *Un proceso para asegurar que, en el momento del alta, la lista de medicamentos del paciente esté actualizada para que incluya todos los medicamentos que el paciente deberá tomar luego del alta, incluidos los nuevos y los que se sigan tomando, y los medicamentos “en el domicilio” que se hayan dejado de tomar y que ahora se vayan a tomar nuevamente. La lista debe comunicarse al o a los siguientes prestadores de atención, y también deberá ser entregada al paciente como parte de las ins-*

trucciones al alta. Lo ideal sería que los pacientes de-secharan los medicamentos que no seguirán tomando.

- ▶ *Asignación clara de roles y responsabilidades para todos los pasos del proceso de conciliación de medicamentos a personas calificadas, dentro de un contexto de responsabilidad compartida. Los mismos pueden incluir al prestador de atención primaria del paciente, otros médicos, enfermeros, farmacéuticos y demás profesionales sanitarios. Las calificaciones de las personas responsables deberán ser determinadas por la organización de atención sanitaria, dentro de los límites establecidos por las leyes y reglamentaciones correspondientes.*
 - ▶ *Acceso a la información relevante y a los consejos de un farmacéutico en cada paso del proceso de conciliación, hasta donde sea posible.*
3. Incorporar la capacitación sobre procedimientos de conciliación de medicamentos en el plan de estudios, orientación y desarrollo profesional permanente para los profesionales de atención sanitaria.

▶ EXPECTATIVAS

1. Desarrollar una tarjeta o formulario estándar que contenga los detalles de la lista actual de medicamentos del paciente.
2. Tener en cuenta el uso de soporte tecnológico y registros médicos electrónicos para facilitar el proceso de conciliación de medicamentos.

▶ SOLIDEZ DE LA EVIDENCIA:

- ▶ Múltiples estudios de comparación no controlados informaron una reducción de las tasas de errores de medicación luego de una implementación exitosa de programas de conciliación de medicamentos (10-12).

▶ APLICABILIDAD:

- ▶ Todos los tipos de organizaciones de atención sanitaria.

▶ OPORTUNIDADES DE PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA:

- ▶ Para lograr la máxima efectividad, el proceso de conciliación de medicamentos debe involucrar a pacientes y familias: fomentar la participación de los pacientes y otorgarles las herramientas para hacerlo.
- ▶ Educar a los pacientes sobre el uso seguro de los medicamentos y proporcionar acceso a información confiable, relevante y comprensible sobre sus medicamentos.
- ▶ El paciente es quien se encuentra en la mejor posición para estar consciente de todos los medicamentos recetados por múltiples profesionales. Considerar solicitar a los pacientes que pongan todos sus medicamentos en una bolsa y los lleven con ellos siempre que vayan al hospital o a una consulta con el médico.
- ▶ Animar a los pacientes, las familias y los cuidadores a tener y conservar una lista exacta de todos los medicamentos, incluidos los recetados y los de venta libre, los complementos herbales y nutricionales, la historia de vacunaciones y las reacciones alérgicas o adversas a cualquier medicamento.

Estas listas de medicamentos deberían actualizarse y revisarse junto al paciente/la familia/el cuidador en cada instancia de atención sanitaria.

- ▶ Enseñar a los pacientes los riesgos de los medicamentos, tanto en forma individual como combinada, prestando especial atención a los pacientes que toman múltiples medicamentos recetados por múltiples profesionales.
- ▶ Animar a los pacientes y a sus familias a emplear una única farmacia, no sólo como proveedora de medicamentos sino como fuente de información sobre los medicamentos.
- ▶ Tener en cuenta los sistemas de apoyo comunitarios que ayudan a los pacientes a verificar las listas de medicamentos en el hogar.

▶ BARRERAS POTENCIALES:

- ▶ Dedicación de tiempo para el desarrollo de normas, la educación del personal y la creación del formulario.
- ▶ Personal insuficiente y la percepción de dicha insuficiencia.
- ▶ Implementación ineficiente por adición de tareas en vez de rediseñar los patrones de flujo de trabajo.
- ▶ Asignación de tareas a personas que no fueron determinadas como competentes para desempeñar las mismas.
- ▶ Dedicación de tiempo para conciliar medicamentos en cada instancia de reunión con el paciente. Después de la capacitación, los tiempos estimados son: 10 minutos en el momento de la admisión, de 30 a 45 minutos en el momento de transferencia a la unidad de atención coronaria y 10 minutos al alta (10).

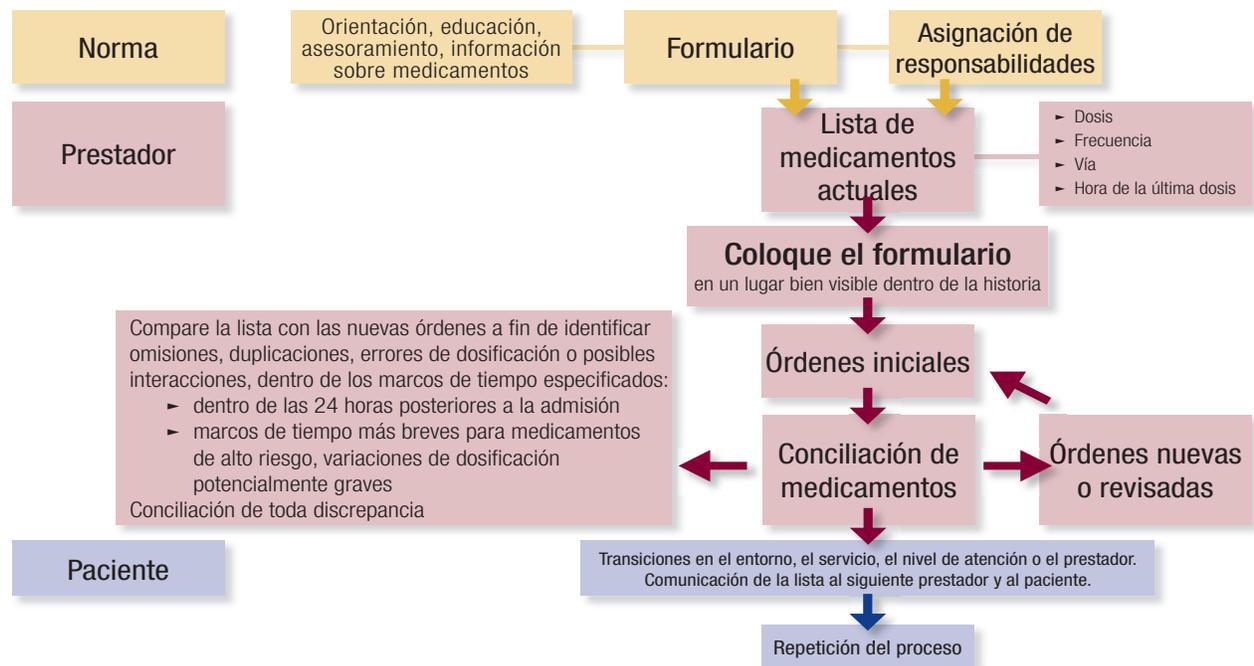
- ▶ Carencia de profesionales de atención sanitaria encargados de las compras, incluidos médicos, personal de enfermería y farmacéuticos.
- ▶ Falta de liderazgo y respaldo para las compras.
- ▶ Falta de comprensión de la complejidad.
- ▶ Falta de disponibilidad de registros de salud electrónicos en la mayoría de los países.
- ▶ Limitaciones impuestas por terceros pagadores sobre la disponibilidad y el reembolso por concepto de medicamentos.
- ▶ Insuficientes investigación generalmente aceptada, datos y justificación económica referentes al análisis de costo y beneficio o el retorno de la inversión (ROI) para la implementación de estas recomendaciones.

▶ RIESGOS DE CONSECUENCIAS NO DELIBERADAS:

- ▶ Tiempo adicional en cada instancia de reunión con el paciente para la conciliación de medicamentos.
- ▶ Receta de medicamentos incorrectos que puede ser resultado de una lista potencialmente inexacta proporcionada por el paciente.

EJEMPLO DE

Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales



Este ejemplo no es forzosamente adecuado para todos los entornos de atención sanitaria.

▶ REFERENCIAS:

1. Preventing medication errors. Washington, DC, Institute of Medicine, 2006.
2. Baker GR, Norton PG. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospitalized patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 2004, 170(11):1678–1686.
3. A safer place for patients: learning to improve patient safety. London, National Audit Office, 2005 (<http://www.nao.org.uk/pn/05-06/0506456.htm>, accessed 11 June 2006).
4. 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.
5. 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).
6. The case for medication reconciliation. *Nursing Management*, 2005, 36(9):22.
7. Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors (www.macoalition.org/initiatives.shtml, accessed 11 June 2006).
8. Safer Healthcare Now! (<http://www.saferhealthcarenow.ca/Default.aspx?folderId=82&contentId=124>, accessed 11 June 2006).
9. Rogers G et al. Reconciling medications at admission: safer practice recommendations and implementation strategies. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 2006, 32(1):37–50.
10. Rozich JD et al. Standardization as a mechanism to improve safety in health care. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 2004, 30(1):5–14.
11. Gebhart F. Setting up a medication reconciliation system. *Drug Topics*, 2005, 149(2) (Health-System Edition supplement):1–2.
12. Pronovost P et al. Medication reconciliation: a practical tool to reduce the risk of medication errors. *Journal of Critical Care*, 2003, 18(4):201–205.

▶ OTROS RECURSOS SELECCIONADOS:

1. Building a case for medication reconciliation. ISMP Medication Safety Alert, 10 (8), 21 April 2005. Link: <http://www.ismp.org/Newsletters/acute/articles/20050421.asp>.
2. CCHSA Patient/Client Safety Goals & Required Organizational Practices. Frequently Asked Questions. Ottawa, ON, Canadian Council on Health Services Accreditation, 6 June 2005. Link: <http://www.cchsa.ca/pdf/patientsafetyFAQJune062005.pdf>.
3. CCHSA Patient Safety Goals and Required Organizational Practices. Ottawa, ON, Canadian Council on Health Services Accreditation, December 2004. Link: <http://www.cchsa.ca/pdf/PSCommunique2.pdf>.
4. Cornish PL et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Archives of Internal Medicine*, 2005, 165:424–429.
5. Forster AJ et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *Canadian Medical Association Journal*, 2004, 170(3):345–349.
6. Ketchum K, Grass CA, Padwojski A. Medication reconciliation. *AJN* 2005, 105(11):78–85.
7. Medication errors involving reconciliation failures. USP Patient Safety CAPSLink, October 2005. Link: http://www.magnetmail.net/actions/email_web_version.cfm?recipient_id=17651743&message_id=130435&user_id=USP.
8. Medication reconciliation—in the hospital and beyond. ISMP Canada Safety Bulletin, 9 June 2006, 6(3). Link: <http://www.ismp-canada.org/download/ISMPCSB2006-03MedRec.pdf>.
9. 2006 National Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Link: http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06_npsg_cah.htm.
10. National Quality Forum (NQF) Safe Practices for Better Health Care: http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe_practices/
11. Nickerson A et al. Drug-therapy problems, inconsistencies and omissions identified during a medication reconciliation and seamless care service. *Healthcare Quarterly*, 2005, 8:65–72.
12. Nickerson A et al. Inconsistencies and omissions identified during a medication reconciliation and seamless care service. *Healthcare Quarterly*, 2005, 8 (Special Edition): 65–72.
13. Ong S et al. Drug-related problems on hospital admission: relationship to medication information transfer. *Annals of Pharmacotherapy*, 40(3): 408–413.
14. Safer Healthcare Now! Medication Reconciliation Getting Started Kit. Link: <http://www.saferhealthcarenow.ca/Default.aspx?folderId=82&contentId=124>.
15. Seamless Care Task Force of the Canadian Pharmacists Association and the Canadian Society of Hospital Pharmacists. Statement on Seamless Care. Ottawa (ON): Canadian Society of Hospital Pharmacists, 2004.
16. Tam VC et al. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, 2005, 173:510–515.
17. Using medication reconciliation to prevent errors. Sentinel Event Alert, Issue 35, 23 January 2006. Joint Commission. Link: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_35.htm.
18. Vira T, Colquhoun M, Etchells EE. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Quality & Safety in Health Care*, 2006, 000:1–6.

© Organización Mundial de la Salud 2007

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden obtenerse en la oficina de prensa de la OMS en Ginebra, Suiza: WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones de la OMS, ya sea para su venta o su distribución no comercial, deberán ser dirigidas a la oficina de prensa de la OMS, en la dirección mencionada anteriormente (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las designaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no suponen la expresión de ningún tipo de opinión por parte de la Organización Mundial de la Salud respecto a la situación legal de ningún país, territorio, ciudad o área, ni de las autoridades de éstos, ni respecto a la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas sobre los mapas representan las líneas limítrofes aproximadas sobre las que aún no existe un acuerdo definitivo.

La mención de empresas específicas o de productos de determinados fabricantes no supone que la Organización Mundial de la Salud los respalde o recomiende por encima de otros de naturaleza similar que no se mencionan. Exceptuando los errores y omisiones, los nombres de los productos con marca registrada se distinguen mediante letras mayúsculas.

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de tipo alguno, ni expresa ni implícita. La responsabilidad de la interpretación y del uso del material reside en el lector. En ningún caso la Organización Mundial de la Salud será responsable de los daños que surjan por su utilización.

Esta publicación contiene la visión colectiva del Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente y su Comité Directivo Internacional, y no representa forzosamente las decisiones o la norma establecida de la Organización Mundial de la Salud.

