

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS
AMÉRICAS**

CARRERA DE FARMACIA

**IMPORTANCIA DE LA CONCILIACIÓN FARMACOTERAPEÚTICA
EN LA ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE INGRESO
HOSPITALARIO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS A
CENTROS HOSPITALARIOS: EL CASO DEL HOSPITAL
METROPOLITANO, SEDE CENTRAL, DURANTE EL PRIMER
CUATRIMESTRE DEL 2022.**

MODALIDAD DE TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN FARMACIA

KEIRY NATASHA MORALES TORRES

TUTORA: NIDIA CARMONA CASTRO

**SAN JOSÉ
MAYO, 2022**

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| Índice de Abreviaturas | 10 |
| Agradecimientos | 12 |
| Dedicatoria | 13 |
| CAPÍTULO I: PROBLEMA | 14 |
| 1.1 Introducción | 14 |
| 1.2 Planteamiento del Problema | 16 |
| 1.3 Objetivos | 18 |
| 1.3.1 Objetivo General | 18 |
| 1.3.2 Objetivos específicos | 18 |
| 1.4 Justificación | 19 |
| 1.5 Antecedentes | 23 |
| 1.5.1 Antecedentes históricos | 23 |
| 1.5.2 Antecedentes internacionales | 25 |
| 1.5.3 Antecedentes nacionales | 32 |
| 1.6 Proyecciones | 33 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | 35 |
| 2.1 Paciente pluripatológico | 35 |
| 2.1.1 Clasificación del paciente pluripatológico | 37 |
| 2.1.1.1 Categorías clínicas para la identificación de pacientes pluripatológicos | 37 |
| 2.1.1.2 Pirámide de Kaiser Permanente | 40 |
| 2.1.1.3 Otras clasificaciones y modelos utilizados | 41 |
| 2.1.2 Estructura general de la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE -10) | 48 |
| 2.1.2.1 Características generales de la décima revisión (CIE-10) | 48 |
| 2.2 Ingreso hospitalario | 51 |
| 2.2.1 Historia Clínica | 51 |
| 2.2.2 Transición asistencial | 54 |
| 2.2.3 Cooperación multidisciplinar | 56 |
| 2.2.3.1 Atención de Farmacia al paciente hospitalizado | 56 |
| 2.2.3.1.1 Funciones del regente farmacéutico | 56 |
| 2.2.3.2 Atención de Enfermería al paciente hospitalizado | 62 |
| 2.2.4 Evento Adverso | 63 |
| 2.2.4.1 Evitabilidad del evento adverso | 64 |

| | |
|--|----|
| 2.2.4.2 Factores contributivos..... | 64 |
| 2.2.5 Errores de medicación..... | 66 |
| 2.3 Discrepancias..... | 69 |
| 2.3.1 Tipos de discrepancias | 70 |
| 2.3.1.1 Discrepancias justificadas y documentadas, que no requieren aclaración..... | 70 |
| 2.3.1.2 Discrepancias justificadas no documentadas, que requieren aclaración | 70 |
| 2.3.1.3 Discrepancias no justificadas, que requieren aclaración | 70 |
| 2.3.2 Grupos terapéuticos que más se relacionan a discrepancias | 71 |
| 2.4 Conciliación farmacoterapéutica | 72 |
| 2.4.1 Conciliación de medicamentos y su implementación..... | 73 |
| 2.4.2 Impacto de la Conciliación de la medicación | 76 |
| 2.4.3 Impacto económico de la conciliación de medicamentos | 79 |
| 2.4.4 Implantación de Programas de Conciliación de la Medicación | 80 |
| 2.4.5 Elementos clave para llevar a cabo la conciliación de medicamentos | 83 |
| 2.4.6 Conciliación de medicamentos en las transiciones hospitalarias de atención | 84 |
| 2.4.6.1 Ingreso Hospitalario | 84 |
| 2.4.6.2 Traslado Intrahospitalario | 85 |
| 2.4.6.3 Alta Hospitalaria | 85 |
| 2.4.6.4 Conciliación de Medicamentos en Entornos Ambulatorios y Comunitarios..... | 86 |
| 2.4.6.5 Conciliación de Medicamentos en Entornos de Bajos Recursos..... | 87 |
| 2.4.6 Priorización de la conciliación de medicamentos | 88 |
| 2.5 Prácticas seguras para una conciliación de medicamentos | 88 |
| 2.5.1 Proceso paso a paso para llevar a cabo la conciliación de medicamentos..... | 88 |
| 2.5.1.1 Crear el mejor historial de medicamentos posible | 89 |
| 2.5.1.2 Comparación del BPMH e identificación de discrepancias | 89 |
| 2.5.1.3 Conciliación de discrepancias y adopción de las medidas adecuadas..... | 90 |
| 2.5.2 Aspectos necesarios para la Conciliación de Medicamentos..... | 90 |
| 2.5.2.1 Organización, recursos, responsabilidades y formación..... | 90 |
| 2.5.2.2 Proceso de conciliación de la medicación..... | 92 |
| 2.5.2.3 Participación del paciente y familiares o cuidadores..... | 96 |
| 2.5.2.4 Evaluación y seguimiento del proceso | 97 |
| 2.6 Errores de conciliación | 98 |
| 2.6.1 Causas principales de los Errores de Conciliación..... | 99 |

| | |
|--|-----|
| 2.6.2 Desafíos a tener en cuenta en la conciliación de medicamentos | 100 |
| 2.6.2.1 BPMH incompleto | 100 |
| 2.6.2.2 Comunicación interprofesional | 101 |
| 2.6.2.3 Falta de recursos | 101 |
| 2.6.2.4 Desafíos adicionales | 101 |
| 2.7 Herramientas de implementación de Conciliación de Medicamentos | 101 |
| 2.7.1 Herramientas electrónicas para la conciliación de medicamentos | 103 |
| 2.7.1.1 Entrada digitalizada de órdenes médicas | 103 |
| 2.7.1.2 Registros personales de salud | 103 |
| 2.7.1.3 Registros médicos electrónicos | 103 |
| 2.7.1.4 Registros electrónicos de salud | 103 |
| 2.7.1.5 Resumen electrónico inteligente del alta | 103 |
| 2.7.2 Plantillas de formulario de Conciliación de Medicamentos | 104 |
| 2.8 El caso del Hospital Metropolitano | 104 |
| 2.8.1 HuliPractice | 104 |
| 2.8.2 BlueEHR | 108 |
| 2.8.3 Plantillas de formulario | 110 |
| CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO | 111 |
| 3.1 Enfoque de la Investigación | 111 |
| 3.2 Diseño de la investigación | 112 |
| 3.3 Fuentes de Información | 113 |
| 3.3.1 Fuentes Primarias | 113 |
| 3.3.2 Fuentes Secundarias | 114 |
| 3.3.3 Fuentes Terciarias | 114 |
| 3.4 Procedimiento de Selección de la Población | 114 |
| 3.5 Delimitación de la Población | 115 |
| 3.6 Tipo de Muestra a Utilizar | 115 |
| 3.7 Criterios de Inclusión | 116 |
| 3.8 Criterios de Exclusión | 116 |
| 3.9 Categorías de Análisis | 116 |
| 3.10 Descripción de Instrumentos | 120 |
| 3.11 Validación de las Entrevistas o Procedimientos | 122 |
| 3.12 Descripción del Proceso de Recolección y Análisis de los datos | 123 |

| | |
|---|-----|
| CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS | 125 |
| 4.1 Señalar algunas consideraciones generales en torno al ingreso hospitalario de pacientes desde la evidencia médica..... | 125 |
| 4.1.1 Tipo de ingreso..... | 125 |
| 4.1.2 Admisión hospitalaria..... | 125 |
| 4.1.2.1 Servicio de Admisión Hospitalaria..... | 126 |
| 4.1.2.2 Procedimientos de ingreso hospitalario | 127 |
| 4.1.2.3 Valoración del paciente al ingreso Hospitalario..... | 128 |
| 4.1.3 Ingreso hospitalario en el Hospital Metropolitano | 132 |
| 4.2 Identificar los procedimientos para la recolección de información sobre medicamentos de pacientes pluripatológicos ingresados al centro médico de estudio y la funcionalidad de estos.. | 134 |
| 4.3 Reconocer posibles factores vinculados a discrepancias en el método de conciliación del tratamiento farmacológico para pacientes pluripatológicos y sus implicaciones en la coordinación multidisciplinaria del centro médico de estudio..... | 137 |
| 4.3.1 Factores dependientes del Paciente | 138 |
| 4.3.2 Factores propios del hospital | 141 |
| 4.4 Proponer una guía de conciliación de medicamentos al ingreso hospitalario de los pacientes pluripatológicos que se reciben en centro médico de estudio, para la estandarización del proceso vigente..... | 149 |
| 4.4.1 Reconocimiento de la importancia de la Conciliación Farmacoterapéutica..... | 151 |
| 4.4.2 Conciliación fármaco-terapéutica e instituciones internacionales que la respaldan | 153 |
| 4.4.3 Papel del farmacéutico en la Conciliación Farmacoterapéutica | 155 |
| 4.4.4 Implementación de una guía en el Hospital Metropolitano | 158 |
| 4.4.5 El proceso de conciliación de la medicación al ingreso hospitalario | 161 |
| 4.4.5.1 Obtener un listado completo y exacto de toda la medicación domiciliaria del paciente al ingreso | 162 |
| 4.4.5.2 Comparar la historia completa de la medicación domiciliaria con la medicación prescrita al ingreso | 163 |
| 4.4.5.3 Resolver las discrepancias con el prescriptor y registrar los cambios | 164 |
| CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 165 |
| 5.1 Conclusiones..... | 165 |
| 5.2 Recomendaciones | 167 |
| 6. REFERENCIAS..... | 169 |
| 7. ANEXOS | 181 |

| | |
|--|-----|
| 7.1 Apéndice 1. Machote de la entrevista dirigida a Jefatura de Enfermería del Hospital Metropolitano | 181 |
| 7.2 Apéndice 2. Validación de la entrevista con la Jefatura de Enfermería del Hospital Metropolitano | 184 |
| 7.3 Apéndice 3. Entrevista con Karen Briceño Guadamuz encargada de la Jefatura de Enfermería del Hospital Metropolitano | 186 |
| 7.4 Apéndice 4. Machote de preguntas elaboradas para la encuesta | 195 |
| 7.5 Apéndice 5. Validación de las preguntas a encuestar | 198 |
| 7.6 Apéndice 6. Validación de las preguntas a encuestar | 199 |
| 7.7 Apéndice 7. Validación de las preguntas a encuestar | 200 |
| 7.8 Apéndice 8. Pantallazos del resumen de las respuestas de la encuesta | 201 |
| 7.9 Apéndice 9. Propuesta de guía de conciliación de medicamentos | 208 |

Índice de Figuras

| | |
|--|-----|
| Figura 1. Pirámide Kaiser Permanente | 41 |
| Figura 2. Chronic Care Model o Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas | 43 |
| Figura 3. Innovative Care for Chronic Conditions o Modelo de Atención | 44 |
| Figura 4. Clasificación de la Organización Mundial de la Salud, Eventos Adversos | 64 |
| Figura 5. Errores de medicación en función al lugar dónde ocurren..... | 68 |
| Figura 6. Diagrama de flujo del proceso de conciliación al ingreso del hospital..... | 71 |
| Figura 7. Momentos Objetivo y Grupos Prioritarios de la CM..... | 88 |
| Figura 8. Beneficios del uso de HuliPractice | 105 |
| Figura 9. Pacientes programan sus citas en línea | 106 |
| Figura 10. Pacientes reciben recordatorios de sus citas..... | 107 |
| Figura 11. El médico toma mejores decisiones al contar con la información del paciente | 107 |
| Figura 12. Facilidades que brinda BlueEHS | 109 |
| Figura 13. Plantilla de CM Hospital Metropolitano, sede Lindora | 110 |
| Figura 14. Respuesta a pregunta 3, ¿Qué opina de la técnica con que se recauda la información sobre los medicamentos que utilizan los pacientes a nivel de ingreso hospitalario? | 136 |
| Figura 15. Respuesta a pregunta 5, Efectividad atribuible a la técnica de recolección de información de medicamentos puesta en vigencia en el servicio de ingreso hospitalario. 136 | |
| Figura 16. Respuesta a la pregunta 10, ¿La atención brindada a un paciente pluripatológico varía en comparación a la de un paciente no pluripatológico?..... | 141 |
| Figura 17. Respuesta a pregunta 6, ¿Cuál es su opinión sobre la cooperación multidisciplinar que hay en el centro de salud?..... | 143 |
| Figura 18. Respuesta a la pregunta 7, cuando en hospital se realiza una transición asistencial a un paciente, ¿se hace cambio del personal que lo asiste? | 144 |
| Figura 19. Respuesta a la pregunta 8, a la hora de realizar una transición asistencial, ¿existe un encargado que se detenga a comparar la medicación que el paciente toma con el fin de encontrar posibles desigualdades?..... | 145 |
| Figura 20. Respuesta a pregunta 11, ¿Bajo qué parámetros son medidas las discrepancias no justificadas que se presentan en el centro de salud? | 146 |

| | |
|---|-----|
| Figura 21. Respuesta a la pregunta 15, ¿Sabe usted de qué se trata la conciliación de medicamentos? | 150 |
| Figura 22. Respuesta a la pregunta 18, ¿A qué población en particular considera que deba ir dirigida la conciliación de medicamentos? | 153 |
| Figura 23. Respuesta a la pregunta 17, ¿Vería usted viable la instauración del proceso de conciliación de medicamentos en el hospital para el cual usted labora?..... | 159 |
| Figura 24. Propuesta de Guía de CM | 160 |
| Figura 25. Etapas del proceso de Conciliación de Medicamentos | 161 |
| Figura 26. Diagrama de flujo del modelo proactivo..... | 163 |

Índice de tablas

| | |
|--|-----|
| Tabla 1. Categorías Clínicas de Enfermedades Crónicas | 38 |
| Tabla 2. Clasificación del grado de complejidad según SACYL | 47 |
| Tabla 3. Factores Contributivos de Eventos Adversos..... | 64 |
| Tabla 4. Medicamentos cuyo tiempo de conciliación debe ser inferior a cuatro y veinticuatro horas | 71 |
| Tabla 5. Categorización de la gravedad de los errores de conciliación..... | 98 |
| Tabla 6. Categorías de Análisis | 116 |
| Tabla 7. Datos de los colaboradores de salud del Hospital Metropolitano | 121 |
| Tabla 8. Datos de colaboradores de la validación de herramientas..... | 123 |
| Tabla 9. Funciones de Área de Admisión Hospitalaria | 126 |
| Tabla 10. Requisitos indispensables para el Ingreso Hospitalario | 127 |
| Tabla 11. Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos al área de hospitalización..... | 130 |
| Tabla 12. Respuesta a pregunta 2. Forma en que se recolecta la información de los usuarios ingresados al centro de salud | 135 |
| Tabla 13. Respuestas a pregunta 12, ¿Cuáles son los errores más comunes que se generan en el servicio de ingreso hospitalario?..... | 137 |
| Tabla 14. Respuesta a pregunta 13, ¿Cuáles son los medicamentos que más se relacionan con discordancias y por qué?..... | 139 |
| Tabla 15. Respuesta a la pregunta 9, ¿Quién es un paciente clasificado como pluripatológico? | 140 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 16. Respuesta a pregunta 4, ¿En promedio, cuánto tiempo tarda el proceso de recolección de información medicamentosa de un usuario que ingresa al hospital? | 142 |
| Tabla 17. Respuesta a la pregunta 16, ¿Qué opina de que en el país no haya un protocolo oficial para la realización de la conciliación de medicamentos a nivel de los servicios de salud nacionales? | 150 |
| Tabla 18. Respuestas a la pregunta 14, ¿hay algún tipo de formalidad que se deba cumplir o el cuidador puede brindarle el medicamento? | 152 |
| Tabla 19. Respuesta a la pregunta 19, ¿Qué opina de que sea un farmacéutico el encargado de entrevistar al paciente para recolectar la información de los medicamentos que este consume? | 156 |

Índice de Abreviaturas

| Abreviatura | Significado |
|-------------|---|
| EM | Error de Medicación |
| EC | Error de Conciliación |
| CM | Conciliación de Medicamentos/ Reconciliación de la medicación/ Conciliación Farmacoterapéutica/ Conciliación Terapéutica |
| BPMH | Best Possible Medical History |
| RNM | Resultados Negativos de la Medicación |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| SPFA | Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales |
| IOM | Institute of Medicine |
| PRM | Problemas Relacionados a Medicamentos |
| POEs | Protocolos Operativos Estandarizados |
| COLFAR | Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica |
| SFT | Seguimiento Farmacoterapéutico |
| HCM | Historia Clínica Médica |
| PP | Paciente pluripatológico |
| PEA | Programa de Prescripción Electrónica |
| PAE | Proceso de Atención en Enfermería |
| SEFH | Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria |
| SU | Servicio de Urgencias |
| HFT | Historia Farmacoterapéutica |
| ENEAS | Estudio Nacional sobre Efectos Adversos |
| FIP | Federación Internacional de Farmacéuticos |
| LIMM | Modelo de gestión integrada de medicamentos de Lund |
| ASHP | American Society of Health System Pharmacists |
| NICE | National Institute for Health and Care Excellence |
| IHI | Institute for Healthcare Improvement |

| | |
|---------|---|
| JCAHO | Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations |
| NCCMERP | The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and prevention |
| ISMP | Institute for Safe Medication Practice |
| CCSS | Caja Costarricense de Seguro Social |
| MUR | Revisión del uso de medicamentos |
| ONU | Organización de las Naciones Unidas |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| e-salud | Salud Electrónica |
| UMD | Siglas en inglés Unintentional Medication Discrepancy |
| TIC | Tecnologías de la información y la comunicación |
| EHR | Registro de Salud Electrónico |

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1 Introducción

La presente investigación es de carácter cualitativa, se realizó con el objetivo de analizar la importancia de la conciliación farmacoterapéutica en la estandarización del proceso al ingreso hospitalario de los pacientes pluripatológicos que se reciben en Hospital Metropolitano en su sede Central, desde la evidencia científica justificada a través de diversos estudios en torno al tema. Para ello, se han tomado en cuenta las consideraciones generales necesarias para el ingreso hospitalario desde la evidencia médica.

Adicionalmente, se identificaron los procedimientos de recolección de información sobre los medicamentos utilizados por los pacientes pluripatológicos que se reciben en el centro médico y la funcionalidad de los mismos, mediante una entrevista con la Jefatura de enfermería. Así mismo, se recogió información sobre los posibles factores vinculados a discrepancias en el método de recolección de información sobre el tratamiento farmacológico de los pacientes con múltiples patologías, y sus implicaciones desde el punto de vista de la coordinación multidisciplinaria del centro de salud.

Los resultados indican que las consideraciones generales en torno a un paciente no se deben dejar de lado por ningún motivo, pues los antecedentes patológicos son de vital importancia para conocer la historia clínica de un paciente que ingresa al centro hospitalario. Además, se identificaron los procedimientos utilizados para la recolección de información sobre medicamentos de pacientes pluripatológicos ingresados al centro médico de estudio y la funcionalidad de estos. Así mismo, se estima que los posibles factores vinculados a discrepancias tienen implicaciones desde el punto de vista de la coordinación multidisciplinaria del centro de salud.

Se concluye que es necesario implementar una guía que impulse el desarrollo de un protocolo de conciliación de medicamentos y ayude al personal implicado a maximizar las atenciones que merecen los pacientes, disminuyendo así, los riesgos asociados a los múltiples medicamentos que pueden consumir los pacientes pluripatológicos. En función a los resultados obtenidos, se propuso una guía de

conciliación de medicamentos cuya finalidad es presentar recomendaciones para promover la estandarización del proceso vigente.

1.2 Planteamiento del Problema

La calidad y la seguridad en la asistencia sanitaria ¹ son dos aspectos fundamentales para los sistemas de salud. Desde hace varias décadas, se viene trabajando en ellos para mejorar la asistencia sanitaria que se brinda a los pacientes y se han alcanzado grandes progresos en este campo. Sin embargo, el riesgo de aparición de eventos adversos derivados de la atención sanitaria sigue estando presente.

El uso de medicamentos origina de manera habitual la aparición de eventos adversos, ya sea por reacciones adversas inherentes al propio fármaco o por el manejo inapropiado de los mismos. El uso inadecuado de los medicamentos constituye los errores de medicación (EM) ¹. Se trata de hechos prevenibles, que se pueden trabajar para evitarlos mediante mecanismos de prevención o detección precoz.

Uno de los puntos frecuentes de aparición de EM son las transiciones asistenciales y los cambios del responsable asistencial de los pacientes. En ellos, los errores de medicación son producto de la baja comunicación entre el ámbito asistencial previo y el posterior. Este déficit provoca cambios injustificados de la terapia farmacológica que siguen los pacientes ².

Estos cambios de la terapia farmacológica son denominados errores de conciliación (EC). Los EC ² reflejan que tanto en el momento del ingreso hospitalario del paciente, en los traslados entre servicios, como en el momento del alta hospitalaria son causas y origen de tales incidentes; estos errores se derivan de problemas organizativos como la descoordinación entre los diferentes servicios médicos, la falta de comunicación eficaz de la información farmacoterapéutica entre profesionales médicos o la ausencia de un registro adecuado, actualizado y accesible de la medicación del paciente.

Por lo tanto, en la reconciliación del medicamento (CM), el personal debe compilar una lista completa de los medicamentos anteriores del paciente, hacer una comparación sistemática con la actual receta activa, para así analizar y resolver cualquier error de medicación (EM) ². Para prevenir la aparición de los EC es necesario mejorar, tanto la base de la comunicación sanitaria y la accesibilidad de la información sobre los tratamientos, como aplicar sistemáticamente la conciliación de la medicación.

Idealmente, la conciliación de medicamentos (CM) debería aplicarse a todos los ámbitos sanitarios donde se utilicen medicamentos, pues la calidad de la atención al paciente es una cuestión prioritaria en todos los sectores de la salud y así lo reflejan las principales guías de las organizaciones que la proponen como método para mejorar la seguridad de los pacientes. Sin embargo, la implantación y desarrollo de programas de CM que abarquen a todos los pacientes que atienden los centros sanitarios ha demostrado ser muy complicado. Por lo tanto, la prevención de errores de medicación se ha convertido en una prioridad importante en la enfermedad crónica.

Diversos estudios^{1,3,4,5} han encontrado que los pacientes polimedicados presentan con más frecuencia EC. Otros han concluido que los pacientes ancianos también tienen más riesgo de EC que los de menos de 65 años. La frecuentación hospitalaria se multiplica por más de 10 en los varones mayores de 85 años respecto al grupo de edad entre 15 y 34 años. Asimismo, la estancia media de cada ingreso hospitalario tiende a ser más prolongada en grupos de edad avanzada. La mayor frecuentación hospitalaria por las personas mayores se acompaña de una mayor utilización de los servicios de consulta médica, urgencias, hospitalización de día y consumo de medicamentos. Otros factores de riesgo encontrados han sido la elevada pluripatología y la escasa asistencia sociosanitaria.

Por otro lado, también hay investigadores que han observado relación entre la mayor incidencia de EC y el tipo de médico, sus años de experiencia o el ámbito perioperatorio. La mayoría de los estudios y proyectos de CM que han buscado criterios de selección para priorizar esta intervención, han centrado sus esfuerzos en características del paciente o de la atención sanitaria que recibe.

De lo anterior surge la pregunta, ¿Cuál es la importancia de la conciliación farmacoterapéutica en la estandarización del proceso al ingreso hospitalario de pacientes pluripatológicos a centros hospitalarios, adaptado al caso del Hospital Metropolitano, sede Central?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Analizar la importancia de la conciliación de medicamentos en la estandarización del proceso al ingreso hospitalario de los pacientes pluripatológicos que se reciben en Hospital Metropolitano, sede Central, para proponer una guía que estandarice el proceso.

1.3.2 Objetivos específicos

1- Señalar algunas consideraciones generales en torno al ingreso hospitalario de pacientes desde la evidencia médica.

2- Identificar los procedimientos para la recolección de información sobre medicamentos de pacientes pluripatológicos ingresados al centro médico de estudio y la funcionalidad de estos.

3- Reconocer posibles factores vinculados a discrepancias en el método de conciliación del tratamiento farmacológico para pacientes pluripatológicos y las implicaciones de la coordinación multidisciplinaria del centro médico de estudio.

4- Proponer una guía de conciliación de medicamentos al ingreso hospitalario de los pacientes pluripatológicos que se reciben en centro médico de estudio, para la estandarización del proceso vigente.

1.4 Justificación

La intención de esta investigación es efectuar un diagnóstico situacional del procedimiento para la obtención de la historia completa de la medicación al ingreso hospitalario, tomando en cuenta la medicación domiciliaria, la medicación prescrita y la resolución de discrepancias en el contexto de un hospital privado.

Realizar una historia farmacoterapéutica completa y correcta al ingreso hospitalario es parte importante de la anamnesis médica⁶. Siendo el punto crítico más relevante para mejorar en el proceso de conciliación terapéutica al ingreso hospitalario. Una historia farmacoterapéutica incorrecta o errónea puede no detectar Resultados Negativos de la Medicación (RNM) y puede causar interrupciones o utilización inadecuada de los medicamentos que el paciente requiere de forma crónica.

Los errores de medicación, definidos como “cualquier evento prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales o pacientes” se encuentran entre las 10 principales causas de muerte en el mundo ⁷. La principal causa de acontecimientos adversos durante la asistencia sanitaria está relacionada con el uso de los medicamentos, y de éstos, más de una tercera parte se consideran evitables ¹. Estos errores de medicación pueden causar incidencias en la seguridad del paciente y están asociados a una mayor tasa de hospitalización y a un aumento de la morbilidad y la mortalidad ⁷. Así, los errores de medicación constituyen la causa evitable más común de los efectos adversos relacionados con la medicación y suponen una carga importante para la salud mundial pública.

Debido al impacto que esto supone, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido medidas de prevención para disminuir los errores de medicación en el documento “Global Patient Safety Challenge”. Las medidas adoptadas para reducir la frecuencia y el impacto de los daños prevenibles relacionados con los medicamentos como consecuencia de un error, un accidente o un problema de comunicación, parece que aumentan la seguridad de los pacientes ⁷. Uno de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) que pretende reducir la existencia de estos errores es el servicio de Conciliación de la Medicación que se basa en comparar de forma sistemática la lista de medicamentos que utiliza el paciente antes y después de una

transición entre diferentes niveles asistenciales, como pueden ser ingreso o alta de hospital o cambio de servicio, entre otros ⁷.

Uno de los problemas de seguridad más habituales es la falta de información precisa y completa sobre los medicamentos que toma un paciente en las transiciones entre los distintos niveles de asistencia. Las transiciones colocan al paciente en una situación de riesgo de sufrir errores de medicación, que pueden derivar en efectos adversos e ingresos hospitalarios evitables. Los estudios publicados ponen de manifiesto que alrededor del 50% de los pacientes admitidos en hospitales se producen discrepancias de medicamentos no intencionadas entre la medicación que tomaba el paciente en el momento del ingreso y la prescripción hospitalaria (errores de conciliación). Durante las transiciones intrahospitalarias pueden producirse tasas de discrepancias ligeramente más altas y en el momento del alta hospitalaria se observan discrepancias en al menos el 40% de los pacientes ⁸.

En muchas ocasiones, la falta de información conlleva a la existencia de una historia farmacoterapéutica incompleta o no actualizada, susceptible de producir estos errores durante las distintas transiciones asistenciales, con el riesgo potencial que conlleva para el paciente⁸. Sin embargo, los errores de medicación no solo están ligados a una transición asistencial. En el día a día del paciente no hay transiciones asistenciales, pero la experiencia confirma que existen discrepancias entre los medicamentos que el paciente tiene prescritos y realmente utiliza⁷. Si estos errores, además, se perpetúan al alta hospitalaria, puede afectar tanto a la efectividad como a la seguridad del paciente ⁶. A través de esta investigación, se podrán conocer factores habituales que conducen a discrepancias en el método de recolección de información del tratamiento farmacológico al ingreso hospitalario, con la intención de analizar de dónde derivan estas situaciones y proponer las pautas de mejores prácticas que describan la necesidad de conciliación de medicamentos de alta calidad en todos los entornos de atención ⁶, incluido el ingreso hospitalario.

La relevancia de esta investigación al estado del conocimiento farmacéutico radica en dos puntos, el primero es que los procesos de conciliación en los centros hospitalarios costarricenses son poco claros, por lo que la información obtenida puede servir para fomentar la creación de una guía de conciliación de medicamentos que talvez

en un futuro pueda convertirse en un protocolo que se estandarice, para que sea utilizado al ingreso hospitalario de los pacientes pluripatológicos y polimedicados que se reciban en el Hospital Metropolitano sede Central , y segundo, que sea un aporte que le permita al farmacéutico hospitalario tener una participación activa en la conciliación de medicamentos como parte fundamental del proceso multidisciplinario que sugiere la conciliación de medicamentos.

Los resultados de un estudio realizado en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, España, sugirieron que la participación del farmacéutico en la elaboración de la historia farmacoterapéutica puede mejorar sustancialmente la realización del proceso de conciliación por el médico responsable del paciente, al facilitarle una información más fiable y completa sobre el tratamiento domiciliario del mismo⁶. Se demostró, además, la utilidad de la integración del farmacéutico en el Servicio de Urgencias en la identificación y resolución de otros posibles problemas relacionados con la medicación (PRM)⁹.

El alcance de esta investigación principalmente se centra en el beneficio de los pacientes, ya que pacientes polimedicados representan un gran reto, al tratarse de una subpoblación con mayor fragilidad y mayor riesgo de resultados de salud adversos. Para estos pacientes, el uso de medicamentos (independientemente del número total de medicamentos tomados) puede ser complejo¹⁰. La revisión de las historias clínicas muestra que la mitad de los errores de medicación se producen en procesos relacionados con la transición asistencial y con los cambios en el responsable del paciente⁸. Se disminuirían considerablemente las discrepancias originadas por la ausencia de una guía de recolección de información pertinente para pacientes pluripatológicos y polimedicados que requieren ser hospitalizados.

Las discrepancias que se producen entre los medicamentos que el paciente tomaba antes del ingreso y la prescripción hospitalaria se han puesto en evidencia en diferentes estudios donde se ha comprobado que entre el 26.5% y el 65% de los errores de conciliación surgieron al ingreso hospitalario, de los cuales un 5.7% podría haber causado un daño importante¹¹.

Además, beneficiaría al personal farmacéutico hospitalario, pues aumentaría su participación y se valoraría su conocimiento como el principal responsable de realizar

este proceso por poseer suficiente conocimiento y experiencia en el manejo de la medicación, aunque en muchos casos puede haber una responsabilidad compartida entre farmacéuticos, enfermeras y médicos ¹⁰.

Este proyecto debe ser llevado a cabo, pues pese a que dentro del Ordenamiento Jurídico costarricense se han incorporado gran cantidad de normas que regulan actividades relacionadas con la salud, existe un vacío en el marco jurídico nacional, ya que no existe un documento de consenso del Sistema Nacional de Salud con recomendaciones de prácticas seguras para conciliar la medicación en pacientes polimedicados y pluripatológicos. Así pues, al establecer una guía, el farmacéutico podría tomar un papel activo en esta función y por consiguiente los errores en la medicación se verán notablemente disminuidos, pues todo se haría de un modo completamente estandarizado.

1.5 Antecedentes

1.5.1 Antecedentes históricos

La continua evolución de las ciencias, y entre ellas, las ciencias de la salud, han llevado consigo un aumento de la esperanza y calidad de vida, así como una constante evolución del profesional sanitario. En el año 2000, el conocido tratado publicado por el Institute of Medicine (IOM) de los Estados Unidos, *To Err is Human: Building a Safer Health System*, puso de manifiesto la elevada incidencia de problemas de salud derivados de errores prevenibles producidos durante la asistencia sanitaria a los pacientes. Su impacto derivó, no sólo de la elevada cantidad de acontecimientos adversos provocados a los pacientes por el propio sistema sanitario, sino de la importante repercusión que se estimó estos tenían sobre la sociedad y la economía. Según este informe, en el país fallecían entre 44 000 y 98 000 personas como consecuencia de errores médicos durante la hospitalización y se estimaba que el 4% de los gastos totales en salud eran consecuencia directa de eventos adversos ¹².

El tratado apuntaba, además, como origen de los errores sanitarios tanto al fraccionamiento de los sistemas de salud como a la escasa inversión y formación en seguridad y calidad del personal sanitario. El informe resaltaba la necesidad de instaurar una cultura de seguridad en la sanidad, donde, el consenso y estandarización de prácticas seguras de trabajo, y la formación en calidad y prevención fuesen elementos esenciales del funcionamiento del sistema. A su vez, señaló que también era necesario convertir a los propios pacientes en agentes activos, involucrándolos en la seguridad y cuidado de su propia salud. El informe suscitó rápidamente el interés de instituciones de la salud, investigadores y sociedades científicas por este nuevo campo de gran aplicabilidad práctica¹².

Desde entonces los estudios y propuestas de trabajo en seguridad de los pacientes han tenido lugar de manera constante y progresiva. Por todo ello, se considera que la publicación de *To Err is Human*, marcó un antes y un después en la forma de entender la atención sanitaria. Estos estudios tuvieron un importante impacto social y supusieron un punto de partida para muchos otros investigadores que en diversos países se organizaron para cuantificar los errores médicos en sus respectivos sistemas sanitarios. Instituciones de gran relevancia internacional, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Unión

Europea han tenido un importante papel en impulsar y promover globalmente el desarrollo de la seguridad y la calidad en la asistencia sanitaria¹².

De estos trabajos derivó que, en 2002, la Asamblea Mundial de la Salud, reconoció la necesidad de promover la seguridad del paciente como un principio fundamental de todos los sistemas de salud y pidió a la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrollar estándares globales para mejorar la seguridad de los pacientes tratados en los sistemas de salud de los países miembros de dicha organización^{10,12}. A partir de ese momento, la OMS publicó la resolución WHA55.18 "Quality of care: patient's safety" que ponía de manifiesto oficialmente la situación y recogía las medidas que se debían implementar para atajar el problema y evaluar su evolución.

Seguidamente, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), en 2003, propuso por primera vez incorporar entre sus objetivos la conciliación de medicamentos para aumentar la seguridad del paciente. En Julio de 2004, expresa específicamente el problema de la conciliación de la medicación nombrándola en un nuevo National Patient Safety Goal (NPSG). El NPSG pretendía que todas las organizaciones sanitarias acreditadas respondieran a la conciliación de la medicación adecuadamente en el proceso asistencial durante el 2005, con una implantación total para 2006^{10,12}.

En el 2004 se fundó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (posteriormente llamada WHO Patient Safety Programme). La iniciativa que dio lugar al The High 5s Project (El Proyecto de las 5 máximas), nació en el 2005 en el Simposio Internacional de Políticas de Cuidado de la Salud de la Fundación Commonwealth (un foro en el que se reúnen ministros de salud y altos funcionarios de los gobiernos de los países con sistemas de salud muy avanzados) para compartir experiencias en las políticas para mejorar la seguridad de los pacientes¹¹.

Adicionalmente, en el mismo año (2005), en el mismo Simposio, los ministros de salud de Australia, Canadá, Alemania, Holanda, Nueva Zelanda, Reino Unido y los Estados Unidos de América firmaron cartas comprometiéndose a participar y apoyar el proyecto para mejorar la seguridad de los pacientes en colaboración con la OMS¹².

El nombre del proyecto se deriva del objetivo original de la iniciativa de reducir significativamente la frecuencia de cinco problemas que desafiaban la seguridad del paciente en los cinco países miembros en los siguientes cinco años. La iniciativa de The

High 5s Project (El Proyecto de las 5 máximas), tenía dos metas, la primera, determinar la viabilidad de aplicar Protocolos operativos estandarizados (POEs) en distintos países con diferentes entornos sanitarios y culturas. La segunda meta, determinar si los POEs son eficaces en la mejora de la seguridad del paciente¹³.

Asimismo, en 2005, la Declaración de Luxemburgo sobre Seguridad del Paciente de la Comisión Europea recogió que aproximadamente la mitad de los eventos adversos prevenibles eran consecuencia de errores de medicación (EM) y que era imperativo tomar medidas al respecto en los países de la Unión Europea¹².

1.5.2 Antecedentes internacionales

De esta forma, David Bates¹⁴, en 2007, investigó los informes de la OMS, los mismos, mencionaban el problema de la seguridad médica haciéndola de conciencia pública, estableciendo cuatro puntos principales: los errores son comunes y costosos, los sistemas causan errores, los errores se pueden prevenir y la seguridad se puede mejorar, y los eventos adversos relacionados con los medicamentos son la principal causa de lesiones. La evidencia que respalda las recomendaciones hechas en este informe incluye investigaciones sobre la entrada de órdenes de prescriptores computarizados (pacientes geriátricos con insuficiencia renal, metanálisis, consecuencias no deseadas, pacientes de transferencia pediátrica), sistemas de seguridad de infusión intravenosa y, errores de dispensación y código de barras.

Bates¹⁴, establece un plan para el cambio en la seguridad de los medicamentos. Deja claro que los proveedores tienen muchas oportunidades de mejorar. Las tecnologías, como la entrada de pedidos computarizados, el código de barras y las bombas inteligentes y el monitoreo computarizado de ADE, desempeñan un papel clave, y las instituciones deberían pensar seriamente en implementar varios de estos. La investigación también enfatiza cuán esencial será un cambio de cultura, combinado con tecnologías bien diseñadas, para lograr el siguiente nivel de seguridad requerido en el informe de la OMS.

Hernández C, Mira A, Arroyo E, Díaz M, Andreu L y Sánchez I¹⁵, en 2008, realizaron intervenciones en 434 pacientes y se detectaron 249 errores de conciliación, lo que supone 0,57 discrepancias por paciente intervenido. Dentro del 35,2% de los pacientes que presentaron errores de conciliación, la media de discrepancias fue de 1,62. De estos errores, 153 (61,5%) se produjeron en el momento del alta hospitalaria, mientras que 96 (38,5%)

fueron errores de omisión o comisión en la historia farmacoterapéutica. El 11% de los informes de alta revisados no recogían información sobre el tratamiento previo del paciente.

El tipo de error mayoritario tanto en la historia como en el momento del alta fue el de omisión. Respecto al daño potencial de los errores detectados, un 30% podría haber causado lesiones temporales o la hospitalización. La incorporación del farmacéutico al equipo médico, así como la disponibilidad de acceso a datos de distintos niveles asistenciales, podrían contribuir a reducir la frecuencia de estos errores¹⁵.

Paquin, Zimmerman et al ¹⁶, en el 2011 realizaron un estudio con el objetivo de determinar cómo se definen las discrepancias de medicación entre los adultos mayores durante las transiciones de la atención mediante el análisis de fuentes de datos de medicación y se encontró que los pacientes crónicos presentan mayor riesgo de prescripciones con discrepancias involuntarias después del ingreso. Por otra parte, se referencia que en el área de UCI existe un riesgo mayor de omisión de medicamentos.

Pérez Parente D¹⁷, en 2011 ejecutó un estudio experimental de intervención desarrollado en un hospital. Este incluyó los pacientes adultos con una estancia mínima de 24 horas que dieron consentimiento, para un total de 196 pacientes, detectándose 1,95 discrepancias/paciente, de las cuales el 51% fueron Discrepancias No Justificadas (DNJ). Se intervino sobre ellas, relacionando gravedad con el riesgo de incrementar la estancia hospitalaria, estimando así el coste evitado de 123 652,8 €, obteniendo un grado de aceptación superior al 96%. El estudio de las variables asociadas a las DNJ se realizó mediante regresión logística binaria. Se concluyó que el proceso de conciliación ha conseguido la resolución de la totalidad de los errores de medicación detectados, reduciendo la aparición de efectos adversos y disminuyendo los costes derivados de éstos.

Bandrés M, Mendoza M, Gutiérrez F, Calleja M, Ruiz F ¹⁸, en el 2013 realizaron un estudio descriptivo retrospectivo sobre las discrepancias de conciliación al ingreso y también en el momento del alta. Se analizó el tratamiento de 2.473 pacientes al momento del ingreso y 1.150 al alta. Se detectaron 866 discrepancias de reconciliación en 446 pacientes (1.94 por paciente). 807 (93%) fueron aceptados por el médico que los prescribió y clasificados como errores de reconciliación. El 16,8% de los pacientes tenía al menos un error de reconciliación: el 63,8% de estos errores eran recetas incompletas, el 16,6% eran

omisiones de medicación y el 10,5% eran errores en la dosis, el método de administración y / o la frecuencia.

Lehbm E et al ¹⁹, en 2014, realizaron una revisión sistemática de conformidad con la declaración PRISMA. Se dispusieron a ejecutar búsquedas de artículos relevantes publicados entre enero de 2000 y marzo de 2014 en bases de datos electrónicas, incluidas MEDLINE, PsycINFO, EMBASE y CINAHL. Para inclusión, se tomaron los estudios aleatorizados y no aleatorizados que calificaron la gravedad de las discrepancias en la medicación y los problemas relacionados con la medicación identificados durante la conciliación y/o revisión de la medicación. De los 5292 artículos identificados, 83 artículos cumplieron con los criterios de inclusión.

La conciliación de medicamentos identificó discrepancias involuntarias de medicamentos del 3,4% al 98,2% de los pacientes. Hay pruebas limitadas del potencial de estas discrepancias para causar daño. Las revisiones de medicamentos identificaron problemas relacionados con la medicación o posibles reacciones adversas a los medicamentos del 17,2% al 94,0% de los pacientes. La evidencia demuestra que la conciliación de la medicación tiene el potencial de identificar muchas discrepancias en la medicación y reducir el daño potencial, pero el impacto en los resultados clínicos es menos claro¹⁹.

Del mismo modo, la revisión de medicamentos puede detectar problemas relacionados con la medicación en muchos pacientes, pero la evidencia del impacto clínico es escasa. En general, hay pruebas limitadas respecto a la conciliación de la medicación y los procesos de revisión de la medicación, tal como se efectúan actualmente, mejoran significativamente tanto los resultados clínicos, como las reducciones en los reingresos hospitalarios¹⁹.

Aseeri M et al ²⁰, en 2015 demostraron que el programa de informes de seguridad de medicamentos hospitalarios es una gran herramienta para identificar problemas basados en el sistema de administración de medicamentos. Un estudio descriptivo, realizado en un centro de atención terciaria en la región occidental de Arabia Saudita, muestra 624 informes de errores de medicación extraídos del sistema de informes de seguridad hospitalaria. Esta información se obtuvo a partir del análisis en función del nombre del medicamento, el tipo de evento, la descripción del evento, los modos del proceso de uso del medicamento; la

puntuación de daño, adaptada del Consejo Nacional de Coordinación para el Informe de Errores de Medicación y el índice de daños de prevención, la edad / género de los pacientes, el entorno del incidente y el momento de ocurrencia según lo documentado en el Sistema de Informes de Seguridad (SRS).

Este estudio ²⁰, mostró que la mayoría de los incidentes reportados fueron casi accidentes (69,3%). La mayoría de los incidentes reportados se clasificaron como ocurridos en el entorno de pacientes hospitalizados (57,4%). Los incidentes de error de medicación tuvieron más probabilidades de ser reportados en el turno de la mañana en comparación con el turno de la tarde y la noche (77.4% vs. 22.6%). La mayoría de los incidentes reportados involucraron la etapa de dispensación (36.7%). Se informaron medicamentos de alerta alta en 281 de los 624 eventos (45%). Este estudio identificó muchas oportunidades de mejora en el sistema de uso de medicamentos, especialmente en el manejo de la quimioterapia y los agentes anticoagulantes.

Mekonnen A et al ²¹, publicaron en 2016, un artículo donde evaluaron el impacto de las intervenciones de conciliación de medicamentos dirigidas por farmacias sobre las discrepancias de medicación en las transiciones hospitalarias y categorizar estas intervenciones como intervenciones de transición únicas o intervenciones de transición múltiple. Para ello hicieron búsquedas en las bases de datos PubMed, MEDLINE, EMBASE, IPA, CINHAL y PsycINFO, incluidas desde su inicio hasta diciembre de 2014. Los estudios incluidos fueron estudios publicados en inglés que compararon la efectividad de las intervenciones de conciliación de medicamentos dirigidas por farmacias con la atención habitual y que tuvieron como objetivo evaluar las discrepancias de medicación en las transiciones hospitalarias.

La "atención habitual" se definió como cualquier atención en la que la conciliación de medicamentos dirigidos no se llevó a cabo como una intervención, o si se realizó una intervención, no fue proporcionada por un farmacéutico / técnico de farmacia. Se incluyeron diecinueve estudios con un total de 15 525 pacientes adultos. Once estudios fueron ensayos controlados aleatorios. En el metaanálisis ²¹, se incluyeron diecisiete estudios con 18 intervenciones de conciliación de medicamentos dirigidas a las diversas transiciones (ingreso, 9; alta, 4; y transiciones múltiples, 5). En comparación con la atención habitual, las intervenciones de conciliación de medicación única en las

transiciones de atención (ingreso o alta) mostraron una reducción significativa del 66% en pacientes con discrepancias de medicación (RR 0,34; IC del 95%: 0,23–0,50) a favor de la intervención. Se encontró que las intervenciones de conciliación de medicamentos dirigidas por farmacias eran una estrategia efectiva para reducir las discrepancias de medicamentos y tuvieron un mayor impacto cuando se realizaron al ingreso o al alta, pero fueron menos efectivas durante las transiciones múltiples en la atención. También, se necesitan estudios adicionales diseñados para evaluar el impacto de la participación de los técnicos de farmacia en la conciliación de medicamentos.

Carrión I y Sánchez E ²², realizaron un estudio prospectivo en un hospital de especialidades en el año 2018. La población objeto del estudio correspondió a pacientes que generaron estancia en el centro durante un periodo de 8 meses. Diariamente se revisaron todos aquellos pacientes procedentes de una transición asistencial y posteriormente, se elaboró la mejor historia farmacoterapéutica posible revisando la información disponible sobre la medicación que podía estar recibiendo el paciente de forma previa a la transición asistencial y completando el proceso mediante una entrevista clínica.

Se concilió un total de 350 medicamentos en 136 pacientes. Se efectuaron 139 actos de conciliación, de los cuales, en 68 se encontraron discrepancias justificadas, en 53 no se encontraron discrepancias y en los 18 restantes se encontraron discrepancias que requerían aclaración, siendo la más habitual entre ellas la omisión de un medicamento seguida de la prescripción incompleta y modificación de posología o vía sin justificación. De esas discrepancias, 15 fueron aceptadas por parte del médico prescriptor, modificando posteriormente la prescripción. La mayoría de los fármacos con esas discrepancias pertenecían a los grupos del tracto alimentario y metabolismo, sistema cardiovascular, sistema nervioso y sistema respiratorio. Se concluyó que la conciliación de la medicación durante las transiciones asistenciales llevada a cabo por un farmacéutico, es muy útil en la identificación y prevención de errores de medicación con potenciales consecuencias clínicas para los pacientes²².

Además, en 2018, van der Luit C, de Jong I, Ebbens M, Euser S, Verweij S, van den Bemt P, et al ²³, publicaron un estudio donde se determinaba con qué frecuencia ocurren las discrepancias de medicación y los factores de riesgo asociados, en pacientes hospitalizados por el servicio de urgencias del Hospital Spaarne Gasthuis, ubicado en Holanda. Este estudio observacional retrospectivo examinó 832 admisiones hospitalarias que tuvieron lugar entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2015.

La conciliación de la medicación se realizó dentro de las 24 horas posteriores a la admisión y se registraron las discrepancias de medicación. El resultado primario registrado en el estudio fue la proporción de pacientes que experimentaron una o más discrepancias en la medicación, según lo verificado por el médico. Como resultado secundario, la asociación entre estas discrepancias y las variables preespecificadas se analizó mediante regresión logística univariante y multivariante. Se encontró que ocurrió al menos una discrepancia de medicación con 97 de los 832 pacientes (11,7%), las discrepancias más comunes involucraron dosis incorrectas de medicación (44,9%) y omisión de medicación (36,4%). En el análisis univariado, la edad (OR=1,03 [IC 95% 1,02:1,04] $p<0,001$) y el número de medicamentos tomados antes del ingreso (OR=1,13 [IC 95% 1,09:1,17] $p<0,001$) resultaron estar significativamente asociados con el riesgo de discrepancias en la medicación. Se encontró que el sexo, el tipo de especialidad médica y la especialidad quirúrgica versus no quirúrgica no se asociaron significativamente con las discrepancias. En el análisis multivariado, tanto el número de medicamentos previos al ingreso (OR=1,10 [IC 95% 1,06:1,15] $p<0,001$) como la edad (OR=1,02 [IC 95% 1,01:1,03] $p=0,004$) se asociaron de forma independiente con el riesgo de discrepancia en la medicación²³.

Según un estudio publicado en 2019 por Chung C et al ²⁴, la conciliación de la medicación es un proceso formal poderoso para disminuir los errores de medicación. En un estudio de intervención llevado a cabo en el departamento de cardiología de un hospital universitario francés, farmacéuticos capacitados llevaron a cabo la conciliación de la medicación al ingreso al departamento de cardiología durante 1 mes en el 2016, cuyo propósito fue determinar el mejor historial de medicación posible utilizando múltiples fuentes; comparación con la orden de medicación de admisión del paciente e identificación

de discrepancias; y clasificación de discrepancias (intencionales/no intencionales) con el médico.

En total, se incluyó a 100 pacientes (edad media $67,6 \pm 16,7$ años; 56 hombres). El proceso de conciliación identificó 544 discrepancias de medicamentos, 77 de las cuales corresponden a discrepancia de medicación no intencional (UMD por sus siglas en inglés unintentional medication discrepancy); estos ocurrieron en 42 pacientes. El tipo de UMD más frecuente fue la omisión (70,1%). Incapacidad para hablar francés ($P = 0,007$), bajo nivel educativo ($P = 0,004$), ingreso en una unidad de cuidados no intensivos ($P = 0,019$), dos o más comorbilidades ($P = 0,001$) y ocho o más medicamentos en el orden de admisión ($P = 0,004$) se asoció significativamente con UMD. El nivel educativo se mantuvo asociado de manera significativa e independiente con los UMD en un análisis multivariable después del ajuste por factores que fueron estadísticamente significativos en el análisis. Este estudio ²⁴ destaca el alto riesgo de discrepancias en la medicación y los factores asociados con los UMD. Los resultados permitieron identificar a los pacientes que deberían recibir conciliación de medicación prioritaria en un servicio de cardiología.

En 2020, Gómez Martino C ²⁵, realizó un estudio observacional unicéntrico no aleatorizado donde analizó los medicamentos implicados en errores de conciliación al ingreso hospitalario detectados dentro del Programa Piloto de Conciliación de Medicación del Servicio de Farmacia desarrollado por un farmacéutico en varias unidades de hospitalización del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. El estudio incluyó 148 pacientes adultos, con media de edad 78 años. El farmacéutico concilió 1169 medicamentos crónicos, detectando en ellos 303 EC (18%). Hubo 113 pacientes (76%) que presentaron al menos un EC. La omisión fue el EC más frecuente (56%) y 17% de los EC tuvieron una gravedad relevante. El mayor riesgo de EC en los pacientes se relacionó con la polimedicación, y con la pluripatología en edades por debajo de los 80 años. No se encontraron diferencias en los EC en función de la procedencia de la prescripción de ingreso. La vía de administración oftálmica y la posología de dos o más administraciones diarias, se revelaron como características asociadas a un incremento significativo del riesgo de EC.

Según Baughman A et al ²⁶, en un estudio publicado en el 2021, sostiene que la conciliación farmacoterapéutica mejora la evaluación integral. Este estudio describe un

enfoque de mejora de la calidad (QI, por sus siglas en inglés) para mejorar la reconciliación de medicamentos en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) como parte del Estudio 2 de mejora de la calidad de reconciliación de medicamentos multicéntricos (MARQUIS2).

El estudio ²⁶ se realizó en un SNF del Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU. con 112 camas. Los investigadores utilizaron varios métodos de QI, incluidos la evaluación comparativa de datos, las encuestas a las partes interesadas, el mapeo de procesos y un Análisis de modo y efecto de fallas en el cuidado de la salud (HFMEA) para completar evaluaciones de referencia integrales. Como resultado, con las evaluaciones iniciales, se reveló que los procesos de reconciliación de medicamentos eran propensos a errores, con altas tasas de discrepancias de medicamentos.

Las encuestas de proveedores y el mapeo de procesos revelaron procesos extremadamente laboriosos y muy complejos que carecían de estandarización. Los factores que contribuyeron fueron la polifarmacia, los recursos limitados, las limitaciones de los registros de salud electrónicos y la exposición del paciente a múltiples transiciones de atención. HFMEA²⁶ permitió un enfoque metódico para identificar y abordar los desafíos. Los SNF representan un entorno crítico para los esfuerzos de conciliación de medicamentos debido a los desafíos para completar el proceso de conciliación y el alto riesgo concomitante de eventos adversos por medicamentos en esta población. Las evaluaciones iniciales de línea de base identificaron de manera efectiva los problemas existentes y se pueden usar para guiar las intervenciones específicas.

1.5.3 Antecedentes nacionales

Ortiz A, Chaverri J, Díaz J, Zavaleta E, Mok T, Navas A. et al ²⁷, en 2017, realizaron un estudio observacional, prospectivo, con una muestra de pacientes ingresados a los servicios de internamiento del Hospital Clínica Bíblica; se encontró que nueve de cada diez pacientes presentaron al menos una discrepancia en su medicación. Entre el promedio de medicamentos conciliados por el departamento de Farmacia y mediante la Valoración Inicial de Enfermería existe una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.00001$, IC 95%). El mayor número de discrepancias se presentó con medicamentos del sistema cardiovascular, tracto gastrointestinal y metabolismo, y sistema nervioso central. Se presentaron 151 casos de error de medicación tipo B, 376 de tipo C, y 138 de tipo D.

Concluyeron que existen discrepancias significativas entre la conciliación de medicamentos realizada por el servicio de Enfermería y por el de Farmacia, tanto en cantidad como en tipo. Además, recomiendan que la conciliación se dirija prioritariamente a pacientes mayores de 65 años, con pluripatologías y en tratamiento con medicamentos que actúan sobre los sistemas fisiológicos mencionados.

De acuerdo con el estudio realizado por Sancho N. et al ²⁸, en 2020, a nivel de hospitales privados en Costa Rica, no existe evidencia de implementación de servicios de Atención Farmacéutica. En busca de mejorar la calidad en la atención prestada a los pacientes mediante educación en salud y optimización de la medicación, el Hospital Clínica Bíblica dio inicio a su Programa de Atención Farmacéutica (ATENFAR) individualizado y adaptado al paciente basado en la metodología capacidad-motivación-oportunidad y el método de seguimiento farmacoterapéutico Dader (SFT). Convirtiéndose en el primer hospital privado en Costa Rica en trabajar de manera conciliatoria y multidisciplinaria con otros profesionales de salud, lo cual fomenta la atención centrada en el paciente.

En Costa Rica, si bien existe implementación de guías técnicas de Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en atención en salud, aún no se han establecido soluciones reglamentadas para la implementación de conciliación de medicamentos en sus centros hospitalarios.

1.6 Proyecciones

En esta investigación se pretende analizar la importancia que tiene la conciliación de medicamentos para generar una estancia más segura en el centro de salud, durante un periodo de hospitalización de los pacientes. Esto a través de la estandarización del proceso al ingreso hospitalario de los pacientes, enfocándose especialmente en los pacientes pluripatológicos, tomando como ejemplo el caso del Hospital Metropolitano en su sede Central.

Inicialmente, por medio de la señalización de algunas consideraciones generales en torno al ingreso hospitalario de pacientes pluripatológicos desde de la evidencia médica que no se pueden dejar de lado si se desea un correcto proceso de ingreso hospitalario.

Además, mediante la identificación de los procedimientos para la recolección de información sobre medicamentos de pacientes pluripatológicos ingresados al centro médico y la importante funcionalidad de estos.

Así mismo, reconociendo posibles factores vinculados a discrepancias en el método de conciliación del tratamiento farmacológico para pacientes pluripatológicos y sus implicaciones en la coordinación multidisciplinaria del centro médico de estudio.

Y por tanto, proponer con ello, una guía de conciliación de medicamentos al ingreso hospitalario de los pacientes pluripatológicos que se reciben en el centro médico de estudio, para la estandarización del proceso vigente.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Paciente pluripatológico

La manera de contemplar los padecimientos de las personas ha cambiado. Las personas ya no suelen enfermar de una única enfermedad. Frente al modelo tradicional que supone una persona afectada de una única enfermedad y sobre el que se ha desarrollado la enseñanza de las ciencias de la salud, la investigación y la organización de los cuidados de salud, emergen como gran epidemia del siglo XXI, pacientes con múltiples condiciones crónicas que interaccionando entre sí provocan una creciente discapacidad en sus huéspedes, lo que les genera necesidades de salud cada vez más complejas²⁹.

La significación de paciente pluripatológico (PP), al ser un concepto que engloba tanta profundidad, no cuenta con una definición universalmente aceptada. Sin embargo, según el criterio de diversos autores, el término pluripatología se ha consolidado entre los profesionales de la salud para designar a los pacientes en los que concurren varias enfermedades crónicamente sintomáticas entendiendo como tal la coexistencia de dos o más enfermedades, definidas como enfermedades que duran un año o más y que precisan asistencia médica continuada y/o limitan las actividades diarias, las cuales presentan un grado de complejidad equivalente, con similar potencial de desestabilización, dificultades de manejo e interrelación, que actúan negativamente sobre su situación funcional y que generan una importante demanda en los diferentes niveles asistenciales^{29,30}.

Según Santos et al ²⁹, un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que las enfermedades crónicas constituyeron la causa de más del 60% de las muertes en el mundo en 2005 y llegaron a motivar el 80% de las consultas de atención primaria, el 60% de los ingresos hospitalarios y el 70% del gasto sanitario. Estimando que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad en 2020 y que hacia 2030 su incidencia se duplicará en mayores de 65 años.

De acuerdo con Campozano et al³⁰, la prevalencia de estos pacientes se ha estudiado fundamentalmente en los servicios de medicina interna, donde aproximadamente el 38% de los pacientes son portadores de enfermedades crónicas consideradas pluripatológicas, ya que afectan a más de un órgano, junto a una importante limitación funcional y a una edad media de 75 años.

Romero et al³¹, mencionan que se ha producido un incremento de las patologías crónicas y de pacientes pluripatológicos, por tanto, la reorientación del sistema sanitario hacia el paciente crónico es uno de los temas más candentes a nivel sanitario. Los sistemas de salud actuales no solo buscan curar sino también mejorar la calidad de vida de los pacientes y convertirlos en el centro del sistema. Una correcta prestación de asistencia sanitaria exige una coordinación entre niveles, y eso cobra más importancia cuando la población envejece y presenta pluripatología.

En su estudio, Lorigo et al⁴ indican que, es habitual un tratamiento farmacológico posterior a un diagnóstico médico. Por ello, al hablar de un paciente pluripatológico, por lo general se hace referencia a un paciente polimedicado. Por otro lado, Pizarro Méndez³² plantea que se llama paciente polimedicado a aquel que consume cinco o más medicamentos durante un periodo mínimo de 6 meses por cualquier vía, ya sea oral, parenteral o inhalada; aun cuando los medicamentos pertenecen a un mismo grupo terapéutico.

De acuerdo con el documento titulado Recomendaciones de Prácticas Seguras en la Conciliación de la Medicación al Alta Hospitalaria en Pacientes Crónicos³³, los errores de medicación y las prácticas inseguras asociadas al uso de los medicamentos son una de las principales causas de daño evitable en los sistemas de salud de todo el mundo, esto según la OMS. Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud puso en marcha en marzo de 2017 el tercer reto mundial de seguridad del paciente “Medicación sin daño”, cuyo objetivo es reducir los eventos adversos evitables por medicamentos en un 50%, en 5 años.

La OMS ha invitado a los ministerios de sanidad, agencias reguladoras, sociedades científicas, organismos de seguridad de medicamentos, expertos, organizaciones de pacientes, instituciones educativas y profesionales sanitarios de todo el mundo a establecer actuaciones de mejora de la seguridad en tres áreas prioritarias: las transiciones asistenciales, la polimedicación inapropiada y las situaciones de riesgo, que incluyen los medicamentos de alto riesgo y los pacientes que son más vulnerables a los errores de medicación, como los pacientes de edad avanzada y la población pediátrica³³.

Cabe destacar que las tres áreas prioritarias del tercer reto mundial se relacionan entre sí; muchos pacientes estarán expuestos a un mayor riesgo de eventos adversos si son

especialmente vulnerables, es decir, niños, ancianos o incluso quienes presentan enfermedad renal o hepática, están polimedicados, reciben medicamentos de alto riesgo, y son atendidos por múltiples profesionales y en diferentes centros sanitarios³³. En consecuencia, las actuaciones deben centrarse especialmente en aquellos pacientes con un mayor riesgo de sufrir eventos adversos por la medicación.

En un editorial publicado en la revista Medicina Clínica, Sánchez Rodríguez³⁰ plantea la necesidad de una atención integral coordinada a estos pacientes, para lo que se propone una readaptación de los servicios de medicina interna que permita a los internistas realizar valoraciones funcionales, coordinar distintos niveles asistenciales y trabajar con equipos multidisciplinarios.

En la práctica, no es tan sencillo definir categorías exhaustivas y mutuamente excluyentes que permitan analizar cómodamente la característica salud, ya que ésta tiene una gran variedad de posibilidades. Estas posibilidades van desde la salud perfecta en un extremo, pasando por diversos grados de enfermedad, hasta terminar con la muerte en el extremo opuesto. Los estados intermedios no son de tan fácil definición, ya que dependen de factores tan diversos y sujetos a variabilidad como: el criterio y preparación del que hace el diagnóstico, los medios con que cuenta para hacerlo, la opinión del usuario afectado, entre otras³⁴.

2.1.1 Clasificación del paciente pluripatológico

A causa del creciente número de personas con múltiples enfermedades crónicas es muy importante poder detectar e identificar a los pacientes pluripatológicos y saber el nivel de riesgo que tienen, y para ello son necesarias las clasificaciones y estratificaciones³⁵.

2.1.1.1 Categorías clínicas para la identificación de pacientes pluripatológicos

De acuerdo con la Consejería de Salud de Andalucía²⁹, las personas con enfermedades complejas requieren de un plan de acción integral para la atención de pacientes pluripatológicos, esto se define como conjunto de actividades encaminadas a garantizar a los pacientes adultos con necesidades complejas de salud derivadas de la presencia de enfermedades crónicas con disfunción de órganos o sistemas y criterios de complejidad sanitaria o social, una asistencia integral, coordinando con los profesionales y servicios de salud, a lo largo del tiempo.

La forma de poner en práctica un plan de atención a pacientes pluripatológicos, según la Consejería de Salud, es mediante la identificación de pacientes crónicos con necesidades complejas de salud³⁵. Una manera es por medio del cumplimiento de al menos uno de los criterios que se muestran a continuación:

2.1.1.1.1 El primer criterio es el de la presencia en el individuo de enfermedades crónicas incluidas en dos o más de las categorías clínicas establecidas por las fundaciones internacionales.

Tabla 1. Categorías Clínicas de Enfermedades Crónicas

| Categorías de enfermedades crónicas |
|--|
| <p style="text-align: center;">• Categoría A:</p> <p>A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA^a (síntomas con actividad física habitual).</p> <p>A.2. Cardiopatía isquémica.</p> |
| <p style="text-align: center;">• Categoría B:</p> <p>B.1. Vasculitis y Enfermedades autoinmunes sistémicas.</p> <p>B.2. Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular < 60ml/min o proteinuria^b o índice albúmina creatinina >30mg/g.</p> |
| <p style="text-align: center;">• Categoría C:</p> <p>C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC^c (disnea a paso habitual en llano), o FEV1 < 70% o Saturación O₂ ≤ 90</p> |
| <p style="text-align: center;">• Categoría D:</p> <p>D.1. Enfermedad inflamatoria intestinal.</p> <p>D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular^d o hipertensión portal^e</p> |
| <p style="text-align: center;">• Categoría E:</p> <p>E.1. Ataque cerebrovascular.</p> <p>E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).</p> <p>E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo persistente, al menos moderado. (Pfeiffer con cinco o más errores).</p> |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Categoría F: <p>F.1. Arteriopatía periférica sintomática.</p> <p>F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Categoría G: <p>G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb</p> <p>G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Categoría H: <p>H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel <60).</p> |

Fuente: Diseño propio con base en la referencia²⁹⁻³⁵

Nota: Los códigos diagnósticos son dados según CIE-10 para cada categoría diagnóstica

^a Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

^b Índice albúmina/creatinina >300 mg/g, microalbuminuria >3mg/dl en muestra de orina, o albúmina>300mg/día en orina de 24 horas o >200 µg/min.

^c Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria, o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.

^d INR >1,7, albúmina 2mg/dl.

^e Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

2.1.1.1.2 El segundo criterio se refiere a cumplir una de las categorías de la definición de paciente pluripatológico y al menos uno de los criterios de complejidad de entre los siguientes ²⁹:

2.1.1.1.2.1 Trastorno mental grave (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, depresión mayor).

2.1.1.1.2.2 Polimedicación extrema (10 o más principios activos de prescripción crónica).

2.1.1.1.2.3 Riesgo sociofamiliar (puntuación en la escala de Gijón mayor a 10 puntos).

2.1.1.1.2.4 Úlceras por presión en estadio II o superior. Delirium actual o episodios de delirium en ingresos hospitalarios previos.

2.1.1.1.2.5 Desnutrición (IMC<18.5). Alimentación por sonda de prescripción crónica (3 o más meses).

2.1.1.1.2.6 Dos o más ingresos hospitalarios en los 12 meses previos.

2.1.1.1.2.7 Alcoholismo

Si el paciente ha entrado en la trayectoria de final de vida, también es un paciente que requiere de cuidados personalizados, pero este se incluirá en un plan de atención de Cuidados Paliativos, incorporando los criterios de calidad del mismo. Además, como límites marginales para que el paciente forme parte del plan de atención de pacientes pluripatológicos, el paciente debe estar incluido en un programa de diálisis²⁹.

2.1.1.2 Pirámide de Kaiser Permanente

La Pirámide de Kaiser Permanente surgió en 2002 y fue desarrollada en Estados Unidos por la aseguradora Kaiser Permanente ³⁶. Se trata de una clasificación piramidal, en la cual se pueden diferenciar segmentos distintos de población, en cada una de las cuales se llevará a cabo un abordaje distinto (Figura 1). En definitiva, se centra en toda la población en conjunto y en sus necesidades. Esta clasificación distingue entre:

- Población general: en la base de pirámide se encuentra la gente sana o no diagnosticada que únicamente necesita promoción de la salud y prevención de la enfermedad controlando los factores de riesgo.
- Pacientes crónicos: en el primer nivel se incita al propio autocuidado del paciente.
- Pacientes de alto riesgo: en el segundo nivel hay una combinación entre el autocuidado del paciente y el apoyo profesional en relación con la patología crónica que presente.
- Pacientes de alta complejidad: en el tercer nivel se realiza un servicio personalizado del caso.

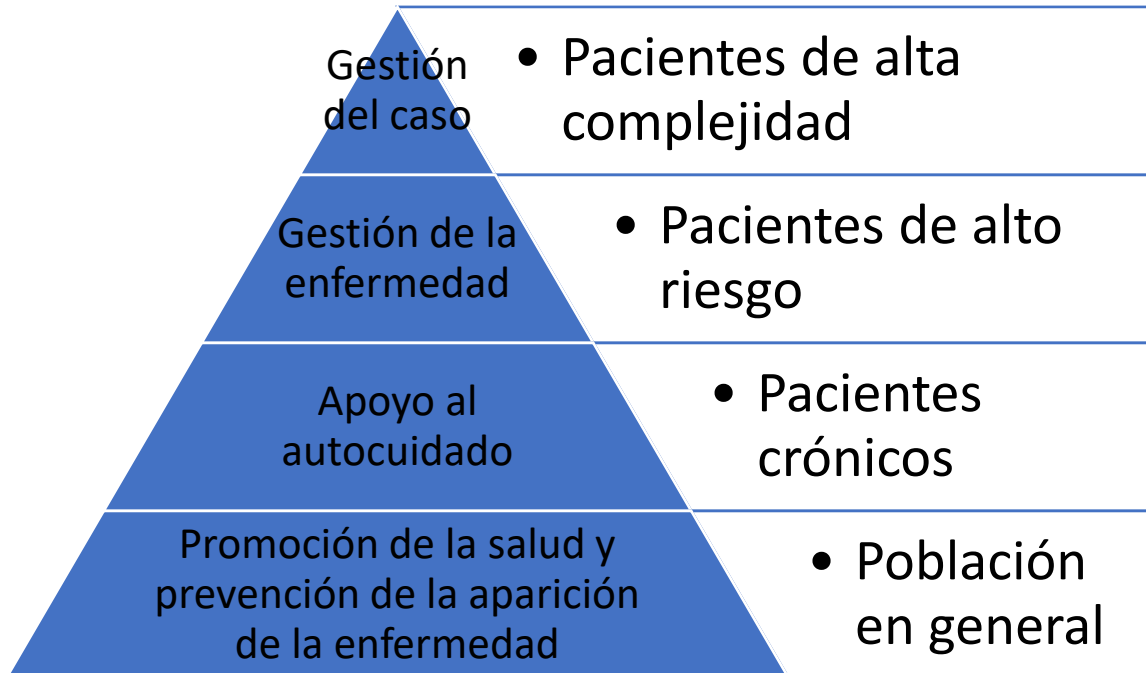


Figura 1. Pirámide Kaiser Permanente

Fuente: Diseño propio con base en la referencia ³⁶

Como resultado de esta pirámide ³⁶ se va a potenciar diferentes puntos claves para el paciente pluripatológico y sus distintas enfermedades crónicas, como es la promoción de la salud, la prevención, una atención integrada, reducir el tiempo de hospitalización o ingreso hospitalario y fomentar el autocuidado del enfermo, y, todo ello, desarrollando las competencias de enfermería, de la forma más eficiente en cuanto a recursos y buscando siempre la mejora del paciente. Con este sistema piramidal se consigue un enfoque de salud poblacional con una integración sistémica y una gestión activa y coordinada de las enfermedades crónicas, fomentando la atención llevada a cabo por equipos multidisciplinares.

2.1.1.3 Otras clasificaciones y modelos utilizados

2.1.1.3.1 Chronic Care Model o Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas

Ed Wagner, director del MacColl Institute for Healthcare Innovation ³⁷ junto con colaboradores, desarrollaron en EE.UU. en 1998 el Chronic Care Model, que es el modelo de referencia principal en la atención a los pacientes crónicos, es decir, que es utilizado internacionalmente para realizar estrategias usadas para la atención a la cronicidad.

El objetivo más importante y destacable de dicho modelo es que sea realizado por pacientes bien informados y activos, y por profesionales proactivos que ayuden a conseguir una atención de calidad alta y con una gran satisfacción y buenos resultados³⁷. Por lo tanto, este modelo se centra principalmente en que el paciente tenga un papel importante al participar activamente en la gestión de su situación, es decir, que obtenga una cierta autonomía en cuanto a su enfermedad.

El modelo es caracterizado por tres estamentos fundamentales interrelacionados (Figura 2):

- 1) La comunidad.
- 2) El sistema sanitario.
- 3) La práctica clínica.

Además, el Chronic Care Model³⁷ identifica seis áreas importantes:

- Relaciones con la comunidad: conexiones entre la comunidad y los recursos públicos y privados (por ejemplo, grupos de autoayuda).
- Organización del sistema sanitario: el principal objetivo es determinar un liderazgo e incentivación de la gestión al paciente crónico.
- Apoyo al autocuidado del paciente: fortalecer las capacidades del paciente es esencial para su propio cuidado y autonomía.
- Diseño del sistema asistencial: es necesario contar con equipos multidisciplinares efectivos y con ciertas responsabilidades para así responder adecuadamente a las necesidades de los pacientes pluripatológicos, planificar sus cuidados, controlar el tratamiento y conocer su evolución.
- Apoyo a la toma de decisiones: facilitando el acceso a expertos sobre el tema en cuestión o formando adecuadamente a los profesionales para que tengan esta capacidad y poder plasmarlo en los pacientes, realizando para ello guías prácticas.
- Sistemas de información clínica: en gran medida gracias a las TICs se puede realizar un seguimiento adecuado al paciente, así como emitir recuerdos y alertas sobre cualquier proceso sobre su enfermedad.

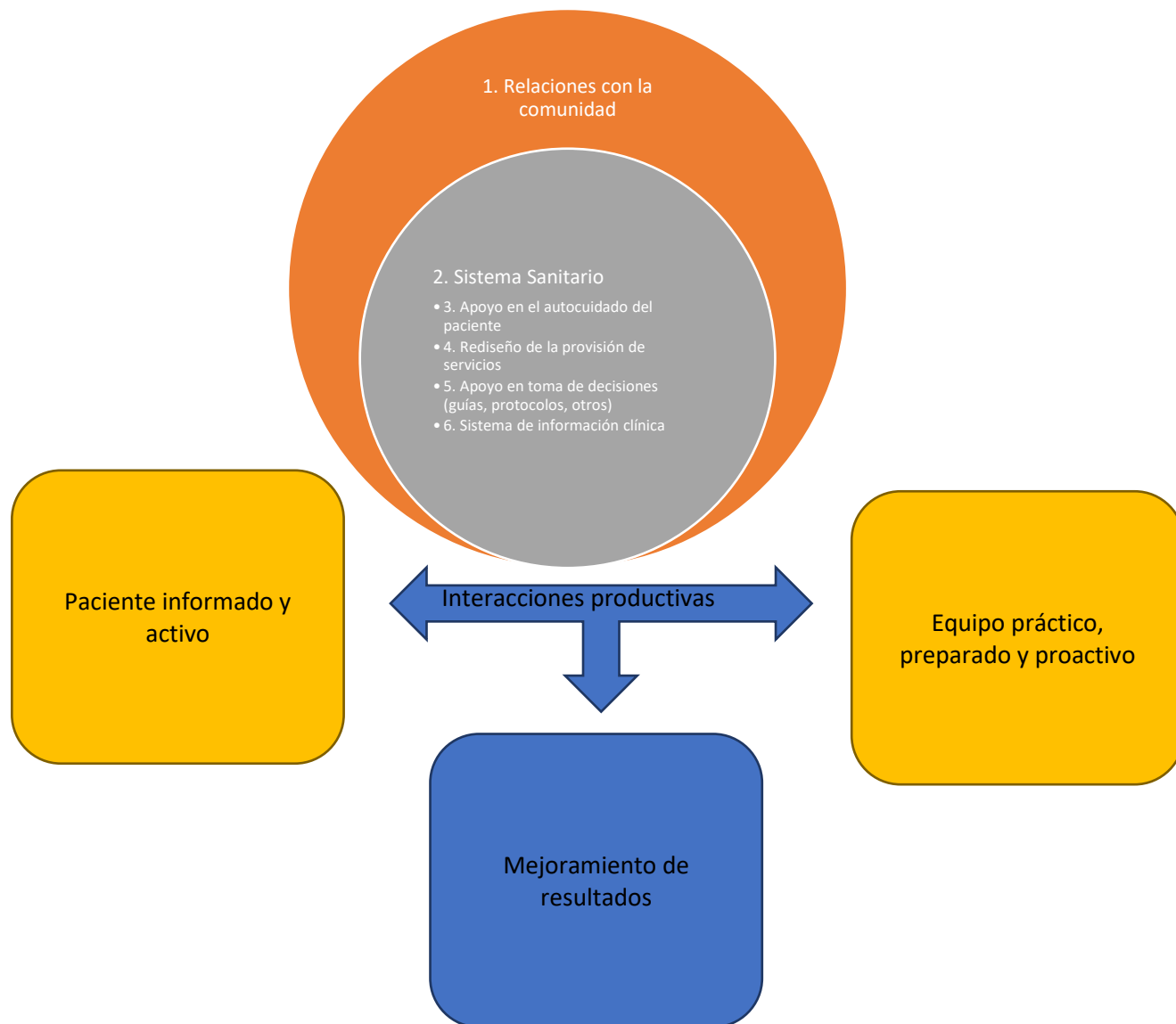


Figura 2. Cronic Care Model o Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas

Fuente: Diseño propio con base en la referencia³⁷

2.1.1.3.2 Innovative Care for Chronic Conditions o Modelo de Atención Innovadora para Condiciones Crónicas

El Innovative Care for Chronic Conditions³⁸ se obtuvo a través de una adaptación del Chronic Care Model y fue desarrollado, en el 2002, por la Organización Mundial de la Salud. Dicho modelo sigue prácticamente el mismo esquema del Chronic Care Model en el que se basa, aunque pone más incidencia en el enfoque de salud poblacional y pone

mayor interés en los aspectos relacionados con la prevención (Figura 3). El Innovative Care for Chronic Conditions enfatiza también en el paciente y su entorno familiar.

Este modelo³⁸ cuenta con tres niveles:

- Nivel micro: este nivel está centrado en el paciente y, además, recalca que hay que efectuar una reorganización sanitaria para que los profesionales sanitarios se motiven y trabajen mejor, así también se coordinaría con el paciente y su entorno familiar.
- Nivel meso: utiliza los recursos disponibles para concienciar a la población sobre toda la patología crónica y así prevenir las enfermedades crónicas.
- Nivel macro: basado en las estrategias y políticas de salud para asegurar que haya una financiación adecuada y contar con recursos. Realizándolo de forma adecuada para las necesidades de los pacientes y dentro del marco legislativo.



Figura 3. Innovative Care for Chronic Conditions o Modelo de Atención

Fuente: Diseño propio con base en la referencia ³⁸

2.1.1.3.3 Veterans' Health Administration

Este modelo ³⁹ supuso un cambio muy importante en relación con la atención a pacientes crónicos y en la evolución hacia sistemas de integración clínica. El Veterans' Health Administration³⁹ cuenta con una serie de características:

- Intensa potenciación de la Atención Primaria como base de la atención a los pacientes crónicos.
- Cooperación con el liderazgo clínico.
- Marco evaluativo multidimensional con envío de resultados a gestores y clínicos.
- Creación de microsistemas integrados locales a nivel territorial.
- Inversión en sistemas de información, para compartir mediante plataformas tecnológicas la información.
- Desarrollo de equipos para buscar una atención centrada en el paciente.
- Introducción de incentivos relacionados con la consecución de buenos resultados.

2.1.1.3.4 Índice PROFUND

En España se desarrolló y se validó el Proyecto PROFUND ⁴⁰, cuyo principal objetivo era desarrollar una herramienta útil para la predicción diagnóstica de pacientes pluripatológicos. Por tanto, el índice PROFUND ayuda a pronosticar a pacientes pluripatológicos. Este índice tiene varias dimensiones (demografía, características clínicas, parámetros analíticos, características funcionales-sociofamiliares y características asistenciales) las cuales se valoran según su presencia o ausencia, correspondiendo a cada dimensión una puntuación específica y la existencia de un máximo de 30 puntos en total.

Porcentaje de mortalidad a los 12 meses según el grupo de riesgo:

- 0-2 puntos (Bajo riesgo): 12,1-14,6%.
- 3-6 puntos (Riesgo bajo-intermedio): 21,5-31,5%.
- 7-10 puntos (Riesgo intermedio-alto): 45-50%.
- 11 o más puntos (Riesgo alto): 61,3-68%.

El índice PROFUND⁴⁰ ha sido validado y demostrado por distintas cohortes tanto su discriminación como su calibración en pacientes pluripatológicos. También se ha comprobado su funcionamiento en Atención Primaria, aunque con una recalibración de la puntuación.

2.1.1.3.5 Índice PROFUNCTION

Este índice se desarrolló en hospitales españoles sobre una cohorte de pacientes pluripatológicos. El índice PROFUNCTION⁴⁰ nos permite predecir en qué pacientes se puede sufrir una caída de 20 o más puntos en la escala de Barthel en los 12 meses próximos. Consta de siete dimensiones sencillas de obtener (demografía, características clínicas y características funcionales-sociofamiliares) que se valoran según su presencia o ausencia, y a cada dimensión le corresponde una puntuación determinada. Además, siguiendo este índice, los pacientes pluripatológicos se clasifican según las puntuaciones que obtengan en tres grupos de riesgo de declive funcional.

Probabilidad de deterioro funcional a los 12 meses⁴⁰:

- 0 puntos (Bajo riesgo): 21-24%.
- 1-3 puntos (Riesgo intermedio): 30-34%.
- ≥ 4 puntos (Riesgo alto): 38-46%.

2.1.1.3.6 Clasificación del grado de complejidad según el Servicio Asistencial de Castilla y León (SACYL)

En la comunidad Autónoma de Castilla y León³⁸ se ha realizado un proceso de clasificación de la población con pluripatología, a través de la captación de una serie de información de los pacientes. Así se segmentó la población en cuatro grupos de estratificación (G0, G1, G2 y G3) (ver tabla 2).

Cada uno de estos presentan distintos niveles de riesgo, con necesidades clínicas diferentes en cada uno, tanto sanitarios como sociales. Uno de los elementos en los que se centra esta clasificación³⁸, aunque va generalmente destinada a toda la población de la comunidad, corresponde a los pacientes crónicos pluripatológicos complejos, que se clasifican como G3, ya que estos enfermos necesitan atención médica y cuidados enfermeros continuados. Esta estratificación ayuda a los profesionales sanitarios a intervenir activamente sobre aquellos pacientes potenciales a padecer pluripatología³⁸.

- G0: Sanos, no usuarios o procesos agudos no significativos. Se llevarán a cabo labores de promoción y prevención primaria con control de factores de riesgo.
- G1: Pacientes con una enfermedad estadio inicial-estable. Se atenderá y controlará el proceso clínico en el marco de la Atención Primaria y se

promocionará la responsabilidad de los pacientes en el cuidado de su problema de salud.

- G2: Pacientes crónicos/pluripatológicos con enfermedad avanzada estable. Se llevará a cabo también desde Primaria, pero con apoyos puntuales de los médicos de Atención Especializada, y se insistirá en su propia responsabilidad y en la de sus familiares para cuidar su problema de salud.
- G3: Pacientes crónicos/pluripatológicos complejos. Tendrán atención y control de su proceso tanto por parte de la Atención Primaria como de la Especializada, mediante la gestión de procesos y casos, con la participación de los recursos sociales en cualquiera de sus ámbitos.

Esta estratificación usada por el SACYL³⁸ permitirá conocer en qué nivel se sitúa cada paciente dependiendo de su estado de salud para que las intervenciones que se le van a realizar al paciente sean mejores y con mayor adaptación a sus necesidades y demandas. Además, gracias a esta clasificación se puede llevar a cabo una continuidad de la atención de forma integral y personalizada, y la rápida detección de descompensaciones de sus enfermedades crónicas.

Tabla 2. Clasificación del grado de complejidad según SACYL

| Estratificación del modelo SACYL | | |
|---|---|---|
| Grupo | Característica | Necesidades de atención |
| G0 | Sanos o procesos agudos no significativos. | Promoción y prevención primaria con control de factores de riesgo. Promoción de la responsabilidad de las personas en el cuidado de la salud. |
| G1 | Una enfermedad crónica en estado inicial y estable. | Atención y control del proceso clínico en el marco de la atención Primaria, según protocolo. Promoción de la responsabilidad de los pacientes en el cuidado de la salud. |
| G2 | Dos o más enfermedades crónicas estables. | Atención y control del proceso clínico en el marco de la atención Primaria, con apoyo del médico especialista, mediante gestión de procesos. Promoción de la responsabilidad de los pacientes y de la familia en el cuidado de la salud. |

| | | |
|----|--------------------------------------|--|
| G3 | Crónicos pluripatológicos complejos. | Atención y control del proceso clínico en el marco de la atención primaria, compartida con la atención especialista, mediante gestión de procesos y con servicios sociales, si así lo precisa. Participación de los pacientes y de la familia en el cuidado de la salud. |
|----|--------------------------------------|--|

Fuente: Diseño propio con base en la referencia³⁸

2.1.2 Estructura general de la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE -10)

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) ³⁴ fue respaldada por la Cuadragésima Tercera Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1990 y se empezó a usar en los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de 1994.

El tema de la clasificación de enfermedades, se ha convertido en una tarea internacional y los países de habla española han puesto en vigencia la décima revisión, Costa Rica adoptó este tipo de clasificación desde 1997, y es el primer país del continente americano que la aplica nacionalmente³⁴.

La Clasificación Internacional de Enfermedades³⁴⁻³⁸ ha tenido el mismo orden, casi desde su nacimiento: comienza con las enfermedades infecciosas y parasitarias, siguen los tumores, las enfermedades de la sangre y de la inmunidad, las endocrinas, nutricionales y metabólicas, luego las enfermedades mentales y continúa durante varios capítulos, con enfermedades que afectan determinados sistemas, para continuar con embarazo, parto y puerperio, período perinatal, enfermedades congénitas e indefinidas; terminando con traumatismos, envenenamientos, causas externas y factores que influyen en el estado de salud. Inicialmente era de tres dígitos, y conforme su uso se fue ampliando, se agregó a cada categoría un cuarto dígito para mayor especificidad en las causas de muerte y en los diagnósticos de hospitales; de manera que si se utilizaban tres dígitos se tenía una clasificación exhaustiva de 999 categorías para el análisis general, utilizándose el cuarto dígito para estudios específicos.

2.1.2.1 Características generales de la décima revisión (CIE-10)

Lo que llama la atención de la décima revisión es el hecho de que, manteniendo la simplicidad de los cuatro dígitos originales, incluye dos veces y media más categorías, porque el primer dígito es ahora una letra. De esta manera, padecimientos que, con el

avance de la medicina, han resultado ser en realidad un conjunto de padecimientos identificados por el cuarto dígito, tienen en ella categorías separadas de tres dígitos. Las enfermedades mentales y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida son los mejores ejemplos en este caso³⁴.

Además, el convencimiento de que el estudio integral de la salud debe incluir la patología social, había producido algunas clasificaciones paralelas a la de las enfermedades, lo que dificultaba su aplicación simultánea en los registros de individuos; con la décima revisión estas se han incorporado como nuevos capítulos de una misma clasificación, resolviéndose este problema de elaboración de las estadísticas. Ejemplos de esto son, la naturaleza de la lesión y su causa externa, las enfermedades orgánicas y la patología social contributaria, y los contactos de salud sin hallazgo patológico. La causa externa, además, de tener ahora códigos completamente diferentes a los de la naturaleza de la lesión, da en el cuarto dígito, el lugar de ocurrencia de la misma. Una diferencia es el hecho de que las clasificaciones anteriores facilitaban el análisis de las lesiones por su naturaleza, a saber, fracturas, heridas, por mencionar algunos. La décima revisión facilita el análisis de las lesiones por localización anatómica, cabeza, tórax, abdomen, extremidades³⁴.

2.1.2.1.1 Condiciones indispensables para la aplicación de la CIE-10

Ciertas condiciones son indispensables para el uso de cualquier clasificación estadística, las siguientes deben estar siempre presentes y ser del conocimiento del cuerpo médico, ya que ciertos grupos de diagnósticos no podrían codificarse correctamente con la CIE -10, y los datos estadísticos resultantes tendrían con frecuencia categorías indefinidas que limitan por completo su interpretación y utilización³⁴.

2.1.2.1.1.1 Diagnósticos tales como: fracturas, hernias, contusiones, traumatismos, lesiones superficiales, quemaduras, lesiones internas y traumáticas, úlceras, abscesos, malformaciones congénitas, entre otros, deberán especificar la región anatómica donde se han producido.

2.1.2.1.1.2 Parasitosis intestinal, indicar las diferentes clases de parásito: Ameba, Tricocéfalo, Giardiasis, entre otros. En la tuberculosis respiratoria se debe indicar si es confirmada bacteriológica o histológicamente.

2.1.2.1.1.3 En el caso de hepatitis, parotiditis, debe incluirse si son infecciosas. Además, a la hepatitis se le debe agregar el tipo, y a la hepatitis tipo B, indicar si es agente delta, con coma o sin coma.

2.1.2.1.1.4 Todas las enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana adquirida (VIH) tienen ahora sus propias categorías, que son las B20- B24.

2.1.2.1.1.5 Los tumores: debe indicarse el tipo (maligno, insitu, benigno, comportamiento incierto o desconocido), en los malignos indicar el sitio primario y los secundarios y la parte afectada del órgano. Si hay más de un tumor maligno primario se codifican por separado, y en el caso de defunción la categoría C97.

2.1.2.1.1.6 En las enfermedades de las válvulas mitral, aórtica y tricúspide indicar si son reumáticas o no y si la fiebre está presente.

2.1.2.1.1.7 Cirrosis hepática, si es alcohólica o no.

2.1.2.1.1.8 En sangrado digestivo, retención o incontinencia de orina, epistaxis, hemoptisis, debe indicarse la afección principal.

2.1.2.1.1.9 Para las causas externas de accidentes y violencias el Cap. XX se utilizará como código adicional al capítulo XIX de traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa. Al llenar un expediente o un certificado de defunción, debe tenerse el cuidado de anotar el diagnóstico completo y correctamente.

2.1.2.3 Lista resumida de tres dígitos

La evolución de la clasificación, ha sido causada por la evolución del conocimiento de la salud; por el mismo efecto de la letra inicial, la lista resumida de tres dígitos se amplió de 999 categorías a 2699; lo cual da la ventaja de que algunas importantes patologías que se identificaban sólo por el cuarto dígito en las revisiones anteriores, tengan ahora su propia categoría de tres dígitos, lo que permite trabajar con solo tres dígitos en las estadísticas de los servicios ambulatorios (consulta, urgencias e incapacidades) y en los análisis generales de las causas de muerte y de hospitalización, lo cual reduce muchísimo el número de categorías que se obtiene en la tabulación inicial base para seleccionar las enfermedades y problemas relacionados con la salud más frecuentes, o para tabular bases de datos muy grandes³⁴.

Se deja, por lo tanto, la aplicación de los cuatro dígitos para las causas de muerte y los diagnósticos de hospitales que se utilizan con frecuencia para estudios más detallados,

como las investigaciones clínicas que en ellos se producen, y para el empleo de técnicas estadísticas más complejas, como los grupos de diagnósticos relacionados en la determinación de los costos hospitalarios^{30,34}.

2.2 Ingreso hospitalario

La seguridad del paciente constituye un componente clave de la calidad asistencial, este componente ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para las gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente. La actividad sanitaria es compleja y lleva consigo riesgos inherentes y no intencionados derivados de la misma. Esto puede dar lugar a la aparición de eventos adversos (EA), los cuales representan una causa de elevada morbi -mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados⁴¹.

2.2.1 Historia Clínica

En Costa Rica el expediente clínico se define como “el conjunto de documentos derivados de la atención de una misma persona y, eventualmente, del producto de la concepción, que en un establecimiento permanecen archivados bajo una misma identificación y con carácter de único. Se consideran sinónimos del término “expediente de salud”: expediente médico, expediente clínico y expediente digital”. El expediente está conformado por los formularios oficiales aprobados por la Gerencia Médica y, en su caso, por los documentos que se originaren en los procesos de atención en salud que el paciente pudiese recibir externamente a la Caja⁴².

La historia clínica médica (HCM) desempeña un papel fundamental en la calidad de la atención médica y es vital en la interrelación entre los diferentes niveles de atención. La misma refleja el resultado del trabajo del médico, la ejecución de la fase cognoscitiva de la relación médico-paciente, el cual tendrá un análisis o síntesis, conocido como diagnóstico y tratamiento. El expediente clínico refleja el método clínico, el cual es el conjunto ordenado de procedimientos para conseguir un diagnóstico, pronóstico y tratamiento correctos en el paciente. No hay justificación para no reflejar con calidad la evaluación que se hace al paciente y la paciencia debe ser ilimitada en la atención prestada, para evitar con ello errores médicos y daños al paciente^{42,43}.

La historia clínica sirve de apoyo para la elaboración de un correcto tratamiento. Esta debe comenzar estableciendo las razones y los motivos por los cuales el paciente solicite ser tratado, circunstancia que no deja de ser una ventaja psicológica tanto para el clínico como para el paciente. Con la realización de una buena historia clínica, se obtendrá el fin deseado, es decir, la realización de un tratamiento adecuado para un paciente que ha sido correctamente valorado y diagnosticado. La historia clínica incluirá información general, tal como antecedentes familiares, condiciones sociales de vida del paciente, sus antecedentes patológicos, entre otros datos⁴⁴.

El profesor cubano Llanio Navarro R, considera la HCM como un documento básico en todas las etapas de la atención médica y debe ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona que establece todas sus necesidades; también se emplea para el planeamiento, ejecución y control de las acciones destinadas al fomento, recuperación y rehabilitación de la salud, lo cual destaca lo fundamental que ella resulta para analizar el proceso patológico del paciente y su evolución⁴³.

La información obtenida en la entrevista médica debe ser registrada en un documento llamado el expediente clínico, que adquiere un valor trascendental asistencial, docente, investigativo, administrativo, legal y de control de la calidad de la asistencia. El expediente clínico no se limita a contener una simple narración o exposición de hechos, en ella se expresan, además los datos clínicos relacionados con la situación del paciente, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación, procedimientos, informaciones y consentimiento de la persona enferma. Dichos elementos se basan en el principio de autonomía, en el reconocimiento y aceptación del estado de salud por parte del paciente, así como en su participación, junto a familiares y equipo de salud, en las tomas de decisiones^{43,44}.

Dentro de las funciones de la HCM se logran destacar: docencia e investigación, epidemiología, mejora continua de la calidad, gestión y administración, así como instrumento médico legal. Las mismas deben ser analizadas y puestas en práctica en cada actuación médica, así como velar por su correcta concepción por parte de estudiantes y profesionales de la salud. La calidad en su confección está condicionada por muchos factores. Por un lado, está el nivel de exigencia en las instituciones; por otro, el nivel de

aprendizaje de los que la confeccionan⁴³. Los problemas que puedan suscitar en su confección, pueden ser atribuidos al desconocimiento, beneficios o perjuicios derivados de un contenido incompleto.

La primera cita con el paciente debe consistir en una entrevista y examen preliminar. Preguntas relacionadas con la anamnesis harán salir a la luz, entre otras cosas, el estado de ánimo, de manera de ser y ansiedad del paciente. Por otra parte, resalta la importancia de una anamnesis médica completa, que en muchas ocasiones permita prevenir situaciones que puedan resultar desafortunadas. No se puede pasar por alto el hecho de que muchos tratamientos por ejemplo odontológicos, biomecánicamente bien ejecutados, han fracasado como consecuencia de no haber realizado una correcta historia clínica o no haberla considerado en su importancia^{43,44}.

La historia clínica mínima consta de anamnesis, exploración física, evolución y epicrisis:

- 2.2.1.1 Anamnesis⁴⁴: puede ser visto como el interrogatorio, es la conversación con el paciente a través de la entrevista dirigida por el personal médico. Son datos subjetivos y hay que considerarla como tal. Proporciona mucha información.
- 2.2.1.2 Exploración física⁴⁴: Serie de maniobras en las cuales se obtienen datos objetivos sobre la salud del paciente, por lo que son más fiables. Hay enfermedades en las que, con una buena anamnesis y exploración, el personal facultativo puede llegar a un diagnóstico, pero otras requieren pruebas complementarias. Esto conduce mediante un juicio clínico al diagnóstico y, por tanto, al tratamiento.
- 2.2.1.3 Evolución⁴⁴: Redacción de la información obtenida en los encuentros posteriores con el paciente.
- 2.2.1.4 Epicrisis⁴⁴: El cierre de la historia clínica se hace con un resumen de todo lo acontecido, y todo lo controlado por el médico o enfermero. Sin embargo, este paciente puede tener varias relaciones con otros profesionales sanitarios por lo que la historia queda abierta para otros datos o resúmenes.

Disponer de toda la información de prescripción del paciente en el medio ambulatorio facilita el trabajo de forma importante. Sin embargo, no se puede prescindir de revisar y validar esa información, la valoración del cumplimiento del paciente del régimen terapéutico, los efectos secundarios y otros aspectos relacionados con el éxito terapéutico. Por tanto, la entrevista con el paciente sigue siendo necesaria para recoger la información más completa y precisa posible. Esta tarea se incluye entre las tareas que realiza diariamente el personal de enfermería ante un nuevo ingreso en su unidad de hospitalización⁴⁵.

2.2.2 Transición asistencial

En particular, las transiciones de atención pueden conducir potencialmente a daños al paciente debido a cambios involuntarios en la terapia con medicamentos del paciente, a menudo debido a una comunicación insuficiente. Por lo tanto, la conciliación de medicamentos representa un servicio clave en todas las transiciones de atención y, cuando está dirigida por farmacéuticos, es efectiva para reducir los posibles daños relacionados con los medicamentos⁴⁶.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que durante las transiciones asistenciales o traslados de pacientes entre diferentes servicios o ámbitos asistenciales se producen numerosos errores de medicación por fallos en la comunicación sobre los tratamientos que reciben los pacientes¹¹. Estos errores pueden ocurrir cuando se obtiene la historia de medicación del paciente (por ejemplo, al ingreso en el hospital), cuando se registran los medicamentos en la historia clínica, y cuando se prescribe la medicación al ingreso, en los traslados de unidad, en el momento del alta y después del alta hospitalaria, en los servicios de urgencias y en cualquier nueva consulta³³.

Las comunicaciones interprofesionales, así como las comunicaciones con los pacientes y sus familiares y cuidadores dirigidas y gestionadas por farmacéuticos, son necesarias para obtener información precisa sobre la medicación. Tal precisión asegura que el paciente esté recibiendo un régimen de medicación óptimo, lo que constituye la base de la reconciliación de medicamentos⁴⁶.

La conciliación de la medicación al ingreso hospitalario⁴⁷ pretende garantizar que los pacientes ingresados reciban todos los medicamentos necesarios que estaban tomando en su domicilio con la dosis, vía y frecuencias correctas. El porcentaje de pacientes con

errores de conciliación al ingreso hospitalario varía de un 26,9% a un 86.8% y afectan hasta a un 70% de los medicamentos. Estos errores de medicación comprometen la seguridad de los pacientes por lo que la conciliación es un punto clave para reducir el número de efectos adversos al ingreso de un paciente.

Uno de los objetivos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) para el año 2020, obedece a que en el 80% de los hospitales, el servicio de farmacia participe activamente en el desarrollo e implantación de un procedimiento normalizado de conciliación de la medicación habitual del paciente en el momento del ingreso como del alta⁴⁷. Pero actualmente, uno de los principales problemas a la hora de implantar este proceso es la falta de recursos humanos para llevarlo a cabo. Ante la falta de recursos, hay que diseñar estrategias que permitan llegar a un mayor número de pacientes con un aprovechamiento más eficiente de los recursos disponibles⁴⁷.

Sin embargo, una de las principales barreras para la conciliación de la medicación es la disponibilidad de tiempo del personal sanitario para añadir este proceso en sus tareas habituales. Por esta razón muchos hospitales han optado por hacer una selección de pacientes según diferentes criterios de prioridad: en función de la edad, número de medicamentos prescritos o número de patologías o priorizar algunos servicios. Otro punto débil es la posibilidad de solapamiento de funciones con otros profesionales o la duplicidad del trabajo⁴⁵.

Para ello hay que plantearse seleccionar solo aquellos pacientes que más se beneficien de la conciliación. Esta selección puede realizarse en función de diversos criterios, como puede ser la disponibilidad del servicio implicado o pacientes que reúnan determinadas características que hagan aumentar la probabilidad de error en nuestro entorno⁴⁷.

El retiro de un paciente de los servicios de internamiento de un hospital se conoce con el nombre de Egreso Hospitalario. Puede ser vivo o por defunción. No incluye este concepto los traslados internos (de un servicio a otro del mismo hospital), ni los recién nacidos sanos en el mismo. Cuando se trata del egreso vivo, este puede producirse por indicación médica, por salida exigida del paciente, por fuga del paciente o por traslado a otro centro. En todo caso se establece y se anota la condición de egreso del paciente en su expediente con la firma del médico responsable y de los testigos cuando así se requiera³⁴.

2.2.3 Cooperación multidisciplinaria

La seguridad del paciente es una responsabilidad compartida por todos los miembros del equipo de atención médica. Los médicos deben tener precaución al prescribir, administrar, sugerir o dispensar medicamentos a un paciente en todo momento, y particularmente en las transferencias de sistemas y sectores de atención, especialmente con respecto a medicamentos con un potencial significativo de daño⁴⁶.

Sin embargo, dada la experiencia de los farmacéuticos en medicamentos, la conciliación de medicamentos dirigida por farmacéuticos debe ser reconocida por su precisión para completar los historiales de medicamentos de los pacientes, determinar y conciliar las discrepancias de medicamentos y sugerir las intervenciones necesarias⁴⁷.

2.2.3.1 Atención de Farmacia al paciente hospitalizado

En los últimos años, se han propuesto diversas estrategias para reducir los errores de medicación; en algunos países incluyen servicios de revisión y conciliación de medicamentos, el uso de sistemas automatizados, educación e intervenciones multicomponentes, entre otros. De acuerdo a esto, se ha justificado la eficacia de los farmacéuticos hospitalarios para identificar los errores de medicación en el ámbito hospitalario^{48,49}.

Según el Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica (COLFAR)⁴⁸⁻⁵⁰, el regente farmacéutico es aquel profesional que, de conformidad con la ley y los reglamentos respectivos, asume la dirección técnica y científica de cualquier establecimiento farmacéutico. En Costa Rica, tal regente es responsable de cuanto afecte la identidad, pureza y buen estado de los medicamentos que se elaboren, preparen, manipulen, mantengan y se suministren, así como de la contravención a las disposiciones legales y reglamentarias que se deriven de la operación de los establecimientos.

2.2.3.1.1 Funciones del regente farmacéutico

De acuerdo al COLFAR⁴⁸⁻⁵¹, en nuestro país, el profesional farmacéutico al obtener un puesto de regente farmacéutico adquiere 34 funciones mínimas inherentes al ejercicio de la farmacia:

- 2.2.3.1.1.1 El regente farmacéutico es responsable de cuanto afecte la identidad, pureza y buen estado de los medicamentos que se elaboren, preparen, manipulen, mantengan y suministren en la farmacia.
- 2.2.3.1.1.2 Es la única persona autorizada para el despacho de recetas y debe estar atenta a la detección de posibles errores en cuanto a la dosis de los medicamentos.
- 2.2.3.1.1.3 Velar por la atención de las necesidades de los individuos y la comunidad. El farmacéutico realiza la supervisión de las funciones de atención a pacientes, preparación, entrega, control y utilización adecuada de los medicamentos y otros productos sanitarios que se encuentren en la Farmacia.
- 2.2.3.1.1.4 Participar activamente en la investigación, indicación y consejo farmacéutico.
- 2.2.3.1.1.5 Asegurar la calidad de los servicios profesionales que brinda en la Farmacia.
- 2.2.3.1.1.6 Recomendar la compra de los productos que se dispensarán en la farmacia que regenta y supervisar la gestión de compra, dando especial atención al origen de los productos (droguerías y distribuidores autorizados).
- 2.2.3.1.1.7 Supervisar la inspección de los productos adquiridos, con el fin de determinar si se encuentran legalmente autorizados, si hay alguno dañado o si su fecha de vencimiento se encuentra muy próxima.
- 2.2.3.1.1.8 Velar por el adecuado almacenamiento de los fármacos según las indicaciones en su etiquetado, vigilando el modo de conservación de los productos farmacéuticos bajo su cuidado.
- 2.2.3.1.1.9 Supervisar el control de las fechas de vencimiento de los productos que se expenden en la farmacia.
- 2.2.3.1.1.10 Etiquetar o validar el etiquetado de los medicamentos despachados con las indicaciones sobre su correcta administración.
- 2.2.3.1.1.11 Garantizar que todo medicamento que se dispense, se encuentre debidamente etiquetado según el Procedimiento para la dispensación de medicamentos en la farmacia; e incluyendo cualquier indicación especial,

como en el caso del etiquetado de medicamentos en personas con discapacidad visual; de acuerdo al procedimiento correspondiente.

- 2.2.3.1.1.12 Respetar la autonomía y dignidad del paciente y proteger el derecho de este a la confidencialidad de sus datos.
- 2.2.3.1.1.13 Resolver las consultas técnicas que se le realicen.
- 2.2.3.1.1.14 Cumplir con el horario de regencia aprobado por la Junta Directiva del Colegio.
- 2.2.3.1.1.15 No permitir la operación del establecimiento fuera del horario aprobado por la Junta Directiva.
- 2.2.3.1.1.16 Supervisar los inventarios y mantener los controles requeridos para el buen servicio en la farmacia.
- 2.2.3.1.1.17 Coordinar la disposición final de los medicamentos y [materias primas (si aplica)] no utilizables, según las disposiciones reglamentarias en la materia.
- 2.2.3.1.1.18 Supervisar y coordinar que los desechos infecto-contagiosos y punzocortantes sean dispuestos de manera adecuada según la legislación vigente.
- 2.2.3.1.1.19 Reportar al Colegio o al Ministerio, según corresponda, cualquier anomalía e irregularidad que se presente en el establecimiento, en materia de su competencia.
- 2.2.3.1.1.20 Comunicar a la Fiscalía del Colegio, en caso de ausencia temporal de su cargo, quién será el sustituto y este deberá comunicar la aceptación del cargo, con todos los derechos y obligaciones.
- 2.2.3.1.1.21 Informar a la fiscalía, con al menos dos semanas de anticipación, en caso de renuncia a su cargo de regente farmacéutico de la Farmacia.
- 2.2.3.1.1.22 Garantizar que los estupefacientes, psicotrópicos y cualquier otro producto de prescripción restringida sea despachado de acuerdo con la legislación vigente.
- 2.2.3.1.1.23 Conservar las recetas originales despachadas en la farmacia, debidamente firmadas por el regente que las despachó, con el código del regente y fecha de despacho; llevando el archivo correspondiente y

entregar una copia fiel sellada y firmada sin costo adicional, a solicitud del paciente.

- 2.2.3.1.1.24 Ofrecer al paciente un producto con equivalencia terapéutica al prescrito en la receta, cuando lo hubiere, salvo que el prescriptor indique lo contrario en la receta.
- 2.2.3.1.1.25 Acatar todas las disposiciones que establece la Ley General de Salud, los reglamentos y los acuerdos de la Junta Directiva del Colegio para la regencia de la Farmacia.
- 2.2.3.1.1.26 Es responsable ante el Ministerio y el Colegio de que el establecimiento farmacéutico bajo su regencia, cumpla con las leyes y reglamentos de la materia.
- 2.2.3.1.1.27 Reportar al Ministerio de Salud las sospechas de eventos adversos a medicamentos que se presenten o de las que tenga conocimiento durante su práctica profesional, utilizando los formularios o vías oficiales para realizar los reportes.
- 2.2.3.1.1.28 Trabajar en colaboración con los demás profesionales sanitarios, tanto en la prevención de enfermedades como en la promoción de la salud y educación al paciente.
- 2.2.3.1.1.29 Llevar a cabo las actividades de atención farmacéutica y seguimiento fármaco-terapéutico. [Si aplica]
- 2.2.3.1.1.30 Velar por mantener, dentro de las posibilidades de la Farmacia, un surtido de productos necesarios para elaborar fórmulas magistrales. [Si aplica]
- 2.2.3.1.1.31 Custodiar que el uso de los medicamentos disponibles en la Farmacia, se realice de forma efectiva, segura y eficiente.
- 2.2.3.1.1.32 Capacitar y sensibilizar al personal a su cargo en temas fármaco-técnicos.
- 2.2.3.1.1.33 No debe permitir que personas ajenas a la profesión, invadan funciones que son exclusivamente del farmacéutico.

2.2.3.1.1.34 Debe permitir la entrada del funcionario del Departamento de Fiscalía, debidamente identificado, para el cumplimiento de sus funciones, así como cualquier autoridad de gobierno.

En este marco, los regentes farmacéuticos que laboren en farmacias hospitalarias públicas o privadas, incluyen otras funciones que se encuentran a su cargo, como lo son⁵¹:

2.2.3.1.1.35 Controlar y reportar el movimiento de recetas y consumo de medicamentos. Participar en la selección de su personal y administrar el régimen disciplinario.

2.2.3.1.1.36 Participar en el planeamiento de programas del servicio.

2.2.3.1.1.37 Organizar, dirigir y controlar las bodegas de la farmacia.

2.2.3.1.1.38 Brindar información educativa a otros profesionales de ciencias de la salud, en temas relacionados con los medicamentos.

2.2.3.1.1.39 Planear, organizar, coordinar y dirigir, las políticas y procedimientos a su cargo, cuidar la eficiencia cualitativa y cuantitativa de su ejecución.

2.2.3.1.1.40 Distribuir las labores del personal a su cargo, y supervisar su ejecución.

2.2.3.1.1.41 Elaborar el presupuesto de la farmacia y velar porque éste se cumpla.

2.2.3.1.1.42 Participar en las comisiones que se integren para revisar reglamentos, normas y procedimientos de trabajo, cuando sea requerido.

2.2.3.1.1.43 Participar en el planteamiento y organización de programas de entrenamiento, para profesionales de reciente ingreso.

2.2.3.1.1.44 Administrar e interpretar las políticas y procedimientos para el manejo del personal.

2.2.3.1.1.45 Atender las consultas técnicas y administrativas del personal.

2.2.3.1.1.46 Elaborar informes estadísticos de las actividades de la farmacia.

2.2.3.1.1.47 Dirigir, coordinar, supervisar y evaluar las actividades asignadas, a partir de las políticas, la normativa vigente, el plan operativo, el presupuesto, los sistemas de información existentes, el análisis de los

resultados, las instrucciones del nivel superior, entre otros aspectos, con el propósito de detectar desviaciones y corregirlas.

- 2.2.3.1.1.48 Diseñar e implementar las estrategias y los programas globales de educación y promoción de la salud a los usuarios y la comunidad.
- 2.2.3.1.1.49 Controlar y evaluar el resultado de la gestión técnica y administrativa, con base en la planificación operativa y las prioridades establecidas.
- 2.2.3.1.1.50 Administrar los recursos humanos, físicos, tecnológicos y materiales asignados, con el fin de apoyar el desarrollo efectivo de la gestión.
- 2.2.3.1.1.51 Suministrar en forma oportuna la información solicitada por las autoridades superiores.
- 2.2.3.1.1.52 Ejecutar otras tareas profesionales y administrativas propias del cargo.

El diálogo abierto entre equipos multidisciplinarios ha permitido incorporar diferentes perspectivas que ayudan a comprender el complejo entramado que subyace tras la manera de enfermar de las personas. Cada vez, se toma más conciencia de que la esencia de la cronicidad no es la enfermedad en sentido estricto, sino todas las condiciones de salud y limitaciones de la actividad de carácter crónico⁴⁰.

Adaptar una orientación más positiva concibiendo la salud como la habilidad de las personas y las comunidades para adaptarse y auto manejar los desafíos físicos, mentales y sociales que se presentan en la vida cotidiana. Los programas de Atención Integral en Andalucía⁴⁰ han planteado un cambio de paradigma en el que, frente a un modelo centrado en la morbilidad, la dependencia y la oferta de recursos, se contraponen un modelo centrado en la autonomía de la persona, su empoderamiento ante la adversidad y la gestión cooperativa.

Algunos autores, como Páez Vives et. al ⁴⁵, han apuntado ya los beneficios de la coordinación multidisciplinar de los profesionales sanitarios en la conciliación de la medicación. Páez Vives encuentra un 18% de discrepancias. En el estudio de Moriel et al, llevado a cabo en pacientes de traumatología encontraron discrepancias en el 71,4% de los pacientes. En este sentido, el estudio de Villamayor et al evidenció discrepancias en el 14,5% de los pacientes ingresados en el hospital. Se evidenciaron discrepancias en un 15%

de los pacientes. Dejando claro que no solo la cooperación multidisciplinar, sino que la prescripción electrónica puede contribuir de forma notoria a mejorar y facilitar el proceso de conciliación terapéutica.

2.2.3.2 Atención de Enfermería al paciente hospitalizado

La Enfermería, como cualquier disciplina profesional necesita utilizar una forma de proceder para llevar a cabo el servicio que presta a sus usuarios, se caracteriza por dar respuesta a una serie de situaciones de salud que pueden ser problemáticas para las personas. La forma de proceder en el área de enfermería está encaminada a solucionar o al menos a tratar de minimizar los posibles problemas de la vida cotidiana relacionada con la salud ⁵².

El proceso de atención de enfermería (PAE)⁵² constituye una herramienta para organizar el trabajo de Enfermería, lo que implica una determinada manera de proceder que les es propia, está constituido por una serie de pasos, íntimamente interrelacionados.

2.2.3.2.1 Etapas que constituyen el PAE

El proceso de atención de enfermería consta de cinco etapas⁵²:

- Valoración
- Diagnóstico
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación

La Valoración constituye la base de las siguientes etapas, pudiendo ser considerada como la piedra angular del PAE. Permite reunir la información necesaria que permitirá formular el problema (Diagnóstico), y a partir de éste proponer (Planificar) y llevar a cabo las intervenciones encaminadas a un logro (Objetivo), y luego proceder a la Evaluación⁵².

El Proceso de Atención de Enfermería⁵² es por tanto la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de Enfermería. Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud. Las

teorías o modelos de enfermería están basadas en cuatro aspectos o elementos fundamentales: Persona, Salud, Entorno y Cuidado⁵².

2.2.3.2.1.1 La Valoración

La valoración de la enfermería⁵² es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y la respuesta a esta. No sólo debe estar orientada a la determinación de la situación de salud que estén viviendo las personas, sino a su respuesta, a modo de responder, actuar, comportarse, ante este Proceso de Atención de Enfermería.

El propósito de la valoración del profesional de enfermería es captar lo más acertadamente posible la naturaleza de la respuesta humana a la situación de salud que están viviendo. Rellenar instrumentos u hojas de valoración de enfermería, por muy completos que estos sean, no es realmente valorar si la enfermera que los cumplimenta, además de poseer los conocimientos y las habilidades precisas para ello, está concienciada de la necesidad y validez de la acción que está realizando⁵².

La valoración de enfermería⁵² es un acto responsable y revestido de una enorme importancia y de la que dependerá el éxito de su labor, cuyo propósito es conseguir el bienestar de las personas objetos y sujetos de intervención.

2.2.4 Evento Adverso

Un evento adverso⁵³ es aquel producto de la atención en salud, que de manera involuntaria causa daño al paciente. Consecuencia que puede ir desde un daño leve a un daño severo. En el ciclo de atención hay un error, una falla activa, es directa en la asistencialidad.

Tomando la Clasificación de la Organización Mundial de la Salud los eventos adversos se clasifican según su severidad en: leve, moderado y grave o severo. En la figura 4, se detallan de mejor manera.

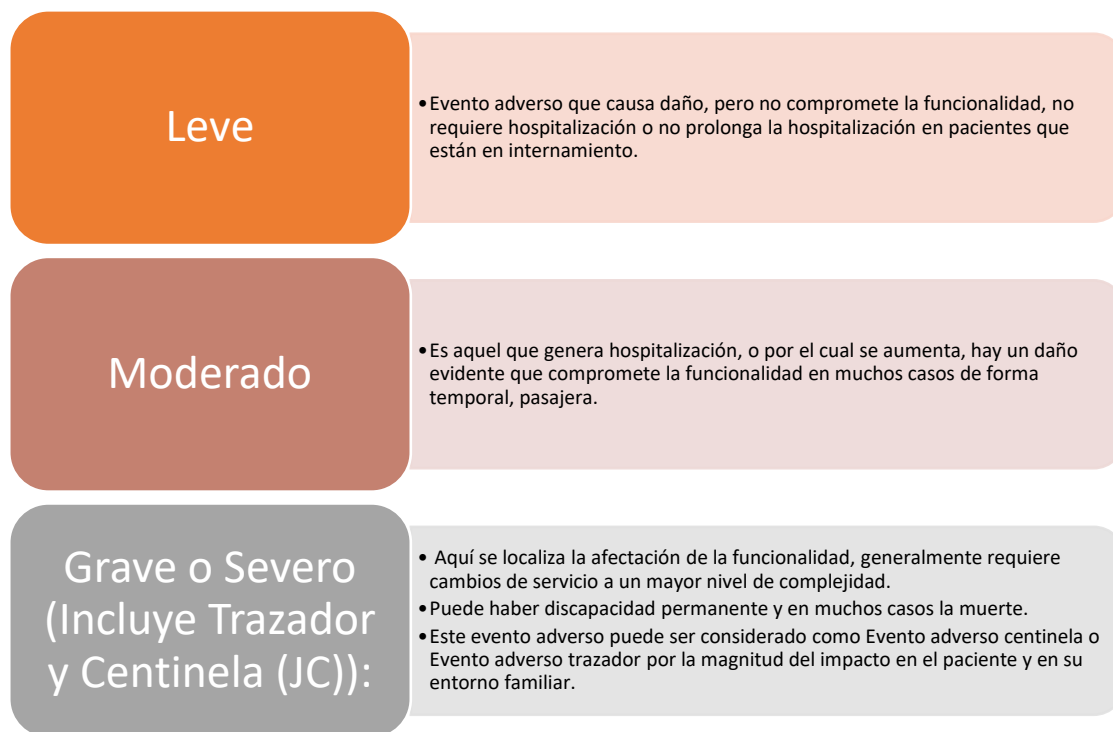


Figura 4. Clasificación de la Organización Mundial de la Salud, Eventos Adversos

Fuente: Diseño propio con base en la referencia ⁵³

2.2.4.1 Evitabilidad del evento adverso

Prevenible ⁵³: Es aquel evento en el que el daño pudo ser evitado con la adherencia a los protocolos de aplicación obligatoria, con el cumplimiento a las inducciones y reinducciones, formación académica estricta, práctica (es decir experiencia) en la ejecución de labores que así lo requieren, entre otras acciones.

No prevenible ⁵³: Es aquel que se presenta a pesar de seguir las indicaciones impartidas en los procedimientos institucionales normalizados, pero en el cual queda completamente claro el hecho que no es una complicación.

2.2.4.2 Factores contributivos

Son condiciones previas que llevan a que se cometa un error (acción insegura) en la atención en salud ⁵³. La siguiente tabla muestra algunos elementos que pueden propiciar la aparición de un evento adverso:

Tabla 3. Factores Contributivos de Eventos Adversos

| Origen | Factores Contributivos |
|----------|------------------------|
| Ambiente | Espacio |

| | |
|---------------------------|---|
| | Calor |
| | Infraestructura |
| | Clima Laboral 1: relaciones negativas jefe-colaborador |
| | Clima Laboral 2: No apego a las normas laborales |
| | Clima Laboral 3: ambiente tenso |
| | Sobrecargo laboral, Alto volumen de pacientes |
| | Otros |
| Individuo | Cansancio – fatiga |
| | Jornadas laborales extensas |
| | Estrés |
| | Poca experiencia |
| | Escasa apropiación de lineamientos institucionales (Guías, manuales, protocolos, otros) |
| | No adherencia a guías, protocolos, entre otros |
| | Motivación insuficiente |
| | Otros |
| Equipo de trabajo | Comunicación deficiente |
| | Escasa supervisión |
| | Insuficiente liderazgo en el equipo |
| | Falta de soporte en especialidades |
| | Escaso trabajo en equipo |
| Paciente | Fallas en la comunicación del equipo tratante |
| | Alta carga de morbilidad |
| | Abandono (sin cuidador o familia) |
| | Desconocimiento de antecedentes |
| | Otros |
| Labor y Tecnología | Disponibilidad y confiabilidad en pruebas diagnósticas |
| | Ayuda para la toma de decisiones |
| | Diseño de la labor |
| | Claridad de la tarea |

| | |
|--|---|
| | No disponibilidad de lineamientos institucionales (Guías, protocolos, manuales, otros) actualizados para seguir |
| | Escaso mantenimiento preventivo – correctivo, oportuno. |
| | Personal no capacitado para utilizar el equipo |
| | Carencia de insumos (equipo, medicamentos) |
| | Otros |

Fuente: información adaptada a la referencia⁵³

El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS) concluyó que la incidencia de eventos adversos en los hospitales españoles era del 9,3%, una cifra similar a la de los estudios realizados en países americanos, australianos y europeos con una metodología parecida. En el 37,4% de los casos el evento adverso presentado estuvo relacionado con la medicación (entre las tres primeras causas de aparición del efecto adverso)⁵⁴.

La medicación es la primera causa de acontecimientos adversos que ponen en peligro la seguridad del paciente tanto en el ámbito comunitario como en el hospitalario⁵⁴. Los acontecimientos adversos relacionados con medicamentos constituyen un importante problema de salud pública, debido a su elevado impacto tanto clínico como económico⁴¹.

2.2.5 Errores de medicación

Una revisión reciente encontró que el 55,9% de los pacientes corre el riesgo de tener una o más discrepancias en la medicación en las transiciones de atención con la atención médica estándar. Este daño es evitable y se deben implementar los procesos apropiados para minimizar los errores y optimizar el uso de medicamentos. Con la incidencia alarmante de discrepancias y errores de medicación en todo el mundo que aumentan la carga global de atención médica y las muertes por causas prevenibles, la reconciliación de medicamentos debe practicarse en todos los entornos de atención médica⁴⁶.

El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos^{47,55} define los errores de medicación como cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos. Según recoge el estudio ENEAS realizado en España en el 2005, un 8,4% de los pacientes ingresados en los hospitales presenta algún acontecimiento adverso, el 43% de estos son evitables y la causa más

frecuente (37,4%) se debe a los medicamentos. Al menos la mitad de los errores de medicación se producen cuando cambia el responsable del paciente; por esta razón, en las transiciones asistenciales el paciente es especialmente vulnerable a este tipo de errores. Una manera de minimizar estos errores es realizar en cada transición asistencial (ingreso en el hospital, cambio de servicio, alta hospitalaria) una correcta conciliación de la medicación.

Así, en el momento del ingreso hospitalario se ha observado que hasta un 67% de los pacientes presenta algún error en la medicación domiciliar registrada en la historia clínica. En pacientes mayores, polimedicados, la incidencia de errores al ingreso es todavía mayor. Si estos errores en la historia clínica no se subsanan, pueden causar errores de prescripción durante la estancia hospitalaria e incluso al alta, principalmente omisiones de medicamentos necesarios y errores en la dosis, que pueden dar lugar a eventos adversos³³.

En el alta hospitalaria también se han observado omisiones de medicamentos, duplicidades y otros errores en la medicación prescrita. Estos errores al alta tienen repercusión clínica y, de hecho, se ha observado que motivan hasta un 20% de eventos adversos y un porcentaje elevado de reingresos, especialmente en pacientes de edad avanzada⁴⁷.

Los errores de medicación son una de las principales causas de morbilidad de los pacientes hospitalizados. La revisión de las historias clínicas muestra que la mitad de los errores de medicación se producen en procesos relacionados con la transición asistencial y con cambios en el responsable del paciente⁴⁷.

En 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{10,46} lanzó una iniciativa mundial para reducir los daños graves y evitables asociados a la medicación en todos los países en un 50 % para 2022: el Desafío mundial por la seguridad del paciente sobre la seguridad de los medicamentos.

La Federación Internacional de Farmacéuticos (FIP)⁴⁶ está alineada con los objetivos de este desafío y reconoce la necesidad de un protocolo estándar y adecuadamente estructurado para la reconciliación de medicamentos dirigidos por farmacéuticos en entornos de atención médica ambulatoria y hospitalaria.

Estos errores pueden causar incidencias en la seguridad del paciente y están asociados a una mayor tasa de hospitalización y a un aumento de la morbilidad y

mortalidad, que representan más del 1% del gasto sanitario, a nivel mundial, con un coste anual estimado de entre 4,5 y 21,8 billones de euros⁵⁵.

Debido a su impacto económico sobre la salud, la OMS en la “Global Patient Safety Challenge”, ha incluido medidas de prevención adoptadas para reducir la frecuencia y el impacto de los daños prevenibles relacionados con los medicamentos como consecuencia de un error, un accidente o un problema de comunicación, aumentando así la seguridad de los medicamentos de los pacientes. Las estadísticas muestran que estas estrategias podrían dar lugar a una reducción de 95.000 muertes por año en solo Europa⁵⁵.

En España, M.J. Otero López, dentro del grupo Ruiz Jarabo-2000 ⁵⁵, elaboró un documento con terminología y una clasificación de los errores de medicación que permite estandarizar su detección, análisis, clasificación y registro. Este documento adapta la taxonomía descrita por el NCCMERP al contexto nacional español, la cual se actualizó en el año 2008 con el objetivo de mejorar su capacidad y operatividad.

En su clasificación, Ruiz Jarabo-2000 ⁵⁵, establece 10 procesos de la cadena terapéutica donde puede ocurrir el error (Figura 5). En función de dónde se produce el error se implementa un procedimiento distinto con el responsable sanitario correspondiente.

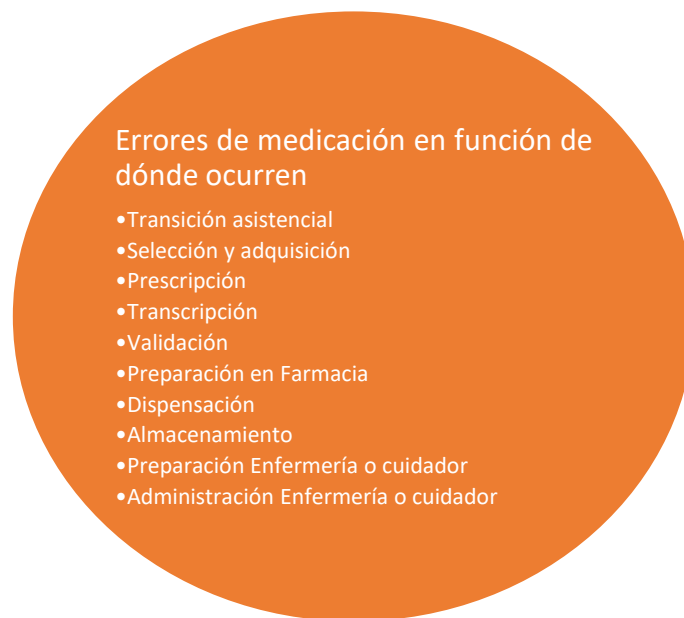


Figura 5. Errores de medicación en función al lugar dónde ocurren

Fuente: Diseño propio con base en la referencia⁴⁰

Para abordar los errores de medicación, se han propuesto y utilizado enfoques estructurados. Incluyen revisiones de uso de medicamentos, conciliación de medicamentos, traspaso (salidas) y rondas multidisciplinarias. Dado que los medicamentos están involucrados en todos los planes de tratamiento, es esencial que los farmacéuticos participen y lideren dichos enfoques⁴⁶.

Sobre esto, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations mostraba que los EM eran la cuarta causa de muerte o pérdida de funcionalidad en pacientes hospitalizados y que ocurrían principalmente en los momentos relacionados con cambios de responsable de pacientes y cambios entre los distintos niveles asistenciales (atención primaria y especializada)¹⁸. La SEFH, en su documento 2020, hacia el futuro con seguridad, incorporó entre sus objetivos estratégicos para el año 2020, la existencia en el 100% de hospitales de procedimientos normalizados de conciliación de la medicación habitual tanto al ingreso como al alta⁴¹.

2.3 Discrepancias

Se denomina discrepancia a cualquier diferencia entre la medicación domiciliaria del paciente y la nueva medicación prescrita después de una transición asistencial³³. Varias publicaciones confirman el elevado número de eventos adversos, desde el ingreso de los pacientes a los centros hospitalarios, durante el traslado entre los diferentes servicios y en el momento del alta. Cuando se realiza la revisión de las historias clínicas, se muestra que la mitad de los errores en la administración de medicamentos está relacionada con la transición asistencial o cambios en el responsable del paciente⁵⁷.

Entre las discrepancias que se producen entre los medicamentos que el paciente tomaba antes del ingreso y la prescripción hospitalaria se tiene que:

- 2.3.1 Discontinuidad de una medicación crónica necesaria durante el ingreso en el hospital.
- 2.3.2 Continuidad de una medicación crónica contraindicada o innecesaria.
- 2.3.3 Duplicidad terapéutica entre una medicación crónica no suspendida y una nueva medicación iniciada.
- 2.3.4 Modificación no justificada de la dosis/frecuencia y/o vía de administración de la medicación crónica.

Realizar una historia fármaco-terapéutica completa y correcta al ingreso hospitalario, constituye una parte importante de la anamnesis y un elemento esencial para la seguridad del paciente; si esta es errónea o incompleta conduce a interrupciones o utilización inadecuada de los medicamentos. Si estos errores se perpetúan al alta hospitalaria pueden afectar tanto a la efectividad del tratamiento como a la seguridad del paciente ⁵⁶.

2.3.1 Tipos de discrepancias

De acuerdo al tipo de discrepancia que se presente se clasifican en tres tipos:

2.3.1.1 Discrepancias justificadas y documentadas, que no requieren aclaración

Son aquellas que se corresponden con decisiones médicas intencionadas de añadir, cambiar o retirar un medicamento y están claramente registradas⁵⁶. Entre los ejemplos están: - iniciar o suspender un medicamento debido a la situación clínica del paciente. - cambiar la posología, la vía de administración o la forma farmacéutica justificadamente. - sustituir el medicamento por alternativas disponibles en la Guía Farmacoterapéutica o Programas de Intercambio Terapéutico del hospital.

2.3.1.2 Discrepancias justificadas no documentadas, que requieren aclaración

Son aquellas que se corresponden con decisiones médicas intencionadas de modificación, suspensión o cambio de tratamiento, como las anteriores, pero el problema es que el prescriptor no ha documentado en la historia clínica los motivos de dichas discrepancias. En este caso la discrepancia no supone un error de conciliación, sino simplemente una situación de riesgo o falta de documentación, pero es preciso aclararla y registrarla porque puede generar otros errores, por lo que consume tiempo de otros profesionales⁵⁶.

2.3.1.3 Discrepancias no justificadas, que requieren aclaración

Son aquellas situaciones en las que el prescriptor de forma no intencionada ha cambiado, añadido u omitido un medicamento previo del paciente. Son errores de medicación potenciales que pueden dar lugar a eventos adversos si no se subsanan con una adecuada conciliación farmacoterapéutica. Ejemplos de ello: la omisión de medicamento necesario que el paciente tomaba y no se ha prescrito, sin que exista justificación clínica. El inicio de tratamiento con un medicamento que el paciente no tomaba, sin que exista justificación clínica. La diferencia en la dosis, vía o frecuencia, sin que exista justificación

clínica para ello. La duplicidad entre la medicación domiciliaria y la prescrita en el hospital. La prescripción incompleta que requiere aclaración. La prescripción de un nuevo medicamento equivocado, por confusión con otro que el paciente tomaba y que no ha sido prescrito⁵⁶.

Las discrepancias no justificadas⁵⁶ se consideran errores de conciliación y requieren aclaración por el médico responsable del paciente y corrección en la historia. A continuación, se recoge una figura con el diagrama de flujo del proceso de conciliación al ingreso (Figura 6).

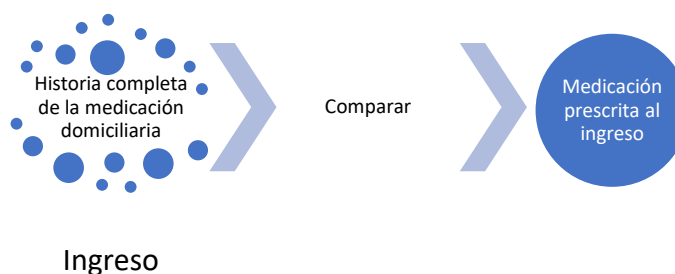


Figura 6. Diagrama de flujo del proceso de conciliación al ingreso del hospital

Fuente: Diseño propio con base en la referencia ³³

2.3.2 Grupos terapéuticos que más se relacionan a discrepancias

Algunos medicamentos deben ser conciliados en las primeras cuatro horas del ingreso, por presentar un riesgo asociado a la omisión o a la administración contraindicada. En la Tabla 4 se recoge un listado de medicamentos en el cual se recomienda se concilien en este tiempo³³.

Tabla 4. Medicamentos cuyo tiempo de conciliación debe ser inferior a cuatro y veinticuatro horas

| Conciliación Inferior a las 4 h | Conciliación inferior a 24 h |
|---------------------------------|------------------------------|
|---------------------------------|------------------------------|

| | |
|--|---------------------------------|
| Antidiabéticos orales (sin dosis múltiples diarias) | AINES |
| Agonistas alfa-adrenérgicos | Anticoagulantes |
| Agonistas betaadrenérgicos, bromuro de ipratropio y corticosteroides inhalados | Antihipertensivos |
| Antiarrítmicos | Antineoplásicos |
| Antibióticos | Antiagregantes plaquetarios |
| Antiepilépticos | Antipsicóticos |
| Betabloqueantes | Anticonceptivos orales |
| Calcio-antagonistas | Diuréticos |
| Medicamentos que actúan sobre el sistema renina angiotensina | Electrolitos |
| Inmunosupresores | Hierro |
| Insulinas | Hipolipemiantes |
| Nitratos | Laxantes |
| Terapia ocular | Medicación gastrointestinal |
| | Medicación tiroidea |
| | Medicación tópica |
| | Tratamiento Hormona Sustitutivo |
| | Vitaminas |

Fuente: Diseño propio con base en la referencia³³

2.4 Conciliación farmacoterapéutica

La conciliación de medicamentos es una intervención que promueve la seguridad del paciente. La FIP y otras organizaciones globales como la OMS entienden la importancia de establecer estructuras que puedan integrarse en entornos de atención médica a nivel internacional para promover la seguridad del paciente. Las discrepancias y los errores de medicación que ocurren comúnmente en las transiciones de atención pueden provocar enfermedades secundarias evitables, hospitalización y muerte⁴⁶.

La “historia completa de la medicación domiciliaria”, es la piedra angular de la conciliación de medicamentos. Difiere de una historia rutinaria de la medicación que se efectúa al ingreso, en que su obtención incluye la revisión de al menos una fuente de información, para conocer la medicación del paciente, y una entrevista estructurada al paciente o familiares, para completar y verificar dicha información. De forma habitual estas condiciones no las reúne una historia de medicación inicial, que suele ser realizada por diferentes profesionales y de diferentes formas, por lo que muchas veces es incompleta y en la peor de las instancias incorrecta. Además, la entrevista al paciente supone un tiempo adicional importante. No obstante, la eficiencia mejora notablemente cuando se dispone de herramientas electrónicas diseñadas para facilitar este proceso³³.

La reconciliación de medicamentos sirve para minimizar y posiblemente eliminar las discrepancias de medicamentos en las transiciones de atención, si los recursos necesarios están disponibles. Esto mejorará la seguridad del paciente a lo largo de los viajes de los pacientes de un entorno o nivel de atención a otro.

2.4.1 Conciliación de medicamentos y su implementación

La conciliación de medicamentos es un proceso formalizado y estandarizado que consiste en obtener la lista completa de medicamentos actuales de un paciente y compararla con cualquier medicamento que solicite o esté siendo administrado en cualquier establecimiento de atención médica, a fin de identificar y resolver cualquier discrepancia de acuerdo con el estándar de frecuencia de medicación, vía, dosis, combinación y finalidad terapéutica⁴⁶.

Las prácticas de conciliación de la medicación comenzaron en el ámbito hospitalario, por lo que este proceso se definió inicialmente como “el proceso formal que consiste en obtener una lista completa y exacta de la medicación del paciente, previa al ingreso y compararla con la que se le prescribe al ingreso, en los traslados y al alta³³. Si se encuentran discrepancias deben ser comentadas con el prescriptor, ya que requieren de un análisis para valorar su gravedad y estrategias de intervención para comunicar y resolver interprofesionalmente los problemas reales y potenciales derivados de un uso inadecuado de la medicación y, si procede, deben ser corregidas. Los cambios realizados deben ser

adecuadamente registrados y comunicados al siguiente profesional sanitario responsable del paciente y al propio paciente”^{33,45,54}.

La reconciliación de medicamentos se ha implementado en muchos entornos de atención médica y tiene un impacto notable en los resultados clínicos, económicos y de los pacientes. Hay procesos importantes que deben seguir los farmacéuticos al implementar la reconciliación de medicamentos⁴⁶. La conciliación de la medicación es una práctica que se ha desarrollado con el objetivo de mejorar la comunicación y disminuir los errores de medicación en las transiciones asistenciales, y así garantizar que el paciente recibe a cada momento la medicación correcta a lo largo del proceso asistencial, garantizando que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente¹⁰.

Cabe resaltar que ha demostrado ser una estrategia importante para reducir los errores de medicación, los costes de los tratamientos y los riesgos potenciales para los pacientes, siempre y cuando se revisen los tratamientos farmacológicos en las primeras 24-48 horas de la admisión y el responsable de realizar este proceso posea suficiente conocimiento y experiencia en el manejo de la medicación, siendo generalmente personal de enfermería, médico o farmacéutico³³⁻⁴⁵, aunque en muchos casos puede haber una responsabilidad compartida.

Con el paso de los años esta definición y su alcance se han ido ampliando, del mismo modo el proceso de conciliación se ha extendido al ámbito de la atención primaria y a los servicios de urgencias, para incluir todos los traslados del paciente que impliquen una actualización de su tratamiento. La conciliación requiere una revisión sistemática y exhaustiva de los medicamentos que está tomando el paciente, con el fin de disponer de una lista completa de su medicación y compararla con los nuevos medicamentos que se prescriben, para resolver cualquier discrepancia, y de esta forma evitar duplicidades, omisiones y posibles interacciones; asegurar que este proceso se realiza en cada transición a lo largo de la continuidad asistencial; y que en todo momento está disponible una lista completa y actualizada con la medicación para el paciente y para todos los profesionales que le atienden, incluyendo los medicamentos que toma sin receta, plantas medicinales y otros productos³³.

Es una práctica de seguridad que permite garantizar una continuidad asistencial sin fisuras, asegurando que a lo largo de su asistencia los pacientes reciben todos los

medicamentos necesarios que estaban tomando previamente y que están prescritos con la dosis, la vía y la frecuencia correcta. Además, facilita a los prescriptores tomar las decisiones más apropiadas a la hora de prescribir o suspender la medicación³³.

FIP⁴⁶ define la Reconciliación de medicamentos como el proceso sistemático de curar y compilar una lista precisa y actualizada de todo tipo de medicamentos que un paciente está utilizando en todas las transiciones de atención para eliminar las discrepancias de medicamentos y controlar cualquier error de medicación existente o potencial.

Esta lista incluye medicamentos recetados y sin receta, así como medicamentos a base de hierbas, vitaminas y suplementos minerales, y cualquier otra medicina complementaria o alternativa, como productos homeopáticos, con su respectiva vía de administración, dosis y frecuencia. La información sobre el historial de medicamentos y los cambios recientes en la terapia con medicamentos, sobre el manejo de medicamentos, sobre la adherencia a los tratamientos y sobre los hábitos de estilo de vida también son datos útiles para recopilar mientras se realiza la conciliación de medicamentos.

Entre las causas de los errores de conciliación se encuentran las enfermedades concomitantes, la polimedicación, la ausencia de registros unificados de salud, el tipo de unidades de atención, la transición considerada, la adaptación de la medicación habitual a la guía farmacoterapéutica y las características de la estancia hospitalaria⁵⁴.

Existen artículos y revisiones que recogen trabajos de investigación sobre conciliación de la medicación, la mayoría realizados en hospitales, donde han estudiado la medicación al ingreso y de ellos se concluye que entre dos y ocho de cada diez pacientes han sufrido errores de conciliación de medicamentos⁵⁴. Por todo ello, desde hace ya una década, diferentes organizaciones vienen indicando la necesidad de incluir objetivos y protocolos concretos en materia de conciliación de la medicación para mejorar la seguridad de los pacientes. Esto ha hecho que, para la acreditación de la calidad en unidades y centros, estos protocolos sean de obligatoria implantación.

Los errores de medicación constituyen una de las principales causas de morbilidad de los pacientes hospitalizados. La revisión de las historias clínicas muestra que la mitad de los errores de medicación se producen en procesos relacionados con la transición asistencial y con cambios en el responsable del paciente. La conciliación de la medicación es un proceso que busca garantizar la continuidad asistencial, en cuanto al tratamiento

farmacológico de los pacientes, y ha demostrado que reduce los eventos adversos asociados a la atención sanitaria que están relacionados con el uso de los medicamentos⁵⁷.

Estudios realizados en diferentes entornos sanitarios han puesto de manifiesto que el problema es relevante. Los Servicios de Urgencias hospitalarios (SU),⁵⁷ que originan la mayoría de los ingresos, se ven directamente involucrados en este problema. Existen escasos estudios sobre la efectividad de intervenciones dirigidas a mejorar este importante aspecto de la terapéutica en los SU. Además, es preciso adaptarlas a las características de cada modelo organizativo, identificando los aspectos mejorables en cada entorno sanitario para orientarlas adecuadamente y garantizar unos buenos resultados.

En un reciente estudio realizado en el hospital⁵⁷, se identificó que la calidad de la anamnesis farmacoterapéutica realizada en el Servicio de Urgencias es un aspecto relevante para mejorar en el proceso de conciliación terapéutica al ingreso, encontrándose una elevada proporción de discrepancias entre la historia farmacoterapéutica (HFT) realizada y la obtenida por el farmacéutico mediante entrevista con el paciente. Dichos resultados sugirieron que la participación del farmacéutico en la elaboración de la historia farmacoterapéutica puede mejorar sustancialmente la realización del proceso de conciliación por el médico responsable del paciente, al facilitarle una información más fiable y completa sobre el tratamiento domiciliario del mismo.

Se ha demostrado⁵⁶, además, la utilidad de la integración del farmacéutico en el SU en la identificación y resolución de otros posibles problemas relacionados con la medicación (PRM). Sin embargo, en la mayor parte de centros hospitalarios, no es posible la presencia continua de 24 horas de un farmacéutico que permita su intervención en la conciliación farmacoterapéutica al ingreso de todos los pacientes.

2.4.2 Impacto de la Conciliación de la medicación

Desde la década de 1990, la investigación ha identificado causas y soluciones para el manejo de discrepancias no intencionales con medicamentos a medida que los pacientes se mueven entre entornos de atención. Los estudios en ese momento también midieron el impacto de la comunicación entre sectores y el impacto en la reducción de discrepancias con un efecto clínico⁴⁶.

Las discrepancias de medicamentos en los puntos de atención se pueden clasificar como intencionales o no intencionales. Si las discrepancias, en particular las discrepancias

no intencionales, no se evalúan con prontitud o suficientemente, pueden conducir a errores de medicación prevenibles y eventos adversos, que en última instancia pueden conducir a implicaciones significativas para la salud y una carga clínica⁵⁶.

La conciliación de medicamentos es un componente importante para garantizar la seguridad del paciente. Se ha encontrado que la conciliación de medicamentos reduce efectivamente las irregularidades y errores de medicación, mejorando así la seguridad del paciente al reducir y corregir errores de medicación clínicamente relevantes⁴⁶.

Quénnelec et al⁵⁷, realizaron un estudio sobre los posibles impactos clínicos de las discrepancias de medicamentos al ingreso hospitalario, con cada discrepancia asociada con una calificación de daño potencial. Los resultados mostraron que más del 25% de los errores de medicación identificados tuvieron un impacto clínico potencial que podría haberse reducido mediante un proceso de conciliación de medicamentos.

Otro estudio⁴⁶ encontró que, a través de la reconciliación de medicamentos, el 83% de las discrepancias identificadas durante la realización de la historia de los medicamentos tenían un daño potencial. Se observaron beneficios con la reconciliación de medicamentos, con un estudio que identificó una reducción de daños del 75% debido a la reconciliación de medicamentos, mientras que otro demostró la prevención de daños en más del 80% de los pacientes incluidos.

Además, según una revisión realizada por Cheema et al ⁵⁸, la conciliación de medicamentos dirigida por farmacéuticos redujo efectivamente las discrepancias de medicamentos sin una intervención significativa en los efectos adversos potenciales y evitables de los medicamentos y la utilización de la atención médica.

Ghatnekar et al⁵⁹, utilizando el modelo de gestión integrada de medicamentos (LIMM) de Lund, en pacientes de edad avanzada al ingreso hospitalario, descubrieron que la conciliación de medicamentos mejora los años de vida ajustados por calidad y minimiza el riesgo planteado para los pacientes debido a los efectos potencialmente mortales que podrían ser el resultado de discrepancias en la medicación.

Investigadores en los Países Bajos encontraron una reducción significativa en el número de posibles efectos adversos después del alta hospitalaria, debido a la conciliación de medicamentos y la educación del paciente. Sin embargo, una revisión realizada por Guisado-Gil et al⁵⁹, declaró que, según la literatura publicada, solo unas pocas revisiones

sistemáticas han afirmado la mejora de la utilización de la atención médica y los resultados positivos relacionados con el paciente asociados con la reconciliación de medicamentos.

Según estos autores ⁵⁹, no se ha demostrado evidencia sustancial de que la conciliación de medicamentos mejore significativamente los parámetros de atención médica, como las visitas al departamento de emergencias, los reingresos no planificados, las visitas al médico, la duración de la estadía, la mortalidad y utilización de la asistencia sanitaria.

Sin embargo, puede ser difícil determinar la existencia de una relación de causalidad entre tales resultados y la conciliación de los medicamentos como servicio único, habida cuenta de una serie de posibles factores de confusión. Los resultados de los pacientes parecen más favorables cuando la conciliación de medicamentos se incluye en un conjunto de intervenciones relacionadas con los medicamentos, como la educación del paciente⁴⁶.

Por lo tanto, la conciliación de medicamentos sigue siendo una parte esencial del proceso para garantizar la seguridad del paciente. La conciliación de medicamentos en los puntos de transición del hospital ayuda a resolver las discrepancias y errores de medicación que podrían haber sido causados por la falta de prescripción, mientras se prescriben en el hospital, medicamentos clínicamente importantes previamente recetados al paciente, dosis incorrectas o formas de dosificación, dosis omitidas o duplicadas resultantes de registros de medicamentos inexactos, incapacidad para especificar claramente qué medicamentos previamente recetados deben reanudarse o suspenderse en el hogar después del alta hospitalaria, y terapia duplicada al alta como resultado de combinaciones de marca / nombre genérico o sustituciones del formulario hospitalario⁴⁶.

Las prescripciones al alta hospitalaria plantean un mayor riesgo de discrepancias en la medicación y errores de medicación posteriores si la conciliación de medicamentos no se lleva a cabo adecuadamente al alta. Otros errores de medicación también pueden ser causados debido al uso indocumentado de medicamentos sin receta, hierbas medicinales, suplementos o vitaminas que pueden interactuar con la terapia de prescripción convencional y requieren monitoreo clínico; la resolución de tales discrepancias se puede lograr a través de la reconciliación de medicamentos. También puede ayudar a identificar cuándo los pacientes continúan recargando un medicamento que debería haberse suspendido o no vuelven a surtir un medicamento que debe continuarse⁴⁶.

2.4.3 Impacto económico de la conciliación de medicamentos

Como se destacó anteriormente, el costo global asociado con los errores de medicación se ha estimado en 42 mil millones de dólares anuales o casi el 1% del gasto total en salud mundial. Estos errores no solo conducen a daños y malos resultados de salud, sino que también representan una fuente importante de desechos para las personas y los sistemas de atención médica, un desperdicio que podría usarse para financiar un mayor acceso a una mejor atención y a tratamientos innovadores. Por ejemplo, y contribuir a la cobertura sanitaria universal⁴⁶.

Como tal, las intervenciones realizadas para reducir la carga de los errores de medicación, como la conciliación de medicamentos, son en gran medida necesarias. Si bien la reconciliación de medicamentos se lleva a cabo en muchos entornos de atención médica en todo el mundo, hay una escasez de evidencia de su rentabilidad⁴⁶.

Hammad et al⁴⁶, realizaron una revisión sistemática de los estudios que evaluaron la conciliación de medicamentos dirigida por farmacia, efectuada completamente desde la admisión hasta el alta. La búsqueda bibliográfica identificó 4065 citas, de las cuales 13 implementaron la reconciliación completa de medicamentos. La conclusión de los autores fue que la falta de evidencia impidió abordar los efectos y los costos de esta intervención.

Sin embargo, un estudio observacional demostró que los ahorros asociados con la conciliación y revisión de medicamentos superaron los costos laborales para realizar el servicio. Aunque hay una falta de datos sólidos que demuestren el impacto económico exacto de este servicio a nivel mundial, hay algunas pruebas de que la conciliación de medicamentos dirigida por farmacéuticos ha demostrado ser rentable⁴⁶.

Karnon et al⁶¹, analizaron el impacto económico de la conciliación de medicamentos y las intervenciones relacionadas mediante la evaluación de su costo y efectos ambientales medidos como años de vida ajustados por calidad (AVAC), utilizando la evidencia disponible. Concluyeron que las cinco intervenciones para las que se identificó evidencia de efectividad se estiman extremadamente rentables en comparación con el escenario inicial. En particular, las intervenciones de conciliación farmacéuticas tuvieron los mayores beneficios netos y una probabilidad de ser rentables de más del 60% por un valor de QALY de GBP 10,000. Los autores concluyen además que llevar a cabo la

conciliación de medicamentos es una forma rentable de utilizar los recursos del sistema nacional de salud.

Los costes adquiridos en las intervenciones de conciliación de medicamentos consisten principalmente en las horas de trabajo de los farmacéuticos para llevar a cabo y completar este servicio. Los estudios disponibles han demostrado que, por cada costo adicional de pagar a los farmacéuticos para realizar intervenciones de conciliación de medicamentos, se ahorra más al tener que manejar errores en la atención hospitalaria, la atención primaria y también la atención municipal después del alta⁵⁷.

Ghatnekar et al⁵⁸, utilizando el modelo de gestión integrada de medicamentos (LIMM) de Lund en pacientes de edad avanzada en ingreso hospitalario, descubrieron que la conciliación de medicamentos ofrecía una mayor utilidad y ahorro de costos a los pacientes. Descubrieron que invertir 39 euros en tiempo de farmacéutico clínico podría ahorrar 340 euros en atención médica en el hospital y en atención primaria, además de los costes administrativos para corregir los errores de la lista de medicamentos en la atención primaria y municipal después del alta.

La conciliación de medicamentos también compensa los costes en los que se podría incurrir debido a las hospitalizaciones resultantes de la vida. amenazando con discrepancias y errores de medicación. Los estudios disponibles han demostrado que la conciliación de medicamentos representa una forma rentable de utilizar los sistemas y recursos de salud, reduciendo la carga financiera para los pacientes, los sistemas de salud, los proveedores de seguros y los gobiernos en general. La conciliación eficaz de los medicamentos dirigidos por farmacéuticos reducirá en última instancia el gasto mundial en salud al disminuir los costos relacionados con los reingresos hospitalarios evitables y la atención médica⁴⁶.

2.4.4 Implantación de Programas de Conciliación de la Medicación

El proceso de Conciliación de la Medicación ha demostrado ser una estrategia útil para reducir los errores de medicación. Rozich y Resar, encontraron que los errores de medicación disminuyeron de 213 por cada 100 ingresos a 63 por cada 100 ingresos, si se conciliaba la medicación al ingreso, traslados y alta hospitalaria. En el Luther Midelfort Hospital, disminuyeron los errores de medicación en un 70% y los efectos adversos a medicamentos en un 15% mediante la Conciliación de la Medicación. En otro estudio, en el que técnicos de farmacia obtenían la información, disminuyó en un 80% los efectos

adversos a medicamentos en un periodo de 3 meses⁶³. También en el área de Medicina Intensiva ha disminuido el número de errores como consecuencia del establecimiento de programas de Conciliación de la Medicación.

Por otra parte, se ha evaluado el papel del farmacéutico para realizar la Conciliación de la Medicación⁶³, y se ha demostrado que los médicos obtienen en la entrevista con el paciente un 79% de la medicación prescrita y un 45% de la medicación sin receta, mientras que si la entrevista es realizada por farmacéuticos proporcionan información más completa, recogiendo una media de 5,6 medicamentos/paciente frente 2,4 medicamentos/paciente documentados por médicos.

La intervención combinada de una entrevista estructurada realizada por un farmacéutico en el momento visita preoperatoria y la generación de una orden postoperatoria preimpresa de medicación crónica del paciente, redujo número de discrepancias de un 40,2% a un 20,3% y número de discrepancias capaces producir lesión probable o posible en paciente del 29,9% al 12,9%. También el estudio publicado por Kramer, las historias medicación recogidas por farmacéuticos tenían menos errores que las recogidas por otros profesionales (alrededor del 31% frente al 52%) ($p < 0,001$) y menos errores significativos (1,6% frente a 3,1%) ($p < 0,001$)⁶³.

En cualquier caso, la implantación de un procedimiento normalizado de comparación sistemática de la medicación habitual del paciente, prescrita en el servicio de salud, independientemente de quién la realice, tiene un impacto positivo sobre la conciliación y morbilidad asociada a estos⁶³.

Según la National Survey of Pharmacy Practice in Hospitals de la American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) en investigación realizada en 2007, un 78,3% de los centros sanitarios realizaban actividades de Conciliación de la Medicación frente a un 41,7% en 2006, y un 44% en 2005, antes de la puesta en marcha del NPSG número 8. El grado de implantación es distinto según el tamaño de los centros⁶³.

En cuanto al soporte utilizado para la Conciliación de la Medicación, según la última encuesta sobre informatización de los Servicios de Farmacia de la ASHP, un 47%,6% de los hospitales, documentan el proceso de conciliación en papel, un 42% utiliza un sistema mixto papel-electrónico, y sólo un 10,4% dispone de un sistema totalmente informatizado para documentar el proceso de conciliación de la medicación en la historia

clínica del paciente. En conjunto, el 54,5% de los hospitales tiene integrado el proceso de conciliación de la medicación en la historia clínica electrónica del paciente, en su aplicación de órdenes médicas: para pacientes externos o en ambas⁶³.

En julio de 2006, el Institute for Safe Medication Practice (ISMP)⁶³ publicó una exhaustiva encuesta sobre la situación de la conciliación en EE.UU. realizada entre 1 248 profesionales sanitarios, mayoritariamente enfermeras (69%) farmacéuticos (22%) y prescriptores (4%). El 91% conocía el NPSG número 8 y el 74% había recibido formación específica sobre Conciliación de la Medicación. Más del 90% de los encuestados estaba trabajando en temas de Conciliación de la Medicación, aunque menos del 20% llevaban más de un año haciéndolo. En cuanto a la implicación de cada colectivo en las distintas tareas relacionadas con el proceso, enfermería es el colectivo que más participa en todas las etapas del proceso de conciliación, seguido de los prescriptores, mientras que la participación del farmacéutico es bastante menor. En la misma encuesta, un aspecto que vale la pena resaltar es que el 62% de los encuestados consideraba como un instrumento muy valioso, el proceso de la Conciliación de la Medicación para la seguridad del paciente.

El cuestionario para la evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles, realizado en el año 2007 por el Ministerio de Sanidad y Consumo y el ISMP España en el que participaron 105 hospitales de diferentes niveles asistenciales de 17 comunidades autónomas, incluía dos ítems relacionados con la Conciliación de la Medicación. El ítem referente a si se utilizaba sistemáticamente un procedimiento estandarizado para conciliar los medicamentos que el paciente había estado tomando antes del ingreso con los medicamentos prescritos en el ingreso y al alta, mostró una puntuación media de $4,5 \pm 4,18$ sobre 16 puntos, es decir un 28,1% del valor máximo posible⁶³.

Los resultados fueron mejores con la utilización sistemática de un procedimiento estandarizado de conciliación de los medicamentos que el paciente recibía antes y después de su traslado dentro del centro, con una media de $3,58 \pm 3,19$ sobre 8 puntos, es decir un 44,8% del valor máximo posible⁶³. Ello demuestra que el grado de implantación de la conciliación en nuestro país es todavía muy limitado, ofreciendo por tanto grandes oportunidades de mejorar.

El problema de los errores de conciliación⁴⁵ se ha puesto de manifiesto en muchos países, si bien no se han establecido soluciones reglamentadas. En países como España cada vez es más habitual la incorporación de un farmacéutico clínico en actividades de atención a los pacientes entre las que se encuentra la conciliación de la medicación, sin embargo, el grado de implantación de la conciliación es habitualmente baja y se limita a algunas unidades.

2.4.5 Elementos clave para llevar a cabo la conciliación de medicamentos

Los conceptos básicos de la conciliación de medicamentos implican la recopilación de información completa sobre los medicamentos que un paciente está tomando, datos brindados por los miembros de la familia y todos los proveedores de atención que el paciente ha encontrado durante las transiciones y las interfaces de atención. Además, la creciente complejidad de la atención médica, que incluye una variedad de prescriptores, incluidos los que no son médicos, y la atención telesalud, destaca la importancia de una comunicación efectiva para una reconciliación óptima de los medicamentos⁴⁶.

La implementación de una conciliación efectiva de medicamentos debe implicar el desarrollo, mantenimiento y comunicación de una lista de medicamentos completa y precisa a lo largo de la continuidad de la atención⁴⁶. Para llevar a cabo la reconciliación de medicamentos existen principios que implican la identificación de lo que se debe hacer y las personas involucradas. El proceso incluye los siguientes elementos clave:

2.4.5.1 Una lista actualizada, precisa y completa de medicamentos para el paciente. Esto incluye una lista completa de medicamentos recetados, medicamentos sin receta, hierbas medicinales, suplementos, vitaminas y otras terapias alternativas o complementarias que el paciente podría estar utilizando para servir como una guía esencial que garantice una prescripción segura y adecuada en cualquier entorno de atención.

2.4.5.2 Información sobre medicamentos o alergias alimentarias, cambios recientes en la medicación, ayudas para el manejo de medicamentos (como pastilleros), nivel percibido de alfabetización en salud o conocimiento de medicamentos, adherencia y hábitos de estilo de vida (como fumar, alcohol o consumo de drogas).

2.4.5.3 Un proceso estandarizado y estructurado para llevar a cabo la conciliación de medicamentos.

2.4.5.4 Integración en procesos ya existentes para la gestión de la medicación y el flujo de pacientes.

2.4.5.5 Responsabilidad compartida entre el farmacéutico y otros profesionales de la salud.

2.4.5.6 Participación de los pacientes y sus familias.

2.4.5.7 Otros profesionales de la salud aliados, incluidas enfermeras, médicos o farmacéuticos en entornos hospitalarios o comunitarios, deben ser contactados para corroborar la información.

2.4.5.8 Consentimiento de los pacientes, (o consentimiento de sus familias), para obtener información colateral de las fuentes antes mencionadas.

2.4.6 Conciliación de medicamentos en las transiciones hospitalarias de atención

Las transiciones de atención, como en el momento de la admisión, la transferencia o el alta, tienen el potencial de errores de medicación y, por lo tanto, se benefician de la conciliación de medicamentos.

2.4.6.1 Ingreso Hospitalario

2.4.6.1.1 Se debe crear una lista precisa y completa de todos los medicamentos que el paciente ha tomado antes de ser admitido. Esta información se puede obtener entrevistando al paciente, familiares y proveedores de atención médica e idealmente debe ser adicional a una fuente secundaria, como una lista de medicamentos. Esta información se recopila mejor dentro de las 24 horas posteriores al ingreso hospitalario⁴⁶.

2.4.6.1.2 Las órdenes de admisión de medicamentos deben crearse en función de este BPMH. En entornos de cuidados intensivos o situaciones de emergencia, es posible que no haya tiempo suficiente para realizar un BPMH antes de recetar medicamentos al ingreso. Por lo tanto, el BPMH debe realizarse tan pronto como sea posible después del ingreso, y debe utilizarse para comparar los medicamentos ordenados al ingreso e identificar discrepancias⁴⁶.

2.4.6.1.3 Todas las discrepancias identificadas deben conciliarse y las intervenciones y sugerencias necesarias deben documentarse adecuadamente y comunicarse al resto del equipo de atención médica, así como al paciente y / o sus cuidadores⁴⁶.

2.4.6.2 Traslado Intrahospitalario

2.4.6.2.1 Se debe crear una lista precisa y completa de todos los medicamentos que el paciente ha tomado antes y durante la admisión⁴⁶.

2.4.6.2.2 Las órdenes de ingreso en la nueva unidad de medicamentos deben crearse en función del BPMH de los medicamentos tomados durante la estancia hospitalaria actual. El BPMH de los medicamentos tomados antes del ingreso (en casa) también debe compararse con los medicamentos actuales⁴⁶.

2.4.6.2.3 Si se detectan discrepancias en el momento de la transferencia, deberían conciliarse⁴⁶.

2.4.6.2.4 Las intervenciones y sugerencias necesarias realizadas deben documentarse adecuadamente y comunicarse al resto del equipo sanitario, así como al paciente y/o a sus cuidadores. El procedimiento para las transferencias de pacientes hospitalizados también se aplica a las transiciones de atención dentro de una institución, como en el contexto perioperatorio⁴⁶.

2.4.6.3 Alta Hospitalaria

2.4.6.3.1 El BPMH obtenido al alta, involucra no solo los medicamentos que el paciente estaba tomando antes del ingreso, sino también los cambios realizados en el plan de tratamiento de los pacientes durante su estadía en el hospital. Se espera que, en el momento de la aprobación de la gestión, ya se haya recopilado toda esta información. De lo contrario, debe recopilarse entrevistando a los pacientes, familiares y médicos a cargo y consultando el registro de salud del paciente⁴⁶.

2.4.6.3.2 El BPMH debe compararse con los medicamentos solicitados al alta y debe identificarse cualquier discrepancia o cambio realizado en los medicamentos⁴⁶.

2.4.6.3.3 Las discrepancias o cambios identificados deben documentarse y comunicarse al médico tratante o al prescriptor. Cualquier cambio realizado en los medicamentos debe comunicarse al paciente para que pueda comprender el razonamiento detrás de los cambios⁴⁶.

Los ejemplos de cambios que el paciente debe tener en cuenta incluyen la interrupción de un medicamento que el paciente estaba tomando antes del ingreso, la continuación de nuevos medicamentos que se iniciaron durante la estadía en el hospital y el

reinicio de un medicamento que se había recetado anteriormente y que se suspendió temporalmente durante la estadía hospitalaria actual⁴⁶.

2.4.6.4 Conciliación de Medicamentos en Entornos Ambulatorios y Comunitarios

La conciliación de medicamentos también se puede realizar en el entorno ambulatorio para obtener una descripción completa y precisa de la terapia de medicación actual del paciente. Por ejemplo, en las farmacias comunitarias o en las clínicas ambulatorias, los farmacéuticos pueden llevar a cabo la conciliación de medicamentos para recopilar información y, posteriormente, proceder a una revisión del uso de medicamentos. El proceso incluye los siguientes pasos:

2.4.6.4.1 El farmacéutico debe obtener el BPMH del paciente entrevistando al paciente o a sus cuidadores, comunicándose con los proveedores de atención médica del paciente, revisando los registros de la farmacia comunitaria, verificando el historial médico del paciente o pidiendo ver sus paquetes de medicamentos o pastilleros. Dado que muchos pacientes vuelven a surtir sus recetas regulares en una sola farmacia, los datos sobre los medicamentos actuales pueden estar disponibles a través del software o la documentación actualizada para esa farmacia específica. En las regiones donde los registros médicos electrónicos compartidos están disponibles, el acceso a dichos datos es valioso para completar el BPMH⁴⁶.

2.4.6.4.2 El BPMH debe compararse con cualquier medicamento recetado que el paciente tome de manera diferente a la recetada, además de cualquier medicamento sin receta, hierbas medicinales, suplementos, vitaminas y otras terapias alternativas o complementarias que el paciente pueda estar utilizando. Cualquier discrepancia debe ser identificada⁴⁶.

2.4.6.4.3 Las discrepancias o cambios identificados deben ser documentados. Se debe contactar a los prescriptores y otros profesionales de la salud para conciliar las discrepancias.

2.4.6.4.4 Después de realizar los cambios necesarios en la terapia con medicamentos de un paciente, luego de la conciliación de medicamentos, el farmacéutico debe comunicar estos cambios al paciente o a sus cuidadores con el asesoramiento y la educación necesarios⁴⁶.

2.4.6.5 Conciliación de Medicamentos en Entornos de Bajos Recursos

La atención de la salud en entornos de bajos recursos, como en regiones en desarrollo o en establecimientos o farmacias de menor escala, a menudo se caracteriza por una cobertura inadecuada de los costos de atención médica debido a los bajos fondos en nombre del paciente individual o del sistema de salud, o el bajo acceso a la infraestructura, la tecnología o la fuerza laboral⁴⁶.

La realización de una entrevista con los pacientes y sus cuidadores sigue siendo una de las principales fuentes de información sobre el historial de medicamentos, y se puede realizar en más o menos cualquier tipo de entorno. Además, los registros en papel, en lugar de los registros digitales, que están adecuadamente organizados y actualizados también contienen datos importantes para la conciliación de medicamentos⁴⁶.

Una vez que se ha tomado el BPMH, la conciliación de medicamentos se puede transcribir en un documento en papel que se puede mantener en un lugar visible entre las tablas de papel del paciente. Se puede y se debe entregar una copia al paciente, quien puede mostrársela a otros proveedores de atención médica. Al hacerlo, la conciliación de medicamentos está fácilmente disponible para su consulta⁴⁶.

En entornos sin acceso a software específico, se pueden utilizar programas informáticos ampliamente disponibles, como Microsoft Word o Excel, para crear documentos que faciliten la conciliación de medicamentos. Aunque pueden existir programas informáticos específicos en entornos con recursos más completos, incluidas las aplicaciones de conciliación de medicamentos vinculadas a la historia clínica electrónica de los pacientes, las herramientas se pueden adaptar y utilizar fácilmente con programas informáticos genéricos para llevar a cabo la conciliación de medicamentos y ofrecer una mejor atención al paciente y resultados clínicos del uso de medicamentos⁴⁶.

Cuando no es factible completar la conciliación de medicamentos para todos los pacientes debido a los bajos recursos, se puede priorizar a los grupos de pacientes, como se discutió anteriormente, para garantizar que el servicio esté disponible para aquellos con mayor riesgo de daño debido a discrepancias en la medicación⁴⁶.

Al igual que con todos los servicios de farmacia, la implementación de la conciliación de medicamentos como un servicio valioso y sostenible requiere la

participación de todas las partes interesadas, así como un plan exhaustivo para conceptualizar, probar y establecer el servicio de manera efectiva⁴⁶.

2.4.6 Priorización de la conciliación de medicamentos

El momento de la conciliación de los medicamentos es fundamental para garantizar que las discrepancias de los medicamentos se identifiquen y reconcilien de manera oportuna. Además, la conciliación de medicamentos idealmente debe realizarse para todos los pacientes bajo el cuidado del farmacéutico. Por lo tanto, es importante identificar los plazos objetivo y los grupos de pacientes prioritarios para la conciliación de medicamentos. Esto es particularmente importante en situaciones de capacidad o recursos limitados de la fuerza laboral ⁴⁶. A continuación, se dan ejemplos.

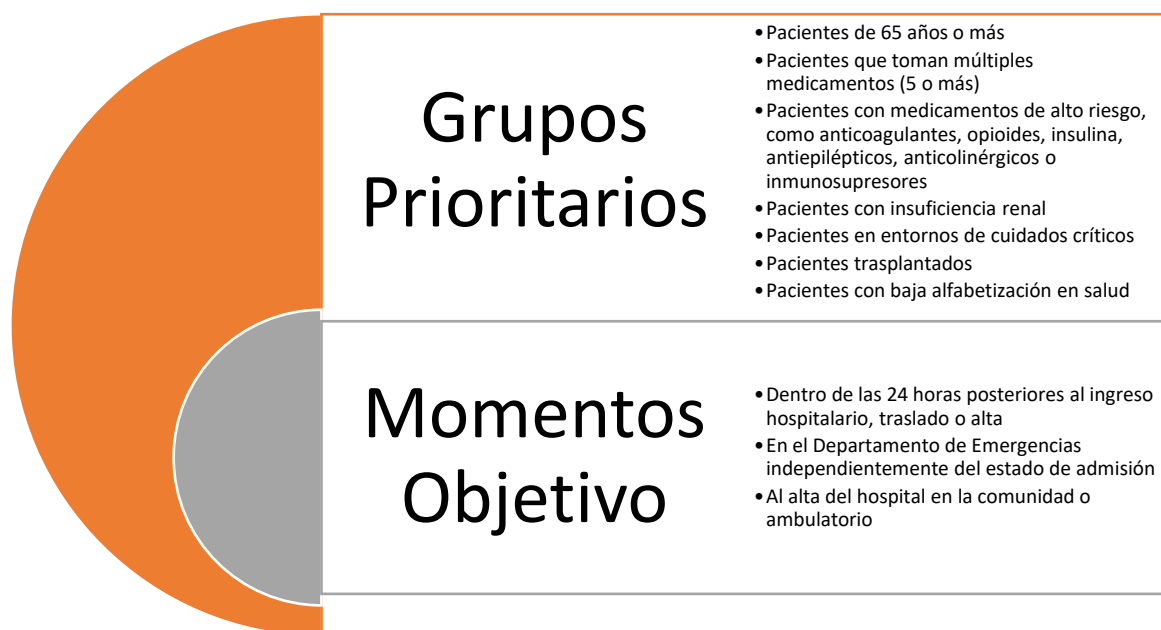


Figura 7. Momentos Objetivo y Grupos Prioritarios de la CM

Fuente: Diseño propio con base en la referencia ⁴⁶

2.5 Prácticas seguras para una conciliación de medicamentos

2.5.1 Proceso paso a paso para llevar a cabo la conciliación de medicamentos

Los siguientes pasos representan un proceso propuesto para la conciliación de medicamentos que puede ser utilizado directamente o adaptado a las prácticas locales ⁴⁶. La conciliación de medicamentos consta de tres pasos principales:

2.5.1.1 Crear el mejor historial de medicamentos posible (BPMH);

2.5.1.2 Comparar el BPMH con los medicamentos prescritos al ingreso, en el traslado del paciente hospitalizado o en el alta del paciente e identificar discrepancias; y

2.5.1.3 Conciliar las discrepancias clasificándolas como intencionales o no intencionales y tomando las medidas apropiadas y documentando las intervenciones.

2.5.1.1 Crear el mejor historial de medicamentos posible

El mejor historial de medicamentos posible (BPMH) es un historial de medicamentos preciso, actualizado y completo que recopila información sobre todos los medicamentos recetados y sin receta utilizados por el paciente, incluida la dosis, la frecuencia, la formulación y la vía de administración⁴⁶.

La información sobre los medicamentos también debe incluir cualquier medicamento a base de hierbas, suplementos, vitaminas y otra terapia alternativa / complementaria que el paciente pueda estar tomando. Esta información debe recopilarse a través de al menos dos fuentes diferentes. Idealmente, la información debe recopilarse entrevistando al paciente y a sus familiares y/o cuidadores⁴⁶.

La información obtenida debe verificarse y aclararse con otras fuentes, como otros farmacéuticos, otros profesionales de la salud aliados, proveedores de atención domiciliaria y/o inspeccionando los envases de medicamentos, las listas de medicamentos de los pacientes, las bases de datos de medicamentos del gobierno y los registros de salud de pacientes anteriores. Datos sobre alergias conocidas, cambios previos en los medicamentos, administración de medicamentos, historial de vacunación, nivel de alfabetización en salud o conocimiento de medicamentos⁴⁶.

El cumplimiento y los hábitos de estilo de vida también se pueden recopilar durante la entrevista. Las preguntas abiertas, como "¿Qué medicamentos recetados toma regularmente?", permiten a los pacientes elaborar y proporcionar la mayor cantidad de información posible. Las preguntas cerradas, como "¿Estaba usando alguna gota para los ojos en casa?" pueden usarse para obtener información precisa. El uso de una tabla que identifique los puntos clave a discutir durante una entrevista con el paciente para obtener el BPMH puede ser de mucha utilidad⁴⁶.

2.5.1.2 Comparación del BPMH e identificación de discrepancias

El BPMH se utiliza como guía para informar la prescripción de nuevos medicamentos por parte de los médicos o para comparar los nuevos medicamentos

recetados al ingreso, durante las transferencias, al alta o entre varios prescriptores en el entorno ambulatorio. Identifica cualquier discrepancia o cambio en los medicamentos⁴⁶.

2.5.1.3 Conciliación de discrepancias y adopción de las medidas adecuadas

Las discrepancias identificadas se analizan en el contexto clínico y se clasifican como intencionales o no intencionales. Para resolver tales errores, se deben tomar las medidas apropiadas, como comunicarse con los prescriptores para cambiar la terapia con medicamentos, así como documentar los cambios y el seguimiento necesario. Cualquier cambio realizado en la terapia con medicamentos debe comunicarse al paciente. Finalmente, una conciliación de medicamentos idealmente debe completarse con una revisión del uso de medicamentos (MUR) para evaluar las indicaciones, contraindicaciones y dosis, así como para evaluar las interacciones medicamento-medicamento o medicamento-enfermedad con respecto a la información obtenida a través de la reconciliación de medicamentos⁴⁶.

2.5.2 Aspectos necesarios para la Conciliación de Medicamentos

A partir de la investigación en diversos estudios, a continuación, se recopila una serie de puntos que se tornan necesarios para la realización de una correcta conciliación de medicamentos bajo lineamientos y prácticas que aseguren la compilación de todos los medicamentos que utilice un paciente que ingrese a un centro sanitario³³.

2.5.2.1 Organización, recursos, responsabilidades y formación

2.5.2.1.1 Se torna necesario que la dirección de cada centro hospitalario reconozca la necesidad de disponer de un programa de conciliación de la medicación, centrado en mejorar la seguridad de los pacientes crónicos atendidos, y demostrar el compromiso establecido en la creación de un procedimiento normalizado y asignando los recursos técnicos y humanos necesarios para implementarlo.

2.5.2.1.2 El centro sanitario tiene establecido un procedimiento normalizado de conciliación de la medicación, que asegura una educación apropiada de los pacientes y sus familiares o cuidadores, y una buena comunicación con los siguientes profesionales que atienden al paciente en Atención Primaria y en centros sociosanitarios.

2.5.2.1.3 Dicho procedimiento especifica: el proceso de conciliación de la medicación. Las funciones y responsabilidades de los profesionales sanitarios asignados a

dicho proceso. La formación de los profesionales sanitarios. Los indicadores para su evaluación periódica.

2.5.2.1.4 El centro sanitario dispone de fuentes de información fiables para conocer la historia de medicación de los pacientes en las transiciones asistenciales. Como mínimo tiene acceso a la información del tratamiento del paciente que consta en los registros de Atención Especializada y de Atención Primaria, si bien lo deseable es que disponga de una historia clínica electrónica única, que facilite el acceso a una información completa de la medicación. Adicionalmente, es crucial que el centro haya habilitado unos canales de comunicación específicos entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales implicados en la atención al paciente, con el fin de facilitar el intercambio de información y resolver cualquier discrepancia o duda sobre la medicación del paciente.

2.5.2.1.5 El centro sanitario dispone de un formulario normalizado para la conciliación (en formato electrónico o en papel), incluido en un lugar visible de la historia clínica del paciente. Para que el proceso de conciliación de la medicación sea eficiente, el centro debería disponer de una herramienta electrónica diseñada para guiar y facilitar este proceso, que evite transcripciones, señale eventuales discrepancias y mantenga la trazabilidad de las acciones realizadas. Esta herramienta debe estar integrada en la historia clínica electrónica y en el sistema de prescripción electrónico del hospital.

2.5.2.1.6 El centro sanitario dispone de los recursos humanos necesarios para asegurar que al menos se efectúa la conciliación de la medicación en los pacientes crónicos polimedicados al ingreso hospitalario, por ser un punto crítico en la continuidad del tratamiento. Otros puntos vulnerables a considerar en fases posteriores, en los que con frecuencia también se realizan cambios en el tratamiento, serían los servicios de urgencias hospitalarias, los hospitales de día médicos, consultas externas, entre otros.

2.5.2.1.7 El centro sanitario dispone de un equipo multidisciplinar encargado del proceso de conciliación, cuyas funciones y responsabilidades están claramente definidas, y de un profesional asignado como responsable del mismo.

2.5.2.1.8 El centro sanitario dispone de un procedimiento para asegurar que todos los profesionales sanitarios encargados del proceso de conciliación de medicamentos cuentan con una formación adecuada para llevar a cabo esta actividad. Con este fin tiene establecidos: un equipo o un profesional sanitario responsable de la formación de todos los

profesionales implicados en la conciliación que les capacite para asumir sus funciones y responsabilidades. Un programa de formación centrado en enseñar el objetivo y trascendencia de esta práctica para mejorar la seguridad del paciente, las técnicas en las diferentes etapas del proceso, y las funciones y responsabilidades de los profesionales. Unos materiales de formación que se revisan y actualizan periódicamente.

2.5.2.2 Proceso de conciliación de la medicación

2.5.2.2.1 Al ingreso hospitalario de un paciente crónico polimedcado, un profesional sanitario obtiene una historia completa de la medicación domiciliaria en un formulario normalizado (en formato electrónico o en papel), utilizando como mínimo dos tipos de fuentes de información.

2.5.2.2.2 La información que se debe obtener y documentar en el impreso normalizado de historia de medicación domiciliaria incluye los siguientes elementos: nombre y apellidos del paciente. Segundo identificador del paciente (número de historia clínica y/o fecha de nacimiento). Alergias del paciente. Reacciones adversas a medicamentos previas del paciente. Listado de la medicación domiciliaria que consta de: nombre del medicamento (principio activo, dosis y forma farmacéutica y, si es necesario, nombre comercial). Dosis prescrita del medicamento. Frecuencia de administración. Vía de administración. Última dosis administrada del medicamento. Medicamentos que toma sin receta y por automedicación. Plantas medicinales, dieto terapia y otros productos. Evaluación de la adherencia al tratamiento crónico prescrito, siempre que sea posible. Fuentes de información utilizadas. Actuaciones realizadas al ingreso sobre la medicación domiciliaria (continuar, modificar, retirar).

2.5.2.2.3 Las fuentes utilizadas para obtener la información anterior pueden ser de dos tipos:

- Primarias: entrevista con el paciente, familiares o cuidadores; lista actualizada de medicación mantenida por el propio paciente.

- Secundarias: historia clínica, informes de atención primaria y especializada, informes de traslado de centros sociosanitarios u otros hospitales, registros de farmacia comunitaria, etc. Lo ideal es combinar una fuente primaria con al menos una secundaria.

2.5.2.2.4 Si el paciente ingresa a través del servicio de urgencias, se recaba información sobre la medicación domiciliaria en dicho servicio (mantenida, modificada,

interrumpida o retirada), que queda registrada en la historia clínica. Una vez que el paciente llega a la unidad de hospitalización se completa o verifica esta información, siguiendo lo establecido en los puntos anteriores.

2.5.2.2.5 Preferentemente dentro de las primeras 24 horas del ingreso hospitalario, un profesional sanitario asignado para realizar la conciliación (médico, farmacéutico o enfermera) compara la historia completa de medicación domiciliaria con la medicación prescrita al ingreso, identificando y resolviendo cualquier discrepancia (omisiones, duplicidades, información ambigua, etc.).

2.5.2.2.6 La situación de la medicación domiciliaria después del ingreso (si se mantiene, modifica, interrumpe o retira) se registra en el formulario anterior, después de comparar la historia domiciliaria con la medicación prescrita al ingreso.

2.5.2.2.7 Se debe registrar cualquier discrepancia encontrada entre la medicación domiciliaria y la prescrita al ingreso que no esté justificada por la nueva situación clínica del paciente y no esté documentada en la historia clínica.

2.5.2.2.8 Las discrepancias encontradas deben ser resueltas por el médico responsable del tratamiento, quien debe dejar constancia de la decisión clínica y de las posibles correcciones en la historia clínica.

2.5.2.2.9 Antes del alta hospitalaria, un profesional sanitario asignado para realizar la conciliación (médico, farmacéutico o enfermera) compara el listado completo de medicación al alta con la historia completa de medicación domiciliaria y la medicación administrada en las últimas 24 horas en el hospital, identificando y resolviendo cualquier discrepancia.

2.5.2.2.10 Se debe registrar cualquier discrepancia encontrada entre la medicación al alta con la medicación domiciliaria y la prescrita durante el ingreso que no esté justificada por la situación clínica del paciente y no esté documentada en la historia clínica.

2.5.2.2.11 Las discrepancias encontradas deben ser resueltas por el médico responsable del tratamiento, quien debe dejar constancia de la decisión clínica y de las posibles correcciones en la historia clínica y en el listado de la medicación al alta.

2.5.2.2.12 Al alta hospitalaria, todos los cambios que se han producido en la medicación del paciente, alergias y reacciones adversas se comunican, adecuadamente, a

los profesionales sanitarios que vayan a atender al paciente a continuación, para asegurar la continuidad y seguridad del tratamiento.

2.5.2.2.13 Se elabora un informe de alta para los profesionales sanitarios del siguiente nivel asistencial con un apartado específico y claramente identificable referido a medicamentos, accesible en la historia clínica compartida, donde se especifica: los nuevos medicamentos que se han añadido tras el ingreso en el hospital. Los medicamentos que recibía el paciente antes del ingreso que continúan sin cambios, los que se modifican y los que se retiran. Seguimiento de la medicación que puede ser necesario después del alta (pruebas analíticas, revisiones, entre otros). Otras actuaciones llevadas a cabo durante el ingreso. Contacto del profesional sanitario que emite el informe de alta.

2.5.2.2.14 Al alta hospitalaria, se proporciona, a los pacientes y/o familiares o cuidadores que se vayan a hacer cargo de la administración de la medicación, información escrita con los medicamentos que tienen que tomar después del alta y las recetas de los medicamentos (manuales o electrónicas).

2.5.2.2.15 La hoja de información de la medicación al alta que se proporciona a los pacientes debe incluir la siguiente información: medicamentos que tienen que tomar después del alta, indicando para cada medicamento: nombre (con su respectivo principio activo y nombre comercial), dosis, frecuencia, vía de administración, indicación y duración del tratamiento, horario en que se debe tomar en relación a las comidas y observaciones adicionales. Medicamentos que tienen que dejar de tomar después del alta. Consultas o pruebas analíticas necesarias para el seguimiento.

2.5.2.2.16 Es recomendable que el centro hospitalario disponga de herramientas electrónicas para facilitar la conciliación de la medicación al alta. Estas herramientas deben permitir la generación de una lista única de medicación activa al alta, a partir de la cual se generen automáticamente los tres documentos de conciliación al alta que se han mencionado en los puntos anteriores: texto referente a la medicación contenido en el informe de alta, recetas electrónicas y hoja de medicación con todos los detalles de administración para el paciente.

2.5.2.2.17 Al alta hospitalaria, se explica a los pacientes y/o sus familiares o cuidadores los medicamentos que tienen que tomar al alta y los cambios que se han producido en el tratamiento domiciliario tras la hospitalización.

2.5.2.2.18 Se les explica la hoja de información de la medicación al alta y se verifica que han comprendido dicha información.

2.5.2.2.19 Se les instruye para que mantengan actualizada la lista de su medicación y que la lleven consigo siempre que precisen asistencia sanitaria.

2.5.2.2.20 Se les indica que deben acudir a su médico de Atención Primaria, tan pronto como sea posible (o de su centro sociosanitario).

2.5.2.2.21 Se les instruye sobre cuándo deben buscar asistencia médica y dónde y a quién pueden consultar ante cualquier duda o pregunta sobre su medicación.

2.5.2.2.22 Es recomendable que el centro sanitario establezca un programa complementario al proceso de conciliación con otras intervenciones de mejora de la seguridad de la medicación para pacientes polimedicados, en función de los recursos disponibles y la tipología de paciente (pacientes complejos, con medicamentos de alto riesgo, entre otras situaciones).

2.5.2.2.23 Durante el ingreso hospitalario, una vez identificado un paciente polimedicado subsidiario de incluir en este programa complementario, se efectúa una revisión estructurada de la adecuación de la medicación domiciliaria con base en las guías de práctica clínica de referencia y el juicio clínico del médico responsable, para optimizar el tratamiento domiciliar e identificar y resolver cualquier problema asociado con la medicación. Las actuaciones realizadas se ponen en conocimiento de su médico de Atención Primaria (o de su centro sociosanitario) en el informe de alta.

2.5.2.2.24 Después del alta hospitalaria se efectúa un seguimiento de los pacientes para resolver dudas y problemas, y reforzar la adherencia, en coordinación con los profesionales de Atención Primaria (médicos, enfermeras y farmacéuticos) y las oficinas de farmacia donde recoge el paciente la medicación.

2.5.2.2.25 La conciliación tras el alta hospitalaria en Atención Primaria debe realizarse conforme la situación clínica lo requiera: preferentemente en la primera semana de recibir el informe de alta hospitalaria o, en todo caso, antes de emitir la receta para un nuevo medicamento. Para ello, el médico de Atención Primaria responsable del paciente debe comparar y conciliar la medicación del informe de alta hospitalaria con la medicación domiciliaria previa al ingreso que consta en la historia clínica de primaria, identificando y resolviendo cualquier discrepancia, y actualizando los registros de medicación del paciente.

Para este proceso puede contar con la colaboración de otros profesionales del equipo de Atención Primaria.

2.5.2.2.26 Se debe registrar cualquier discrepancia encontrada en la nueva medicación prescrita que no esté justificada por el episodio de hospitalización del paciente.

2.5.2.2.27 Las discrepancias deben ser resueltas con el médico del hospital que ha atendido al paciente, y se debe dejar constancia de las posibles correcciones en la historia clínica del paciente.

2.5.2.2.28 Se debe informar al paciente de los cambios y actualizar, si procede, su hoja de la medicación, así como proporcionarle las citas de seguimiento del tratamiento.

2.5.2.2.29 Se debe sensibilizar a los pacientes sobre la importancia de mantener esta hoja actualizada y de que la lleven consigo siempre que precisen asistencia sanitaria.

2.5.2.2.30 La conciliación tras el alta hospitalaria en pacientes institucionalizados en centros sociosanitarios debe efectuarse por el médico responsable del paciente, quien debe comparar y conciliar la medicación del informe del alta hospitalaria con la medicación crónica previa al ingreso, identificar y resolver cualquier discrepancia, y actualizar los registros de medicación del paciente, de forma análoga a lo establecido en el punto anterior. Para este proceso se podría contar con la colaboración de otros profesionales del equipo del centro.

2.5.2.2.31 En Atención Primaria y en los centros sociosanitarios debe realizarse la conciliación de la medicación no sólo tras el alta hospitalaria de los pacientes, sino también después de que estos reciban atención en los servicios de urgencias o consultas externas, así como cuando el paciente cambie de centro de salud por motivos familiares.

2.5.2.3 Participación del paciente y familiares o cuidadores

2.5.2.3.1 Los profesionales sanitarios implicados en el proceso de conciliación de la medicación se afanan en que este proceso esté centrado en el paciente y en mejorar la seguridad.

2.5.2.3.2 Los profesionales sanitarios trabajan en colaboración con los pacientes y familiares o cuidadores, les motivan para que tomen parte activa en su tratamiento y aumenten su conocimiento en el manejo seguro de la medicación.

2.5.2.3.3 Se educa a los pacientes sobre la importancia de que mantengan una lista actualizada de los medicamentos que están tomando, que especifique también los

medicamentos a los que es alérgico, y que la lleven consigo siempre que soliciten asistencia sanitaria.

2.5.2.3.4 Se aconseja a los pacientes que acudan al hospital con la lista actualizada de su medicación y/o una bolsa que contenga toda su medicación domiciliaria, a ser posible en sus envases de origen, para facilitar el conocimiento de la misma a los profesionales sanitarios.

2.5.2.3.5 Se anima a los pacientes a que pregunten todas las dudas que tengan sobre los medicamentos que toman a los profesionales que les atienden y se aseguren de que entienden todo lo que les dicen. Se les explica que no deben quedarse con dudas antes de salir del hospital y la forma de actuar ante los principales eventos adversos que cabe esperar con la medicación que utilizan.

2.5.2.3.6 Se proporciona información a los pacientes sobre herramientas que pueden ayudar a mantener la adherencia al tratamiento, como: utilizar un pastillero semanal, utilizar un sistema personalizado de dosificación elaborado en una oficina de farmacia, programar una alarma en el móvil para recordar la toma de la medicación, tener a la vista una hoja calendario con el tratamiento o descargar alguna de las aplicaciones existentes para móviles.

2.5.2.4 Evaluación y seguimiento del proceso

2.5.2.4.1 El centro sanitario evalúa de forma periódica el grado de implantación del proceso de conciliación y su impacto en términos de mejora de la seguridad del paciente. La medición de algunos indicadores permite evaluar la calidad y el cumplimiento del proceso establecido, así como monitorizar su funcionamiento a lo largo del tiempo¹¹. De esta manera, en caso necesario, es posible establecer oportunidades de mejora. Con este fin:

2.5.2.4.2 Se propone medir unos indicadores de proceso y resultado detallando la forma de obtención de los mismos, teniendo en cuenta la factibilidad de su medición. Estos indicadores estarán en línea con las directrices establecidas en cada CCAA. Algunos ejemplos de indicadores serían: Porcentaje de pacientes crónicos polimedicados con conciliación de la medicación al alta. Porcentaje de pacientes crónicos polimedicados en los que se obtiene la historia completa de medicación domiciliaria al ingreso en las primeras 24 horas. Porcentaje de pacientes crónicos polimedicados con errores de conciliación al alta.

2.5.2.4.3 Los datos obtenidos se evalúan periódicamente, se informa a los profesionales implicados de los resultados y se establecen e implementan medidas de mejora.

2.5.2.4.4 Se informa regularmente de los resultados y de las medidas adoptadas a la dirección del centro.

2.6 Errores de conciliación

Existen diferentes estudios⁴⁵⁻⁶⁴ donde se evidencia el grado de errores de conciliación. Un alto porcentaje de pacientes ingresados con varias discrepancias no justificadas entre la medicación crónica que el paciente tomaba y la que se le prescribió en el hospital. Algunos alcanzan niveles de discrepancias al ingreso del 30 al 70%.

Los errores de conciliación⁵⁶ se derivan de problemas organizativos como la descoordinación entre niveles asistenciales, la falta de comunicación eficaz de la información farmacoterapéutica entre profesionales sanitarios o la ausencia de un registro adecuado, actualizado y accesible de la medicación del paciente. Los errores de conciliación constituyen un problema de seguridad y han sido señalados por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Institute for Healthcare Improvement (IHI) o Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) como un asunto prioritario dentro de la estrategia de seguridad del paciente.

En la evaluación de la gravedad de los errores de conciliación, se propone utilizar la Clasificación de la gravedad de las discrepancias de medicación (categorización utilizada por The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP)⁵⁷ la cual se resume en la tabla 5.

Tabla 5. Categorización de la gravedad de los errores de conciliación

| Categoría | Descripción |
|------------------|---|
| Categoría A | No error, pero con posibilidad de que se produzca |
| Categoría B | Error que no alcanza al paciente, no causa daño |
| Categoría C | Error que alcanza al paciente, pero no es probable que cause daño |

| | |
|-------------|---|
| Categoría D | Error que alcanza al paciente y hubiera necesitado monitorización para evitar el daño |
| Categoría E | Error que hubiera causado daño temporal |
| Categoría F | Error que hubiera causado daño que requeriría hospitalización o prolongación de la estancia |
| Categoría G | Error que hubiera causado daño permanente |
| Categoría H | Error que hubiera requerido soporte vital |
| Categoría I | Error que hubiera resultado mortal |

Fuente: Diseño propio con base en la referencia³³

2.6.1 Causas principales de los Errores de Conciliación

Primeramente, se tiene la pluripatología y polimedicación, ya que actualmente los pacientes suelen ser atendidos por varios médicos y en diferentes niveles asistenciales, de manera que la prescripción se ha convertido en un proceso fragmentado. Durante el proceso de hospitalización, la patología aguda que ha ocasionado el ingreso y que requiere atención especializada se convierte en prioritaria, pero este hecho no debe ser motivo de desatención de sus problemas crónicos⁵⁶.

Seguidamente, se vuelve necesario mencionar la falta de recursos únicos de salud, porque no todos los centros de salud disponen de un registro único de atenciones por cada paciente; por lo tanto, la coexistencia de varias fuentes complementarias de información sobre el tratamiento del paciente: prescripciones de Atención Primaria, prescripción hospitalaria (donde se realizan numerosas transcripciones del tratamiento, constituye de por sí una acción para que se produzcan errores), informes de hospitalizaciones previas, a las que se añade con frecuencia información proporcionada por el propio paciente o sus acompañantes; dificulta enormemente la tarea de averiguar con un mínimo de fiabilidad lo que el paciente toma en realidad⁵⁶.

Otro factor relacionado, es la situación al ingreso hospitalario, esto porque los ingresos de emergencia suelen ser uno de los principales condicionantes para que existan errores en la conciliación de medicamentos, debido a que la historia fármaco-terapéutica es realizada en un departamento de urgencias, donde el personal de salud no dispone de suficiente tiempo, está sometido a continuas interrupciones durante la elaboración de la historia clínica. En el caso de cirugías programadas, el principal problema radica en que el cirujano

no suele ver al paciente sino hasta el momento de la cirugía, realiza la prescripción en la sala de recuperación, espacio inapropiado para realizar la entrevista y establecer de forma fiable el tratamiento completo del paciente⁵⁶.

Por último, cabe mencionar la adaptación de una guía fármaco-terapéutica hospitalaria, la cual es un instrumento útil y necesario para gestionar el uso racional de los medicamentos en los hospitales; sin embargo, la necesidad de adaptar la medicación crónica a los medicamentos existentes en el hospital implica realizar cambios de fármacos, dosis, horarios de administración, lo que suele llevar a que se produzcan errores⁵⁶.

2.6.2 Desafíos a tener en cuenta en la conciliación de medicamentos

Hay varias personas, procesos y herramientas involucradas en la reconciliación de medicamentos. Esta interacción múltiple entre personas, herramientas y procesos puede conducir a ciertos desafíos en la realización de una reconciliación óptima de medicamentos. Algunos de esos desafíos se describen a continuación para que puedan tenerse en cuenta al implementar este servicio y resolverse adecuadamente.

2.6.2.1 BPMH incompleto

Un paciente puede no proporcionar una descripción precisa de su historial de medicamentos. Esto puede suceder en entornos de cuidados intensivos, donde un paciente es admitido durante una emergencia o si la memoria y la cognición del paciente se ven afectadas por sus problemas de salud actuales. Algunos pacientes también pueden no tener un conocimiento adecuado de sus propios medicamentos personales. Esto es problemático porque el paciente es el proveedor de información principal para obtener el BPMH, y la información de otras fuentes puede ser difícil de obtener si el paciente no puede proporcionar suficiente información. Por ejemplo, un paciente puede estar tomando remedios herbales u otros productos sin receta en casa que no están registrados en ninguna base de datos electrónica^{46,65}.

Los familiares del paciente pueden no ser conscientes de este consumo. Por lo tanto, es fundamental utilizar siempre al menos dos fuentes diferentes para completar el BPMH, incluidos el farmacéutico comunitario u hospitalario, los familiares o los cuidadores. Si un paciente no puede ser consultado, entonces se puede realizar una versión preliminar utilizando la información disponible. La BPMH puede ser reevaluada una vez que el paciente es capaz de responder las preguntas consultadas⁶⁵.

2.6.2.2 Comunicación interprofesional

Los farmacéuticos pueden encontrar un cierto grado de rechazo al interactuar con otros profesionales de la salud durante el proceso de conciliación. Los farmacéuticos pueden enfrentar resistencia al conciliar discrepancias involuntarias y, como tales, se les anima a desarrollar relaciones de confianza y colaboración con los miembros de su equipo, así como a garantizar que se establezcan las razones detrás del asesoramiento⁴⁶.

2.6.2.3 Falta de recursos

En algunos entornos de atención médica, las limitaciones de tiempo debidas a la falta de personal de los farmacéuticos pueden no dar lugar a un proceso efectivo de conciliación de medicamentos. El acceso limitado a la tecnología en ciertos entornos puede hacer que el proceso de obtención de información y documentación sea más largo y complejo⁴⁶.

Los técnicos y asistentes de farmacia pueden llevar a cabo el BPMH después de la capacitación a través de un procedimiento operativo estandarizado. A continuación, el farmacéutico revisaría el trabajo del técnico de farmacia y completaría la conciliación de los medicamentos.

2.6.2.4 Desafíos adicionales

Además de lo anterior, otros desafíos se han descrito como potencialmente obstaculizar o impedir el servicio. Estos incluyen la falta de acceso a información relevante (información de alta u hospitalización), la falta de remuneración adecuada y la falta de sistemas de documentación intuitivos o fáciles de usar ⁴⁶.

2.7 Herramientas de implementación de Conciliación de Medicamentos

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)⁶⁵ figuran como una oportunidad para la mejora de los diversos procesos relacionados con la salud. El vasto campo de aplicaciones de las TIC en el campo de la salud se conoce como salud electrónica (e-Salud), definida por la OMS como el uso coste-efectivo y seguro de las tecnologías de la información y comunicación en apoyo a salud y a los ámbitos relacionados con la salud, incluyendo los servicios de atención sanitaria, vigilancia sanitaria, información en salud y educación, conocimiento e investigación en salud.

La e-Salud⁵⁷ integra un amplio grupo de aplicaciones que tienen la facultad de operar de forma integrada y pueden formar parte de diversos campos de dominio de la salud pública y los sistemas de salud, por ejemplo, vigilancia epidemiológica, prevención, promoción y atención a la salud en general. Algunos estudios han puesto de manifiesto la efectividad y eficiencia de algunos componentes de la e-Salud. Ante esta evidencia, la Organización Mundial de la Salud y otras instituciones como la Organización Panamericana de la Salud, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos han emitido políticas encaminadas a la promoción de la implementación de las TIC.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶⁵ señalan que los objetivos fundamentales de los sistemas de información en salud son los siguientes:

Facilitar los aspectos logísticos de la atención en salud, permitir que las instituciones de salud funcionen efectivamente, ayudar a los prestadores de asistencia a actuar eficaz, mejorar el acceso a los datos administrativos, clínicos y epidemiológicos, tanto individuales como colectivos y simplificar el acceso a las referencias biomédicas”.

Según el estudio de Villamayor et al⁴⁵, utilizar un programa de prescripción electrónica (PEA) como medio para el abordaje multidisciplinar (enfermería, médicos y farmacéuticos) de la conciliación ante un cambio de niveles, ha facilitado su realización al estar integrado en el sistema habitual de trabajo, así como la implantación de diferentes filtros informáticos, alguno de ellos bloqueantes, y se convirtió en una actividad rutinaria en el personal sanitario haciendo que se llevara a cabo casi en el 100% de los pacientes en el momento de su ingreso, consiguiendo tasas de discrepancias y errores de conciliación muy bajas en tan solo un año de implementación.

La reconciliación de medicamentos es un proceso de varios pasos que requiere la intervención y colaboración de múltiples partes. Se refiere a la comunicación efectiva entre los diferentes profesionales de la salud, así como los pacientes y sus cuidadores. Existen varias herramientas para facilitar la implementación de la conciliación de medicamentos. Dependiendo de la disponibilidad de recursos, estas herramientas pueden ser en papel o electrónicas⁴⁶.

2.7.1 Herramientas electrónicas para la conciliación de medicamentos

2.7.1.1 Entrada digitalizada de órdenes médicas

Un sistema informatizado de entrada de órdenes médicas garantiza que el farmacéutico esté actualizado con los medicamentos recetados del paciente en tiempo real, lo que acelera el proceso de obtención de la información más precisa sobre los medicamentos actuales^{46,65}.

2.7.1.2 Registros personales de salud

Un registro de salud personal (PHR) es un conjunto de herramientas informáticas mediante las cuales los pacientes pueden acceder y coordinar su información de salud de por vida y poner partes del mismo a disposición de quienes requieran acceso.

Un PHR permite al paciente compartir algunas o todas las partes de su historial de medicamentos según lo solicitado durante la conciliación de medicamentos⁴⁶.

2.7.1.3 Registros médicos electrónicos

Se implementan registros médicos electrónicos compartidos que almacenan los registros personales de salud del paciente, pueden incluir medicamentos, investigaciones de laboratorio y resultados de imágenes en un sistema centralizado. Con su consentimiento, esta información se vuelve fácilmente accesible para los profesionales de la salud dentro de una jurisdicción determinada⁴⁶.

2.7.1.4 Registros electrónicos de salud

Un registro de salud electrónico (EHR) es el historial médico electrónico de un paciente que es mantenido por un proveedor de atención médica o varios proveedores. Es un registro exhaustivo de los datos clínicos del paciente que incluye, entre otros, el historial de medicamentos del paciente. Un EHR es ingenioso en la conciliación de medicamentos en un entorno de atención médica para pacientes hospitalizados o ambulatorios, incluidas las farmacias comunitarias⁴⁶.

2.7.1.5 Resumen electrónico inteligente del alta

Se utiliza un resumen electrónico inteligente del alta para producir y transmitir el resumen del alta de un paciente basado tanto en los medicamentos del paciente antes del ingreso como durante su estancia hospitalaria. Un farmacéutico utiliza la información del resumen electrónico del alta de un paciente en la conciliación de medicamentos. Aunque varios registros de salud y medicamentos almacenados electrónicamente son valiosos para

obtener el historial de medicamentos de un paciente, la fuente principal del historial de medicamentos de un paciente debe ser el paciente o el cuidador⁴⁶.

2.7.2 Plantillas de formulario de Conciliación de Medicamentos

Las plantillas de formulario se pueden utilizar directamente o adaptarse a los entornos locales para llevar a cabo la conciliación de medicamentos en papel o en formato electrónico⁴⁶.

2.8 El caso del Hospital Metropolitano

Según Orduña Ortigón⁶⁵, la finalidad de un buen sistema de información es proporcionar al personal encargado de la toma de decisiones información que le sirva para confirmar la validez de las estrategias que se están siguiendo. Los sistemas deben brindar información clave para la toma de decisiones; esta información debe ser sencilla, clara, expedita, veraz, precisa, consistente y fácil de analizar e interpretar. Se torna importante, precisar en qué consiste la información clave, cómo puede obtenerse, quiénes son los responsables de elaborarla, en qué formato y con qué frecuencia se va a presentar, quiénes tendrán acceso a ella y con qué detalle y confidencialidad podrá ser consultada.

Con base en lo anterior, es preciso destacar la labor del Hospital Metropolitano por adquirir sistemas digitales que apoyen la calidad de sus servicios. Este hospital privado cuenta con componentes digitales que se han ido implementando con el paso de los años para mejorar sus sistemas de atención. Actualmente, el hospital cuenta con dos plataformas que potencian sus labores. El primero es HuliPractice, un software que se utiliza en el área de los servicios ambulatorios; además del BlueEHR, un sistema con el que se mantienen en pilotaje por el momento.

2.8.1 HuliPractice

El emprendedor costarricense Christopher Araya, es el creador de la empresa Huli, esta es una compañía interesada en el desarrollo, mercadeo, venta e integración de tecnologías en productos SaaS (Software as a Service) para alcanzar el éxito de los clientes. Huli es una empresa costarricense que consta de diversos productos digitales⁶⁶.

Para el año 2016, el programa Google for Entrepreneurs Exchange, selecciona a la empresa como el mejor startup tecnológica en el campo de la salud durante el programa Google para Emprendedores. Un startup es una pequeña empresa de reciente creación, con

alto potencial innovador y tecnológico, donde su modelo es escalable y su crecimiento puede ser exponencial. HuliPractice se convierte en un socio oficial de Google⁶⁶.

Adicional al programa Exchange, la compañía participó en otras actividades importantes como la desarrollada por Seedstars y la Promotora del Comercio Exterior de Costa Rica. Seedstars dirige una competencia de startups global que abarca más de 65 mercados emergentes y en desarrollo. Su misión es impactar la vida de las personas en los mercados emergentes a través de la promoción y la inversión en emprendimiento y tecnología. Como resultado, Huli ganó el primer lugar en la categoría "Business Innovators" en la competencia realizada en Costa Rica⁶⁶.

HuliPractice⁵⁷ ofrece diversos beneficios para los pacientes, el personal administrativo del centro médico y los profesionales de salud (ver Figura 9)

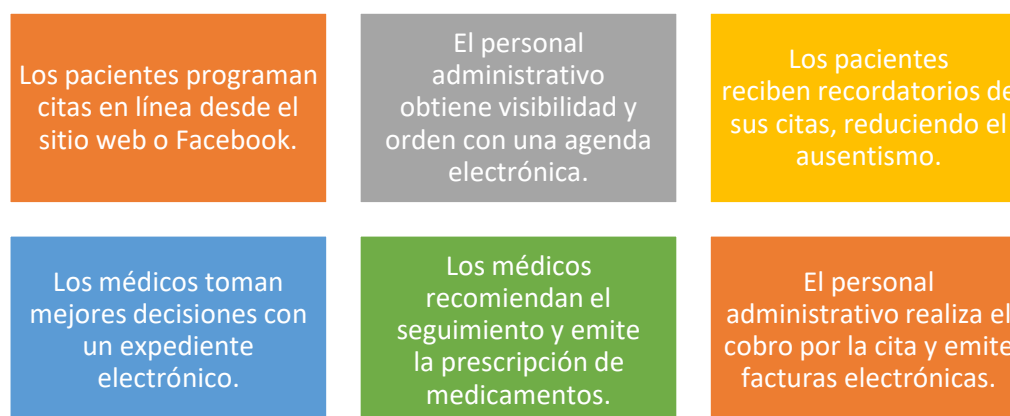


Figura 8. Beneficios del uso de HuliPractice

Fuente: Diseño propio con base en la referencia ⁶⁶

2.8.1.1 Pacientes programan sus citas en línea

HuliPractice⁵⁷ ofrece integraciones directas al sitio web o página de Facebook para que muestre disponibilidad en tiempo real a los pacientes y estos programen su cita en línea en cuestión de segundos. Por lo tanto, los pacientes tienen acceso al horario disponible de los médicos y al eliminar las llamadas telefónicas, el tiempo de programación de una cita disminuye de 480 segundos (en promedio) a 50 segundos o menos. Como resultado, el personal administrativo gasta menos tiempo en atender el teléfono e invierte más tiempo en interacciones personales con los pacientes.

De esta forma las asistentes del centro médico no se preocupan por programaciones dobles; ya que los pacientes, asistentes y médicos tienen la disponibilidad en tiempo real. Inclusive, si un paciente cancela su cita, este espacio queda disponible para otro paciente, aprovechando de inmediato los espacios ociosos entre citas⁶⁶⁻⁶⁷.

2.8.1.2 Personal administrativo obtiene visibilidad y orden

Las agendas médicas a diferencia de servicios como Google Calendar o iCal, proporcionan un registro de la información médica del paciente, información de contacto y de historial de citas. Así el personal tiene un panorama completo del paciente y sus necesidades⁶⁶.

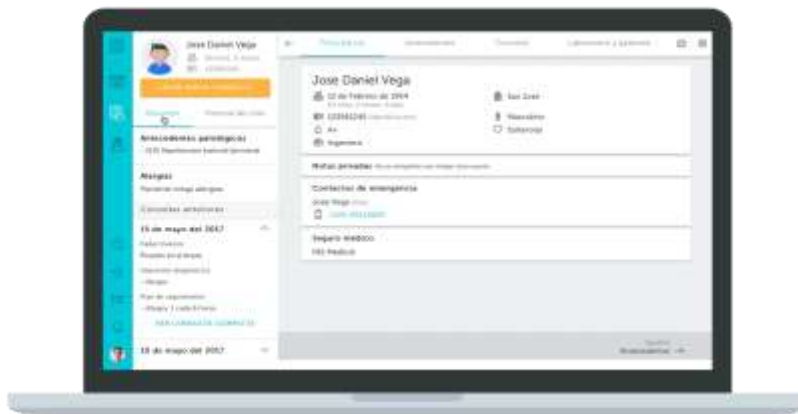


Figura 9. Pacientes programan sus citas en línea

Fuente: HuliPractice⁶⁷

Adicionalmente, se obtienen reportes más completos del estado final de las citas de pacientes. Por ejemplo, se puede conocer cuántas citas se agendaron en el mes, cuántas de estas citas se completaron, a cuáles citas el paciente no se presentó, cuáles se cancelaron, entre otros. Este reporte podrá ser luego comparado contra la facturación mensual y realizar un mejor análisis estadístico sobre las opciones de mejora para el centro médico^{66,67}.

2.8.1.3 Pacientes reciben recordatorios de sus citas

Una vez que el paciente programa una cita en línea o el personal administrativo programa la cita desde la Agenda Electrónica, se genera una notificación automática por medio de correo electrónico o mensaje de texto (SMS) confirmando que el proceso ha sido exitoso.

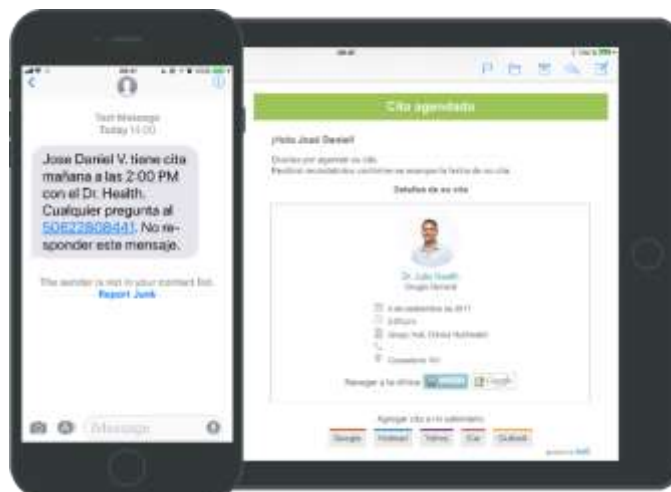


Figura 10. Pacientes reciben recordatorios de sus citas

Fuente: HuliPractice⁵⁸

Además, se habilitan mecanismos para que los pacientes confirmen la asistencia a su cita 24 horas antes, reduciendo el tiempo y esfuerzo del personal administrativo del centro médico para confirmar si los pacientes se presentarán a sus consultas programadas⁶⁶.

2.8.1.4 El médico toma mejores decisiones

Contar con la información de los pacientes, como: antecedentes médicos, historial de citas, laboratorios y prescripciones médicas, permite a los médicos tener un panorama claro de la situación del paciente. Lo cual facilita el inicio de la consulta médica una vez que el paciente llega al centro médico para su cita y permite una mejor toma de decisiones en la consulta^{66,67}. (ver Figura 11)

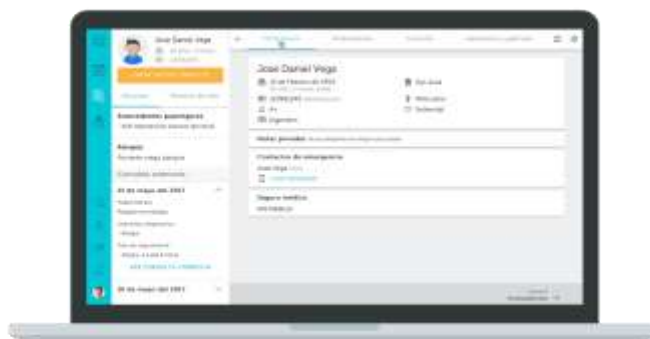


Figura 11. El médico toma mejores decisiones al contar con la información del paciente

Fuente: HuliPractice⁶⁷

El personal administrativo encuentra los expedientes de forma rápida y sencilla, siempre disponibles y se mantiene la información bajo estricta seguridad y respaldo. Por otro lado, el médico gana flexibilidad con la posibilidad de agregar módulos al expediente para otras especialidades médicas (odontología, pediatría, ginecología, entre otros) ^{66,67}.

2.8.1.5 El médico recomienda el seguimiento y emite la prescripción de medicamentos

Una vez que el médico realiza el diagnóstico y tiene claridad sobre la situación del paciente, puede incluir el plan de seguimiento con la prescripción de medicamentos, detalle sobre los laboratorios, procedimientos y observaciones. Esta prescripción puede ser impresa para comodidad del paciente y es almacenada de forma digital y segura para ser consultada en cualquier momento y desde cualquier dispositivo ^{66,67}.

2.8.2 BlueEHR

Es una alternativa que puede ser usada por médicos, clínicas, hospitales, ONG de salud, empresas de salud, atención integrada, integradores de sistemas, sistemas de salud y gobiernos. Esta compañía está ubicada en Bethesda, EE. UU⁶⁸.

Fundada en 2008, BlueEHR se especializa en atención, efectividad y coordinación, lo que permite que cualquier práctica de salud conductual sea exitosa. Y puede hacer más: Adaptarse a flujos de trabajo únicos Modo fuera de línea. Portal de cliente robusto. Agregar múltiples programas de financiación. Conectar con laboratorios, redes de recetas electrónicas y múltiples cámaras de compensación. Interactuar con aplicaciones como Data Analytics o sistemas CRM. API para conectarse a equipos médicos de diagnóstico. Incorporar reglas de facturación e informes individuales⁶⁸.

Este recurso brinda diversas facilidades que lo posicionan como una de las mejores opciones:



Figura 12. Facilidades que brinda BlueEHS

Fuente: Diseño propio con base en la referencia ⁶⁸

BlueEHS⁶⁸ es un paquete EMR (interfaz) ambulatorio bastante completo, lo que implica que es una plataforma de data en una nube digital del sector de salud destinada al procesamiento de datos. El modelo de implementación basado en la nube significa que la organización no tiene los gastos generales y los costos asociados con la ejecución de esta aplicación en su propio centro de datos. La organización puede centrar sus esfuerzos en implementar el software y ajustarlo a sus necesidades.

El software tiene un alto nivel de configurabilidad y personalización, lo que permite a la organización adaptar el sistema a sus necesidades específicas. BlueEHS incluye un portal para pacientes, que le permite revisar su registro médico completo y hacer sus propias entradas en su historial de salud, antecedentes familiares y problemas actuales. El paciente puede solicitar una cita y puede enviar un mensaje seguro a su equipo de atención⁶⁸.

Además, la organización puede desarrollar sus propios módulos para ampliar la funcionalidad del producto con las API (Application Programming Interfaces) proporcionadas. La base de datos se puede replicar desde la nube a una instancia local, lo que permite a la organización tener acceso completo a todos sus datos. BlueEHS también admite varios idiomas (muy raro de encontrar en cualquier plataforma de EMR), algo que es importante en países donde el inglés no es el idioma principal. BlueEHS es una solución EMR ambulatoria muy impresionante y con la próxima incorporación de la funcionalidad para pacientes hospitalizados⁶⁸.

2.8.3 Plantillas de formulario

Además de los sistemas informáticos que se están utilizando, actualmente el Hospital Metropolitano cuenta con plantillas locales para llevar a cabo la conciliación de medicamentos en papel. Las implementaciones de esta iniciativa se iniciaron en Hospital Metropolitano, sede Lindora, se está haciendo uso de una plantilla elaborada por un funcionario del lugar.

The image shows two forms side-by-side, both with a blue header containing the Hospital Metropolitano logo and name. The left form is titled "Formulario para la Reconciliación de medicamentos" and the right is "Formulario para la Evaluación de medicamentos a Recibir". Both forms have a patient information section at the top and a table for recording medication details. The left form's table has columns for "Medicamento", "Cantidad", "Frecuencia", "Uso", "Fecha", and "Hora". The right form's table has columns for "Medicamento", "Cantidad", "Frecuencia", and "Hora".

Figura 13. Plantilla de CM Hospital Metropolitano, sede Lindora

Fuente: Tomado del Hospital Metropolitano, sede Lindora

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

Se evaluará la importancia de la conciliación farmacoterapéutica en la estandarización del proceso de ingreso hospitalario de pacientes pluripatológicos a centros hospitalarios, basándose en el caso del Hospital Metropolitano, Sede Central. Esto se logrará por medio de una revisión bibliográfica acompañada de una entrevista a la jefa de la Jefatura de Enfermería del Hospital Metropolitano y un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas a diversos personeros de las áreas de Enfermería y de Farmacia relacionados con el proceso.

3.1 Enfoque de la Investigación

El enfoque de esta investigación es cualitativo, tal como lo menciona Hernández, Fernández y Baptista⁶⁹, la investigación cualitativa puede ser entendida como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación, así como nos la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conducta. Se refiere al abordaje general que se utiliza en el proceso de investigación, es más flexible y abierto, y el curso de las acciones se rige por el campo (los participantes y la evolución de los acontecimientos), de este modo, el diseño se va ajustando a las condiciones del escenario o ambiente.

Ha abierto un espacio multidisciplinario que convoca a profesionales de las más diversas disciplinas (sociólogos, antropólogos, médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, relacionistas públicos, entre otros) lo que lejos de ser un inconveniente aporta una gran riqueza en la producción. Sin embargo, también provoca una serie de efectos perversos, tales como, la gran variabilidad existente en la manera de afrontar el análisis: imprecisión y confusión de conceptos, multiplicidad de métodos, más descripción que interpretación, riesgo de especulación, escasa visión de conjunto, entre otros⁶⁹.

De acuerdo a las consideraciones anteriores, la investigación posee un enfoque cualitativo porque para llevar a cabo dicha investigación fue necesario analizar la importancia de la conciliación de medicamentos en pacientes pluripatológicos, explorándolo desde la perspectiva del personal de salud, tomando en cuenta sus opiniones y vivencias en la estandarización del proceso al ingreso hospitalario de los pacientes que se

reciben en un hospital privado, a través de esto, se logró generar una propuesta de guía que estandarice el proceso de conciliación de medicamentos.

3.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es de tipo exploratorio ya que, según Hernández, Fernández y Baptista⁶⁹, los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas.

Los estudios exploratorios⁶⁹ sirven para familiarizarse con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular, indagar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados. Esta clase de estudios son comunes en la investigación, sobre todo en situaciones en las que existe poca información.

Los estudios exploratorios⁶⁹ en pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos. Generalmente determinan tendencias, identifican áreas, ambientes, contextos y situaciones de estudio, relaciones potenciales entre variables; o establecen el “tono” de investigaciones posteriores más elaboradas y rigurosas. Estas indagaciones se caracterizan por ser más flexibles en su método en comparación con las descriptivas, correlacionales o explicativas, y son más amplias y dispersas. Asimismo, implican un mayor “riesgo” y requieren gran paciencia, serenidad y receptividad por parte del investigador.

Por consiguiente, la investigación sigue un diseño exploratorio ya que el tema del estudio ha sido poco explorado a nivel nacional, para poder saber más sin entrar en contacto con los pacientes se adentra en el tema desde la revisión bibliográfica y se refuerza con la perspectiva de los protagonistas en el área de salud.

Para recaudar información al respecto, se aplicó una encuesta de opinión donde se examina la forma en que el personal de Enfermería y de Farmacia perciben el fenómeno de ingreso hospitalario. Además, se profundiza en la interpretación propia de cada encuestado acerca de la técnica con que se recauda la información sobre los medicamentos que utilizan los pacientes. Se considera el punto de vista de la jefa de Jefatura de Enfermería mediante

una entrevista, su perspectiva sobre los posibles factores que conducen a discrepancias, así como su opinión sobre la coordinación multidisciplinaria en los servicios de salud.

3.3 Fuentes de Información

Las fuentes de información según Hernández, Méndez, Mendoza, Cuevas⁷⁰ es todo aquello que nos proporciona datos para reconstruir hechos y las bases del conocimiento. Las fuentes de información son un instrumento para el conocimiento, la búsqueda y el acceso a la información. Se encuentran diferentes fuentes de información, dependiendo del nivel de búsqueda que se haga. Constituyen una plataforma común de la comunidad científica para la difusión de los conocimientos y facilitan el flujo y la transmisión de información entre personas, equipos e instituciones interesadas en el estudio de un determinado campo disciplinar, lo que permite al investigador conocer las principales líneas de investigación que se están desarrollando y el progreso del conocimiento sobre el objeto de estudio compartido, acercándose al mismo tiempo a las distintas cuestiones que preocupan a la comunidad científica.

3.3.1 Fuentes Primarias

Este tipo de fuentes contienen información original es decir de primera mano, también llamadas referencias, son el resultado de ideas, conceptos, teorías y resultados de investigaciones. Contienen información directa antes de ser interpretada, o evaluado por otra persona. Las principales fuentes de información primaria⁷⁰ son libros, antologías, artículos de publicaciones periódicas, monografías, tesis y disertaciones, documentos oficiales, reportes de asociaciones, trabajos presentados en conferencias o seminarios, artículos periodísticos, testimonios de expertos, documentales, videgrabaciones en diferentes formatos, foros, páginas y sitios en internet, etc. Estas fuentes constituyen la "materia prima" de la revisión de la literatura porque contienen los elementos fundamentales para enmarcar la investigación (definiciones, formas para recolectar datos, los datos en sí, análisis y resultados).

Para la realización de esta investigación se contó con un total de 80 fuentes primarias, siendo 75 artículos científicos y 5 tesis.

3.3.2 Fuentes Secundarias

Las fuentes secundarias ^{69,70} son las que ya han procesado información de una fuente primaria. El proceso de esta información se pudo dar por una interpretación, un análisis, así como la extracción y reorganización de la información de la fuente primaria. Las fuentes secundarias se derivan de los resúmenes de las fuentes primarias siendo estas compilaciones, comentarios de artículos, de libros o de tesis. También pueden ser de libros que desarrollan algún tema a partir de su propia recopilación de datos.

3.3.3 Fuentes Terciarias

Ahora bien, fuentes terciarias ^{69,70} son aquellas que recopilan fuentes de información primarias o secundarias. Estas son utilizadas para buscar datos o para obtener una idea general sobre algún tema, algunas son bibliografías, almacenes, directorios, donde se encuentra la referencia de otros documentos, que contienen nombres, títulos de revistas y otras publicaciones. El procedimiento para elegir fuentes de información adecuadas para llevar a cabo una investigación, y por ende diseñar una metodología pertinente. Este tipo se encarga de reunir fuentes de segunda mano, como podría ser un catálogo temático, un directorio, una guía de índice, un catálogo de revistas periódicas.

3.4 Procedimiento de Selección de la Población

La integración del grupo de sujetos o participantes de los estudios, con las características particulares que permitirán responder los objetivos planteados, es una parte fundamental de todo protocolo de investigación porque cuando se logra una apropiada selección, no solo se podrá disponer de resultados confiables, sino que es posible que dichos resultados puedan ser extrapolados a otras poblaciones similares. Además, una buena elección de los participantes para el proyecto cumple con el propósito esencial de asegurar que los hallazgos representarán, de forma exacta, lo que sucede en la población de interés ⁷¹.

Una población según Arias, Villasís y Miranda⁷¹, es un conjunto de casos, definido, limitado y accesible, que formará el referente para la elección de la muestra, y que cumple con una serie de criterios predeterminados. Es necesario aclarar que cuando se habla de población de estudio, el término no se refiere exclusivamente a seres humanos, sino que también puede corresponder a animales, muestras biológicas, expedientes, hospitales,

objetos, familias, organizaciones, entre otros; para estos últimos, podría ser más adecuado utilizar un término análogo, como universo de estudio.

3.5 Delimitación de la Población

De acuerdo con Arias, Villasís y Miranda ⁷¹, en la selección de la población de estudio existen características decisivas que deben considerarse. Una de ellas es la homogeneidad, que se refiere a que todos los miembros de la población tienen las mismas características según las variables que se habrán de estudiar, ya que si no se asegura que la población sea homogénea puede conducir a elaborar conclusiones equivocadas durante el análisis, ya que por la mezcla de subpoblaciones heterogéneas no se obtendrá una representación clara de las variables en estudio.

Una vez definida la unidad de muestreo, por consiguiente, se procede a delimitar la población que se va a estudiar en la investigación y sobre la cual se procura generalizar los resultados. La población se delimitó al personal de salud que labora en el Hospital Metropolitano, se dedica a trabajar en el área de ingreso hospitalario y tiene experiencia con pacientes pluripatológicos.

3.6 Tipo de Muestra a Utilizar

Según Hernández, Fernández y Baptista⁶⁹, las primeras acciones para elegir la muestra ocurren desde el planteamiento mismo y cuando se selecciona el contexto, en el cual se espera encontrar los casos que interesan. En las investigaciones cualitativas es importante preguntar qué casos interesan inicialmente y dónde se pueden encontrar.

En las muestras no probabilísticas⁷⁰, la elección de las unidades no depende de la probabilidad, sino de razones relacionadas con las características de la investigación. Aquí el procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende de las decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios. Elegir entre una muestra probabilística o una no probabilística depende de los objetivos del estudio, del esquema de investigación, de la homogeneidad de las unidades estudiadas y de la contribución que se piensa hacer con ella.

La muestra a utilizar es del tipo muestra de casos ⁶⁹, en el que el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización. En

estudios con perspectiva fenomenológica, como en este caso, en los que el objetivo es analizar los valores, experiencias y significados de un grupo social, es frecuente el uso de muestras tanto de expertos como de casos tipo.

Por lo anterior, se eligió una muestra no probabilística, tomando en cuenta las características de la investigación y el tamaño de la población. Esta muestra englobó enfermeras y farmacéuticos que laboran en el Hospital Metropolitano, sede Central.

3.7 Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión ⁷¹ son todas las características particulares que debe tener un sujeto u objeto de estudio para que sea parte de la investigación.

Los sujetos de investigación son profesionales que trabajan desde hace más de un año en el Hospital Metropolitano, sede Central y ocupan puestos en Enfermería y Farmacia. Los mismos deben tener experiencia en el contacto con los pacientes y la realización del proceso de conciliación de medicamentos al ingreso hospitalario. Así mismo, voluntariamente dieron su consentimiento para participar de la investigación.

3.8 Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión ⁷¹ se refieren a condiciones o características que presentan los participantes y que pueden alterar o modificar los resultados, que en consecuencia los hacen no elegibles para el estudio.

Como criterios de exclusión se encuentran los funcionarios cuya respuesta sea negativa a otorgar consentimiento para formar parte de la investigación. Adicionalmente, se excluyeron aquellos sujetos que llevaban trabajando menos de un año en el Hospital Metropolitano, sede Central, que no tengan conocimiento ni experiencia en el proceso de conciliación. Además, que no laboren en puestos en Enfermería y Farmacia.

3.9 Categorías de Análisis

Tabla 6. Categorías de Análisis

| Objetivo | Categoría de análisis | Definición conceptual | Instrumento |
|----------|-----------------------|-----------------------|-------------|
|----------|-----------------------|-----------------------|-------------|

| | | | |
|--|----------------------------------|---|-------------------------------|
| <p>1- Señalar algunas consideraciones generales en torno al ingreso hospitalario de pacientes pluripatológicos desde la evidencia médica.</p> | <p>Paciente pluripatológico.</p> | <p>Numerosas enfermedades que aumentan con el declinar de la vida⁶¹. Esta peligrosa condición preocupa a las autoridades médicas en el ámbito internacional y es de interés no sólo a nivel científico, sino también familiar y social, ya que sus efectos colaterales o adversos conducen en muchas circunstancias a incremento en hospitalizaciones, complicaciones graves y en ocasiones desafortunadamente a la muerte⁷².</p> | <p>Artículos científicos.</p> |
|--|----------------------------------|---|-------------------------------|

| | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|
| <p>2- Identificar los procedimientos para la recolección de información sobre medicamentos de pacientes pluripatológicos ingresados al centro médico de estudio y la funcionalidad de estos.</p> | <p>Conciliación de medicamentos.</p> | <p>La conciliación de la medicación es el proceso formal y estandarizado de obtener la lista completa de la medicación previa de un paciente, compararla con la prescripción activa, y analizar y resolver las discrepancias encontradas⁷³.</p> <p>Este proceso se ha diseñado para prevenir errores de medicación en los momentos en los que se produce la transición del paciente entre los distintos niveles asistenciales. Su objetivo es garantizar a lo largo de todo el proceso asistencial que los pacientes reciben los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente, con la dosis, vía de administración y frecuencia correctas y adecuadas a la situación actual del paciente⁷³.</p> <p>Este proceso es especialmente importante en el paciente crónico complejo, en el que sus características (pluripatología y polimedicación) lo hacen más vulnerable a la consecución de errores de conciliación⁷⁴.</p> | <p>Artículos científicos, encuesta y entrevista.</p> |
|---|--------------------------------------|---|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>3- Reconocer posibles factores vinculados a discrepancias en el método de conciliación del tratamiento farmacológico para pacientes pluripatológicos y sus implicaciones en la coordinación multidisciplinaria del centro médico de estudio.</p> | <p>Discrepancias en la conciliación de medicamentos.</p> | <p>Se considera «discrepancia» cualquier diferencia entre la medicación domiciliar crónica que el paciente tomaba previamente y la medicación prescrita en el hospital⁷².</p> | <p>Artículos científicos, encuesta y entrevista.</p> |
| <p>4- Proponer una guía de conciliación de medicamentos al ingreso hospitalario de los pacientes pluripatológicos que se reciben en centro médico de estudio, para la estandarización del proceso vigente.</p> | <p>Propuesta de guía que oriente el procedimiento para una recolección y revisión de medicamentos apropiada.</p> | <p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha fomentado el establecimiento de políticas de conciliación de la medicación en las diferentes transiciones asistenciales al considerarlas un punto clave en materia de seguridad del paciente. Otros organismos internacionales como la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) y el Institute for Safe Medications Practices (ISMP) también llevan a cabo estrategias en esta área⁶⁴.</p> | <p>Artículos científicos.</p> |

Fuente: Diseño propio con base en la referencia^{64,72,73,74}

3.10 Descripción de Instrumentos

La recolección de datos ocurre en los ambientes naturales y cotidianos de los participantes o unidades de análisis, para ello, como instrumento de recolección de los datos se utilizará la encuesta o cuestionario, ya que es una manera sencilla de recolectar información a través de preguntas muy puntuales sobre el tema de investigación. Además de la entrevista, debido a que es un método cualitativo que se caracteriza por ser íntimo, flexible y abierto.

En tal sentido, Hernández, Fernández, Baptista⁶⁹, no categorizan la encuesta, como un método o técnica, sino que sostienen, para el mismo, la condición de "... instrumento más utilizado para recolectar los datos...", y lo definen como "... un conjunto de preguntas, respecto a una variable o más a medir". Estos mismos autores desdoblaron la encuesta y entrevista, según sea la manera en que se aplique. Así, consideran a la primera como cuestionario autoadministrado; y a la segunda, como cuestionario por entrevista.

Un cuestionario⁷⁰ es un conjunto de preguntas respecto a una o más variables que se van a medir. El contenido de las preguntas de un cuestionario es tan diverso como los aspectos que evalúa. Fundamentalmente, se consideran dos tipos de preguntas: cerradas y abiertas. Las preguntas cerradas presentan a los participantes o sujetos categorías u opciones de respuesta que han sido delimitadas previamente, para que escojan una (cuando son mutuamente excluyentes) o varias (en el caso de respuestas múltiples) dependiendo de la clase de pregunta. Pueden ser dicotómicas (dos posibilidades de respuesta) o tener varias opciones de contestación. En cambio, las preguntas abiertas no delimitan de antemano las opciones de respuesta, por lo cual el número de categorías es muy elevado y puede variar.

La entrevista⁶⁵ se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona, conocida como entrevistador, y otra, como el entrevistado. En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema. Las entrevistas se dividen en estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas o abiertas. En las primeras, el entrevistador realiza su labor siguiendo una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a ésta (el instrumento prescribe qué cuestiones se preguntarán y en qué orden). Las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el

entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información.

Las entrevistas abiertas se fundamentan en una guía general de contenido y el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla. Regularmente en la investigación cualitativa, las primeras entrevistas son abiertas y de tipo “piloto”, y van estructurándose conforme avanza el trabajo de campo. Regularmente el propio investigador conduce las entrevistas. Las entrevistas, como herramientas para recolectar datos cualitativos, se emplean cuando el problema de estudio no se puede observar o es muy difícil hacerlo por ética o complejidad (por ejemplo, la investigación de formas de depresión o la violencia en el hogar).

Según Hernández, Fernández, Baptista ⁶⁹ como parte de las características de las entrevistas cualitativas se tiene que:

- 3.10.1 El principio y el final de la entrevista no se predeterminan ni se definen con claridad, incluso las entrevistas pueden efectuarse en varias etapas. Es flexible.
- 3.10.2 Las preguntas y el orden en que se hacen se adecuan a los participantes.
- 3.10.3 La entrevista cualitativa es en buena medida anecdótica y tiene un carácter más amistoso.
- 3.10.4 El entrevistador comparte con el entrevistado el ritmo y la dirección de la entrevista.
- 3.10.5 El contexto social es considerado y resulta fundamental para la interpretación de significados.
- 3.10.6 El entrevistador ajusta su comunicación a las normas y lenguaje del entrevistado.
- 3.10.7 Las preguntas son abiertas y neutrales, ya que pretenden obtener perspectivas, experiencias y opiniones detalladas de los participantes en su propio lenguaje.

Los miembros del personal de salud que se dispusieron a colaborar con las herramientas de recolección fueron los siguientes:

Tabla 7. Datos de los colaboradores de salud del Hospital Metropolitano

| Colaborador | Puesto |
|-------------------------|----------------------------|
| Karen Briceño Guadamuz | Jefatura de Enfermería |
| María Estrella González | Coordinadora de Enfermería |
| María José Alpízar | Coordinadora de Enfermería |
| Víctor Gamboa | Enfermería |

| | |
|------------------|----------------------|
| Stephanie Guzmán | Regente Farmacéutica |
| Melissa Castillo | Regente Farmacéutica |
| Andrea López | Regente Farmacéutica |

Fuente: Diseño propio, 2022

3.11 Validación de las Entrevistas o Procedimientos

En primer lugar, se vuelve necesario diferenciar el concepto de juez y de experto, porque son dos términos que en muchas ocasiones se consideran como sinónimos y no necesariamente lo son. Según Jorge Supo⁶⁰, un experto es una persona que conoce de un tema de manera empírica y, por lo tanto, conoce la realidad y las costumbres de dicho asunto, pero ellas no son investigadoras, no cuentan con una línea de investigación, y en el caso de ser investigadoras, de seguro que esta sería su línea de investigación porque conocen sobre el tema mejor que ningún otro. Por otro lado, un juez, podría definirse como una persona que ayuda a evaluar los ítems formulados y si bien son investigadores, su línea de investigación no necesariamente es la misma que la del tema de investigación, de manera que no necesariamente son expertos a fondo de la investigación.

Tradicionalmente, se eligen jueces en un número de cinco y estos, en lo posible, deben ser multidisciplinarios⁷⁵, es decir, deben pertenecer a distintos campos del conocimiento a fin de evitar percepciones sesgadas y opiniones subjetivas acerca del tema o concepto que se está evaluando. La tarea de los jueces es evaluar los ítems en función a la suficiencia, pertinencia y claridad con la que estén redactados, ellos de ninguna manera ayudan en la construcción de los mismos.

Es por ello que, para la evaluación de los ítems de la encuesta utilizada para la recolección de la información de esta investigación, se consultó a un total de 4 profesionales de la salud ajenos al grupo de estudio. Estas personas se dieron a la tarea de revisar el instrumento detenidamente, se contó con la participación de una enfermera, además de un médico general y de dos farmacéuticos. Los mismos generaron su opinión sobre el instrumento y su forma de aplicación, a partir de ello se realizaron ciertas modificaciones de acuerdo con las recomendaciones propuestas y la intención de hacer los ajustes requeridos (quitar o agregar reactivos, adicionar un componente a la ecuación, reformular el procedimiento, modificar instrucciones, tiempo para responder) para un mejor entendimiento de las preguntas.

A continuación, se presenta la información de las personas que ayudaron a la validación y en la sección de anexos se encuentran sus respectivas observaciones.

Tabla 8. Datos de colaboradores de la validación de herramientas

| Colaborador | Puesto |
|--------------------------------|---|
| María Estela Zúñiga Morales | Jefatura de Enfermería Área de Salud Paquera |
| Evelyn Cristal Ramos Fernández | Médico General Área de Salud Vásquez de Coronado |
| Ricardo Sancho Calvo | Director de Farmacia UIA |
| Mariana Gómez Peña | Regente Farmacéutica |
| Angie Bustamante Badilla | Regente Farmacéutica |

Fuente: Diseño propio, 2022

3.12 Descripción del Proceso de Recolección y Análisis de los datos

La recolección de datos se efectuó mediante dos técnicas, una entrevista efectuada a la jefa de Enfermería del Hospital Metropolitano, ejecutada a través de una herramienta informática llamada Microsoft Teams, además de una encuesta de opinión elaborada a través de una herramienta informática dirigida al servicio de Enfermería y Farmacia mediante Google Forms, esta fue entregada por correo electrónico y WhatsApp a los funcionarios de Farmacia y de Enfermería del Hospital Metropolitano en el mes de Marzo del 2022.

En primer lugar, la herramienta empleada correspondió a la entrevista, esta herramienta fue utilizada el día viernes 04 de marzo del 2022, a las 9:00 am. El objetivo general de la misma, fue determinar la situación actual del proceso al ingreso hospitalario de los pacientes pluripatológicos que se reciben en el Hospital Metropolitano, para finalmente proponer una guía que estandarice el proceso.

La entrevista fue aplicada a la enfermera encargada de la Jefatura de Enfermería, la señora Karen Briceño Guadamuz. Una mujer con amplia competencia en el campo de la salud, ya que su experiencia laboral inicia desde el año 2009, cuando comenzó a trabajar para la CCSS, seguidamente, siete años en el Hospital CIMA, siendo este el primer hospital privado para el cual laboró en la región de San José, ya que en el pasado radicaba en el área

de Guanacaste. Además, cuenta con seis años laborales en Hospital Metropolitano, donde se desempeña actualmente en el puesto de Jefatura de enfermería y le corresponde el control de dos sedes, sede San José y sede Lindora. La entrevista se encuentra en el Apéndice 3.

Después, se obtuvo la información a partir del cuestionario aplicado en forma de encuesta, estos datos fueron procesados y tabulados, con la finalidad de obtener resultados concretos de la investigación. La encuesta fue aplicada a seis funcionarios, el proceso de recolección de información tomó en cuenta dos de las áreas más importantes para llevar a cabo el proceso de conciliación de medicamentos al ingreso del centro hospitalario.

Una de ellas es el área de Enfermería, cuya labor es encargarse del proceso de ingreso hospitalario de los pacientes que acuden al Hospital Metropolitano. Por otro lado, el área de Farmacia quien es responsable de garantizar que todo tratamiento farmacológico usado por el paciente sea el más efectivo y seguro disponible y de administración correcta. Así como de identificar, resolver y prevenir posibles problemas relacionados con la medicación. Las preguntas a consultar se muestran en el apéndice 8.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Señalar algunas consideraciones generales en torno al ingreso hospitalario de pacientes desde la evidencia médica.

4.1.1 Tipo de ingreso

El procedimiento de ingreso del paciente es el conjunto de actividades en el que confluyen diferentes departamentos del hospital para registrar sus datos de identificación, asignarle la unidad de atención que le corresponda, instalarlo y dar inicio a los servicios de atención para promover, proteger o restaurar su salud⁷⁶. Existen ciertas consideraciones generales con base al ingreso hospitalario. Sobre esto, es necesario tomar en cuenta que el ingreso, deriva de los acontecimientos que lleven al paciente a ingresar al hospital.

De acuerdo con la literatura⁷⁷, una forma de ejecutar la clasificación de los pacientes puede ser en función al tipo de ingreso, para establecer una relación entre el tipo de ingreso producido y la información que se posee del paciente. Se pueden clasificar los ingresos en ingresos urgentes o ingresos programados.

4.1.2 Admisión hospitalaria

Las instituciones hospitalarias⁷⁸ requieren contar con herramientas administrativas que apoyen y agilicen el cumplimiento de los objetivos y proyectos en las instituciones. Los cambios para incrementar la eficacia, eficiencia y celeridad en las instituciones que brindan servicios de salud son necesarios para la optimización de la gestión. La creciente complejidad de las organizaciones hospitalarias, ha originado la necesidad de articular estructuras que faciliten la ordenación y coordinación de las actividades que se producen alrededor de la asistencia médica.

El Servicio de Admisión Hospitalaria⁷⁸ es la puerta de entrada y salida de los pacientes en el área de hospitalización; es el encargado de recibir y causar la primera impresión al usuario y familiares. Sirve como enlace entre lo puramente administrativo y la función clínica y de servicios profesionales. El resultado final de dicho proceso se encuentra representado por el egreso hospitalario, el cual es el resultado de una gestión

clínica y de Administración de Cama Hospitalaria. Este egreso es el indicador de producción y gestión.

4.1.2.1 Servicio de Admisión Hospitalaria

El servicio de admisión tiene como propósito mejorar la calidad de los servicios, a fin de obtener un mayor desempeño y un mejor aprovechamiento de los recursos humanos, técnicos y tecnológicos asignados; bajo los criterios de una atención centrada en el usuario con calidad, sin perder de vista la calidez, que tan necesaria se vuelve al ingresar al hospital⁷⁸.

Así mismo, el objetivo del servicio es facilitar la admisión del paciente al área de hospitalización, facilitando el cumplimiento de los requisitos que deben efectuar los pacientes durante su hospitalización.

4.1.2.1.1 Acciones del Servicio de Admisión

Según la literatura, el servicio de admisión debe velar por el cumplimiento de diversas acciones, las cuales serían: Facilitar el proceso de admisión del paciente al área de hospitalización. Establecer los requisitos que deben cumplir los pacientes durante su hospitalización. El uso eficiente de las camas hospitalarias. Establecer comunicación directa y adecuada con el paciente y la familia ofreciendo información y orientación general dentro del área de hospitalización. Utilizar registros establecidos para llevar a cabo el ingreso del paciente⁷⁸.

4.1.2.1.2 Funciones del Servicio de Admisión Hospitalaria

Las funciones del Servicio de Admisión Hospitalaria se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 9. Funciones de Área de Admisión Hospitalaria

| Funciones del área de Admisión Hospitalaria |
|--|
| Censo actualizado de pacientes ingresantes en servicio |
| Verifica de la disponibilidad de camas |
| Admisión hospitalaria (Gestiona y asigna las camas para la ubicación definitiva y se recogen todos los datos necesarios para el ingreso) |
| Regula el flujo de entrada y salida de pacientes |
| Registra ingresos y egresos de pacientes |

| |
|--|
| Realiza la recepción de solicitudes y programación de los ingresos |
|--|

| |
|---|
| Realiza la acogida de orientación e información de ingreso al paciente y familiar |
|---|

Fuente: Diseño propio con base en la referencia⁷⁸

4.1.2.2 Procedimientos de ingreso hospitalario

Como parte de los procedimientos de ingreso hospitalario, el personal de admisión debe registrar los datos personales del paciente al ingreso en el libro de actas y en el sistema informático. Elaborar y actualizar el censo diario de pacientes internados, trasladados internos o externos y egresos. Así como un censo de camas disponibles y ocupadas. Recepción de las hojas de altas⁷⁶.

4.1.2.2.1 Requisitos de Ingreso Hospitalario

Las personas que requieran de un ingreso hospitalario, deben cumplir con una serie de requisitos necesarios para su estadía (tabla 10). Es necesario aportar documentación para formalizar el ingreso hospitalario, en todos los casos: identificación personal y hoja de ingreso: el paciente deberá firmar la Hoja de Ingreso que le facilitará el personal de Admisión⁷⁶.

Tabla 10. Requisitos indispensables para el Ingreso Hospitalario

| Requisitos de ingreso hospitalario |
|---|
| Datos personales |
| Cédula de Identidad |
| Documento de Autorización y Responsabilidades firmado, que autoriza al hospital y a sus médicos a proporcionarle diagnósticos, tratamiento y rehabilitación |
| Reglamento firmado |

Fuente: Diseño propio con base en la referencia⁷⁶

4.1.2.2.2 Admisión Hospitalaria

4.1.2.2.2.1 El médico de guardia que decide el internamiento de un paciente se comunicará con el servicio de admisión hospitalaria para la confirmación de disponibilidad de camas en el área hospitalaria indicada⁷⁸.

4.1.2.2.2.2 El médico comunica al paciente y familiares la decisión de internar, remitiendo al paciente y familiar al servicio de admisión para el proceso de internamiento⁷⁸.

4.1.2.2.2.3 El servicio de Admisión Hospitalaria recibe la indicación médica de ingreso hospitalario por medio de la hoja de triaje y procede a:

- Llenar los datos personales de la historia clínica para el ingreso.
- Realiza la entrevista de orientación sobre el funcionamiento interno y normativa Institucional al paciente o familiar responsable del paciente.
- El paciente o familiar responsable debe firmar la hoja de entrevista una vez recibidas las orientaciones.
- El servicio de admisión comunica al médico solicitante o enfermera la habitación asignada para el ingreso del paciente.

4.1.2.2.2.4 El servicio de admisión entregará la ficha clínica del paciente al médico solicitante y a la enfermera para su internamiento⁷⁸.

4.1.2.2.2.5 Registrar en el libro de acta asignado y en el sistema informático los datos del paciente internado⁷⁸.

4.1.2.3 Valoración del paciente al ingreso Hospitalario

En cuanto a la forma de recopilar información, la entrevistada menciona que cada espacio hospitalario cuenta con su propia forma de recopilar la información del paciente, del mismo modo, cada profesional de la salud que intervenga en el ingreso hospitalario estima la información de acuerdo con el área para la cual labora (ver apéndice 7.3).

4.1.2.3.1 Valoración médica

El médico es quien realiza la valoración médica para poder asegurarse de que sus prescripciones son completas, precisas y están adecuadamente conciliadas⁸⁴ según las necesidades del paciente. De acuerdo con la enfermera Karen Briceño, el médico propiamente, tiene una hoja que se llama historia clínica. Es su deber consultar el registro farmacoterapéutico actualizado del paciente, dejar registrados los cambios que introduzcan en el tratamiento y su motivo, y resolver lo antes posible las discrepancias que se le notifiquen^{79,80}.

Los autores coinciden con que existe un gran vacío debido a que el conocimiento no llega donde y cuando es necesitado, y en la forma más fácil de usar por los especialistas y pacientes. Para ello, se requiere que el conocimiento sea organizado, movilizado, localizado y personalizado adecuadamente para evitar dicho vacío. El problema radica en que esta información no se comparte abiertamente con el resto del personal^{79,80,81}.

4.1.2.3.2 Valoración enfermería

El papel de enfermería es igual de importante, pues en materia de medicamentos, les corresponde comprender la medicación que administran, identificar y conservar los medicamentos que trae el paciente de casa, y detectar la falta de tratamientos prescritos que no estén disponibles en la guía del hospital o no pueda aportar la familia. Los enfermeros deben notificar este hecho al resto del equipo asistencial para que puedan buscarse soluciones alternativas^{76,81}.

Según la jefa de enfermería, como parte de la asistencia brindada por el centro médico, “el Hospital Metropolitano cuenta con el Departamento de Coordinación de Enfermería, que está compuesto por cinco enfermeros, estos son los líderes que asisten a la Jefatura de Enfermería, ya que ellos permanecen asistiendo de manera directa a los pacientes (ver apéndice 7.3). Además de que llevan un mejor control en las distintas áreas de servicio del Hospital. Así mismo, la Jefatura de Enfermería realiza rondas, estoy supervisando de manera directa cómo están trabajando los subordinados”.

Por otro lado, el área de Enfermería del Hospital Metropolitano, “hace algo denominado Valoración Inicial de Enfermería, el cual es un folleto de tres hojas. En esa valoración se tienen que poner los datos generales del paciente, se coloca el peso, la talla, los signos vitales con los que el paciente ingresa, el motivo por el cual refiere por palabras propias. El paciente, en ocasiones, por desconocimiento no brinda espontáneamente toda la información necesaria que se presenta alrededor de la enfermedad es por eso que, conjuntamente, cuentan con una serie de Check List, de lo que son las patologías que el paciente presenta; otra de las secciones de la valoración es el apartado de alergias, donde se tiene que poner a qué medicamento presenta alergia, la reacción que presenta el paciente, se deben anotar los antecedentes quirúrgicos, hay un área de valoración social, otra de trastornos del sueño. Si el paciente tiene dolor, viene una página solo de dolor”.

“La valoración viene por sistemas, entonces se debe ir evaluando todos los sistemas (gastrointestinal, cardiovascular, pulmonar, etc.). Por último, colocar un sello color verde dando aval de que la información obtenida se llenó por un profesional de enfermería”.

La valoración inicial del paciente, debe ser un proceso organizado y sistematizado que permita llegar a un buen diagnóstico de enfermería y posterior puesta en marcha del plan de cuidados. Junto a esta valoración, la entrevista al cuidador permite conocer el

entorno familiar, la situación sociocultural, el nivel de conocimientos acerca de la enfermedad del paciente, la necesidad de dar respiro al cuidador principal y además facilita la detección de las posibles necesidades socio-sanitarias que puedan precisar a nivel de atención primaria como especializada por parte del paciente y/o del cuidador.

Para realizar una adecuada valoración del paciente al ingreso, las enfermeras se basan en las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson. Para complementar esta valoración se utilizan cuestionarios o escalas.

4.1.2.3.3 Intervención Farmacéutica

El farmacéutico, por su parte, comunica las discordancias encontradas al prescriptor y le asesora si es preciso para su resolución, ya que sólo el médico puede modificar prescripciones y es él quien tiene la última palabra en la decisión⁸¹.

4.1.2.3.3.1 Distribución

La distribución a nivel intrahospitalario es la forma de entrega de los medicamentos en los diferentes servicios hospitalarios para ser administrados a los pacientes, también está relacionada con el grado de complejidad de la institución hospitalaria y la normatividad vigente. La distribución que realiza un servicio de farmacia al interior de la institución hospitalaria puede ser por piso (stock), por pedido / paciente (para un día de tratamiento o más) o por dosis unitaria⁷⁸.

4.1.2.3.3.2 Dispensación

A nivel hospitalario, la dispensación es un proceso que va muy ligado a la distribución y tiene que ver con toda la información sobre los medicamentos con la que va acompañada la entrega de los mismos⁷⁸. A continuación, se detalla de mejor manera a través de un flujograma.

Tabla 11. Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos al área de hospitalización.

| Número | Actividad | Detalle | Responsable |
|---------------|---|--|---|
| Inicio | | | |
| 1 | Recibo de la orden médica de hospitalización. | El médico o enfermería de hospitalización, solicita los medicamentos y dispositivos médicos necesarios | Médico, Área de Enfermería del servicio de Hospitalización. |

| | | | |
|---|---|--|-----------------------|
| | | en el área de hospitalización, realizando un registro en el sistema. | |
| 2 | Recibir y verificar el pedido. | Se recibe y verifica el pedido para identificar los medicamentos y/o dispositivos médicos solicitados | Auxiliar de Farmacia. |
| 3 | Verificar medicamentos solicitados en el pedido de hospitalización. | Se deben verificar los medicamentos, nombre, presentación, fecha de vencimiento y concentración farmacéutica como también los dispositivos médicos solicitados. | Auxiliar de Farmacia. |
| 4 | Organización de medicamentos. | Los auxiliares de farmacia organizan los medicamentos por pedido, los cuales son embalados en empaques individuales, que deben ser marcados con el nombre del paciente, número de habitación y cama. | Auxiliar de Farmacia. |
| 5 | Facturación de los medicamentos. | El auxiliar de farmacia procede a realizar la facturación del medicamento en el software, realizándolo por paciente de tal manera que facilite el proceso de facturación. | Auxiliar de Farmacia. |
| 6 | Entrega de medicamentos. | Una vez impreso el pedido, se incluye | Auxiliar de Farmacia |

| | | | |
|------------|------------------------------|--|--|
| | | original y copia en el recipiente del paciente y se entrega a la jefe o auxiliar de enfermería para la verificación y firma de recibido. | Auxiliar de Enfermería. |
| 7 | Entrega de medicamentos. | Una vez en el servicio correspondiente, se entregan los medicamentos y dispositivos médicos a la jefe o Auxiliar de enfermería encargada, quien verifica la solicitud realizada, los medicamentos recibidos y la impresión, constatando que estos coincidan, luego firma a satisfacción. | Auxiliar de Farmacia de Enfermería o jefe de Enfermería. |
| 8 | Realización de estadísticas. | Se entrega copia de recibido firmado por la Enfermera jefe o Auxiliar de Enfermería al Auxiliar de Farmacia para control y estadísticas de pedido de medicamentos y dispositivos médicos por día. | Auxiliar de Farmacia. |
| Fin | | | |

Fuente: Diseño propio con base en la referencia⁷⁸

4.1.3 Ingreso hospitalario en el Hospital Metropolitano

Al respecto, la encargada de la Jefatura de Enfermería del Hospital Metropolitano, Karen Briceño Guadamuz, menciona que el ingreso hospitalario de los pacientes se realiza

según el tipo de paciente que sea, clasificándolos en paciente médico, paciente que venga con un internamiento externo o el paciente quirúrgico, para estos tres tipos, la entrevistada relata que, el paciente llega al Servicio de Admisión y Cajas del hospital. Cuando el paciente viene externo, ellos llegan y hacen el proceso administrativo; los encargados de Admisión y Cajas, primero, llaman para ver si hay camas disponibles, si hay espacio, se le hace la asignación, una vez que el proceso administrativo está listo, ellos llaman, entonces baja el asistente de pacientes o el enfermero. Este pasa por admisión por el expediente y traslada al paciente a la habitación.

Una vez que el paciente ingresa al Hospital Metropolitano, “se realiza el proceso de inducción del área de hospitalización, donde se le explican todas las pautas que van a seguir; por ejemplo, que puede estar con un acompañante las 24 horas; adicionalmente puede tener visitas, los horarios de visita, la alimentación. Una vez que se hace todo el proceso de inducción del área de hospitalización, el paciente procede a hacerse el cambio de ropa, entonces, continúan con las indicaciones. Si el paciente trae el tratamiento crónico, normalmente se conversa con el médico, para ver si hay alguna modificación”.

Además, menciona que “cuando se realiza el control, normalmente, se hace con el familiar. Si es un adulto mayor, si es un niño, o alguien que tenga alteración del estado de la conciencia, o no pueda recordar muy bien cómo toma sus medicamentos. Entonces, se hace ya sea con el cuidador o el familiar. Se anotan los medicamentos, se anota la fuerza, la frecuencia, la cantidad de comprimidos que recibimos, y el familiar que entrega eso, tiene que firmar la boleta, donde hace constancia de que eso fue lo que entregó”. Por otro lado, “se tiene al paciente que ingresa por el Servicio de Emergencias”. Estos son pacientes ingresados por el área de urgencias, por ende, en muchas ocasiones se desconocen algunos aspectos.

Por lo anterior, se denota que la atención que se da al paciente que ingresa al Hospital Metropolitano es de muy significativa, independientemente del área de donde se ha enviado (consulta externa, urgencias o trasladado de otro servicio o entidad), este es el punto de partida que permite identificar las necesidades iniciales que requiera el paciente. Este modelo conjuga las ventajas del hospital, ya que una buena valoración inicial al paciente, y dentro de la misma, una entrevista con el cuidador principal, son pieza clave para la buena evolución del paciente.

El cumplimiento de los aspectos básicos, anteriormente mencionados, es una contribución a los diferentes estándares hospitalarios que velan por la seguridad del paciente. Todo lo anterior deja claro que el ingreso hospitalario tiene funciones generales muy importantes dentro de la estructura del sistema hospitalario; además de que la admisión del paciente es una responsabilidad compartida con la oficina de admisión, el personal administrativo y el personal de salud.

4.2 Identificar los procedimientos para la recolección de información sobre medicamentos de pacientes pluripatológicos ingresados al centro médico de estudio y la funcionalidad de estos.

Se determina que, para la recolección de información necesaria para la hospitalización, es posible consultar a diversas fuentes como lo son la prescripción de atención primaria, la anamnesis del servicio de urgencias, los informes clínicos previos, el listado de la medicación, la bolsa de medicamentos y la entrevista clínica, a continuación, se detallan los aspectos más relevantes.

Para empezar, la prescripción de atención primaria es fuente de información de uso prioritario, ya que contiene información ordenada de los medicamentos, su prescripción y vigencia ⁸³. Se consideran importantes las prescripciones vigentes marcadas como activas por su médico de cabecera.

La anamnesis del Servicio de Urgencias, es información obtenida en el triaje y registrada habitualmente por un médico en formato libre al ingreso en el hospital por Urgencias⁴⁶.

Por otro lado, los informes clínicos previos incluyen todos los informes clínicos aportados por el paciente⁷⁹.

Otra fuente es el listado de medicación aportado por el paciente o cuidador, tanto manual como informatizado, en el caso de provenir de una residencia ⁸¹.

La bolsa de medicamentos habituales, es otra fuente de información, la bolsa es aportada por el paciente o cuidador. También forman parte de esta las cajas vacías o incluso sólo las solapas de las cajas de los medicamentos ⁸².

Por último, la entrevista clínica es una fuente protocolizada con el paciente (o su cuidador) ^{83,84,86}, de modo que se pudiesen aclarar o confirmar las informaciones

procedentes de las otras fuentes. La entrevista clínica con el paciente tiene como función aclarar la información dudosa extraída de las anteriores fuentes e indagar acerca de aspectos relacionados con el tratamiento previo al ingreso que permitan construir el perfil farmacoterapéutico habitual de cada paciente^{79,81}.

A los trabajadores del hospital, encuestados, se les solicitó que describieran la forma en que se recolecta la información de los usuarios ingresados al centro de salud. Según los resultados obtenidos, en el Hospital Metropolitano existen diversas formas de recolectar la información de los pacientes ingresados al centro de salud. Como se observa en la tabla 9, los procedimientos de recolección de información varían según la fuente de averiguación de donde provengan. Se podría decir que el proceso no es estandarizado, esto porque el personal sanitario del centro hospitalario no lo conoce del todo.

Tabla 12. Respuesta a pregunta 2. Forma en que se recolecta la información de los usuarios ingresados al centro de salud

| Encuestado | Método de recolección de la información |
|------------|--|
| 1 | Por formularios ya establecidos que toman la información del paciente y sus patologías, además de consentimientos informados. |
| 2 | Actualmente se lleva a cabo por parte del servicio de enfermería. Se tiene documentación donde se anotan antecedentes personales del paciente y tratamientos. |
| 3 | La información proviene del expediente médico del paciente. |
| 4 | Perfil fármaco terapéutico o expediente electrónico. |
| 5 | Se hace una entrevista inicial del paciente, recopilando información de un check list dónde contiene información demográfica del mismo así como APP y APQx., alergias, medicamentos y demás. |
| 6 | De forma verbal y posteriormente se digitaliza. |

Fuente: Diseño propio con base en las respuestas obtenidas de los funcionarios del Hospital Metropolitano

Una de las consultas hechas a los encuestados fue su opinión respecto a la técnica utilizada para recaudar la información sobre los medicamentos que consumen los usuarios a nivel de ingreso hospitalario, en la cual el 83% reconoce la técnica puesta en vigencia como buena. Por otro lado, para el 17% restante es deficiente.

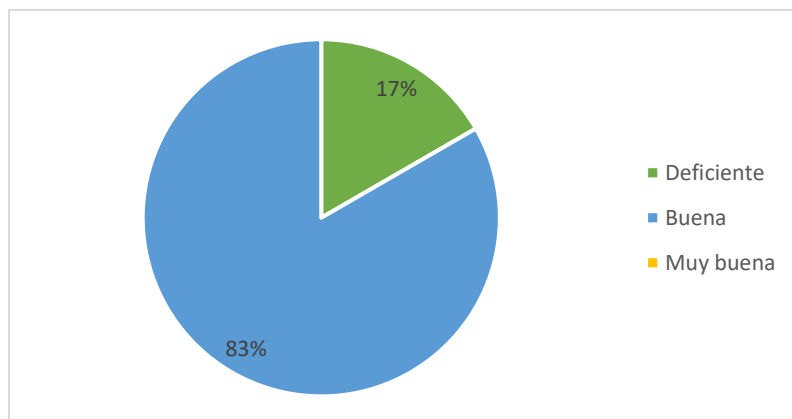


Figura 14. Respuesta a pregunta 3, ¿Qué opina de la técnica con que se recauda la información sobre los medicamentos que utilizan los pacientes a nivel de ingreso hospitalario?

Fuente: Diseño propio con base en las respuestas obtenidas de los funcionarios del Hospital Metropolitano

Del mismo modo, al consultarles cuánta efectividad se le atribuye a la técnica de recolección de información de medicamentos puesta en vigencia en el servicio de ingreso hospitalario, el 83% de los encuestados la considera efectiva, pero podría mejorar, ya que al mejorar se le proporciona al paciente mayor seguridad. Mientras que el 17% difiere sobre esto, votando que la técnica es poco efectiva porque se escapa información vital.

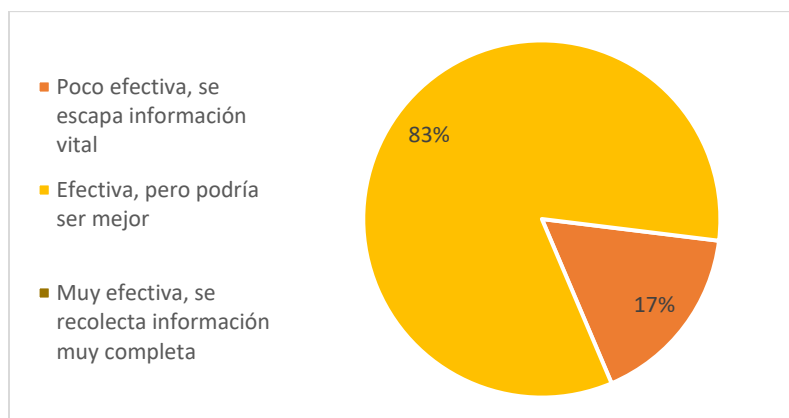


Figura 15. Respuesta a pregunta 5, Efectividad atribuible a la técnica de recolección de información de medicamentos puesta en vigencia en el servicio de ingreso hospitalario.

Fuente: Diseño propio con base en las respuestas obtenidas de los funcionarios del Hospital Metropolitano

4.3 Reconocer posibles factores vinculados a discrepancias en el método de conciliación del tratamiento farmacológico para pacientes pluripatológicos y sus implicaciones en la coordinación multidisciplinaria del centro médico de estudio.

Como se explicó con anterioridad, la discrepancia es la existencia de al menos una diferencia entre un medicamento (en la posología o en la vía de administración del mismo) de la información recogida de la medicación domiciliar y la prescrita en la actual orden médica. Un aspecto importante de las discrepancias es que la existencia de una, no implica necesariamente que se produzca un error de medicación^{77,83}. De acuerdo con la encuesta realizada al personal que labora para el hospital, bajo la experiencia de los encuestados, el 50% refiere que los errores más comunes se generan por causa de interacciones medicamentosas, mientras que otros las relacionan con la falta de información, la polimedición, entre otros.

Tabla 13. Respuestas a pregunta 12, ¿Cuáles son los errores más comunes que se generan en el servicio de ingreso hospitalario?

| Encuestados | Errores comunes en los ingresos hospitalarios |
|-------------|--|
| 1 | Que el paciente no brinde información completa de alergias y medicamentos o no lo sabe |
| 2 | Interacciones, error de prescripción |
| 3 | Errores de administración, interacciones |
| 4 | Interacciones, duplicidad de tratamiento |
| 5 | No recuerdo algún caso puntual que haya observado |
| 6 | Pérdida en la cadena de frío |

Fuente: Diseño propio con base en las respuestas obtenidas de los funcionarios del Hospital Metropolitano

Respecto a esto, es necesario considerar que las situaciones que conllevan a la aparición de discrepancias se pueden vincular a factores dependientes del paciente y a elementos propios del hospital⁷⁰⁻⁷⁷.

4.3.1 Factores dependientes del Paciente

Según los diversos estudios en torno al tema, los factores propios del paciente se derivan de la edad, sexo, polimedicación y pluripatologías.

4.3.1.1 Edad

Como se observa en diversos estudios^{84,85,86}, los pacientes mayores de 65 años presentan de modo significativamente estadístico más del doble de errores de medicación que los adultos menores de 65 años.

4.3.1.2 Sexo

De acuerdo con el estudio de Pérez Parante⁷⁷, las mujeres tienen más probabilidad de sufrir una discrepancia no justificada en comparación con los varones.

4.3.1.3 Nivel académico

El estudio de Pérez Parante⁷⁷, también asocia el nivel de estudio en función a las discrepancias, dando como resultado que, a menor nivel académico mayor la probabilidad de sufrir una discrepancia.

4.3.1.4 Polimedicación

Respecto a la polimedicación^{87,88}, se ha efectuado una comparación de que a los pacientes que llevan medicamentos de uso domiciliario, se les ha detectado al menos una discrepancia no justificada, frente a aquellos en los que no se ha presentado ninguna. Se considera que, a mayor número de medicamentos domiciliarios activos, mayor la probabilidad de sufrir una discrepancia no justificada.

En un estudio⁷⁷ se calculó si la media del número de discrepancias no justificadas se encontraba relacionada, de forma significativamente estadística, con la presencia o no de medicamentos de alto riesgo, y de medicamentos de baja o nula utilidad terapéutica, que presentaban prescritos los pacientes del estudio. Se detectó un mayor número de discrepancias no justificadas (prácticamente el doble) en aquellos pacientes que presentaban algún medicamento de alto riesgo entre su medicación domiciliaria, obteniéndose una diferencia significativamente estadística entre ambos grupos ($p=0,007$).

En la relación entre el número medio de discrepancias no justificadas en función de la presencia o no de medicamentos de baja utilidad terapéutica, puede observarse que en aquellos pacientes que presentan algún medicamento de baja utilidad terapéutica entre su medicación domiciliaria se contabilizan más del doble de discrepancias no justificadas que

en el grupo de pacientes que no presentaban ningún medicamento perteneciente a este grupo, se obtuvo una diferencia significativamente estadística entre ambos grupos ($p=0,011$)⁷⁷.

Con base en lo referido por los encuestados del Hospital Metropolitano, los medicamentos que más se relacionan con discordancias son los tratamientos de uso crónico, dejando en evidencia que el uso de múltiples medicamentos es fuente de discrepancias para los pacientes que son hospitalizados.

Tabla 14. Respuesta a pregunta 13, ¿Cuáles son los medicamentos que más se relacionan con discordancias y por qué?

| Encuestado | Medicamentos con discordancias |
|------------|---|
| 1 | Antihipertensivos, anticoagulantes. |
| 2 | Tratamientos antihipertensivos, para diabetes ya que el paciente en ocasiones no indica que padece de algo. También se da por la atención de múltiples especialistas en un solo paciente y en ocasiones no se revisan las indicaciones del otro médico. |
| 3 | Analgésicos. |
| 4 | Aines, ya que los envían en conjunto. |
| 5 | Tratamientos crónicos. |
| 6 | No recuerdo. |

Fuente: Diseño propio con base en las respuestas obtenidas de los funcionarios del Hospital Metropolitano

4.3.1.5 Pluripatologías

El progresivo envejecimiento de la población se acompaña de una elevada prevalencia de personas con ciertas condiciones de fragilidad, entre las que cabe mencionar la acumulación de dos o más enfermedades crónicas, lo cual los convierte en pacientes pluripatológicos⁷¹. Estos pacientes demandan una elevada utilización de recursos sanitarios y, para mejorar la calidad de su atención y la eficiencia en el manejo de los recursos sanitarios y sociales puestos a su disposición, requieren una gestión sistemática de asistencia que se encuentre a la vanguardia⁸⁸.

Estudios publicados comprueban que la relación entre comorbilidades y discrepancias es real, tanto las comorbilidades principales (insuficiencia hepática,

insuficiencia renal, hipertensión arterial, asma/EPOC, insuficiencia cardiaca, dislipemia y obesidad), como el total de comorbilidades presentes en los pacientes que ingresan a un hospital^{87,88}.

Con base en la pluripatología, los trabajadores encuestados del Hospital Metropolitano, mencionan que, bajo su opinión, un paciente clasificado como pluripatológico es aquel que presenta distintas comorbilidades. En la tabla 15, se muestran sus opiniones al respecto.

Tabla 15. Respuesta a la pregunta 9, ¿Quién es un paciente clasificado como pluripatológico?

| Encuestado | Definición de pluripatología |
|-------------------|--|
| 1 | Aquel con diferentes patologías. |
| 2 | Aquel paciente que padece tres o más enfermedades concomitantes. |
| 3 | Que padece varias enfermedades concomitantemente. |
| 4 | Pacientes con varias enfermedades crónicas. |
| 5 | Aquellos pacientes con múltiples patologías. |
| 6 | Usuario con muchas patologías. |

Fuente: Diseño propio con base en las respuestas obtenidas de los funcionarios del Hospital Metropolitano

Según lo anterior, el 67% de los encuestados considera que la atención brindada a un paciente pluripatológico varía en comparación a la de un paciente no pluripatológico. Alrededor de esto, la encargada de la Jefatura de enfermería, manifiesta que la atención varía dependiendo de la condición de cada paciente. Relata que sí tienen un trato distinto por condición, ya que se les tiene que brindar mejor atención a los pacientes pluripatológicos, pues hay que estar más pendiente. Entonces, sí hay una pequeña diferencia en el manejo.

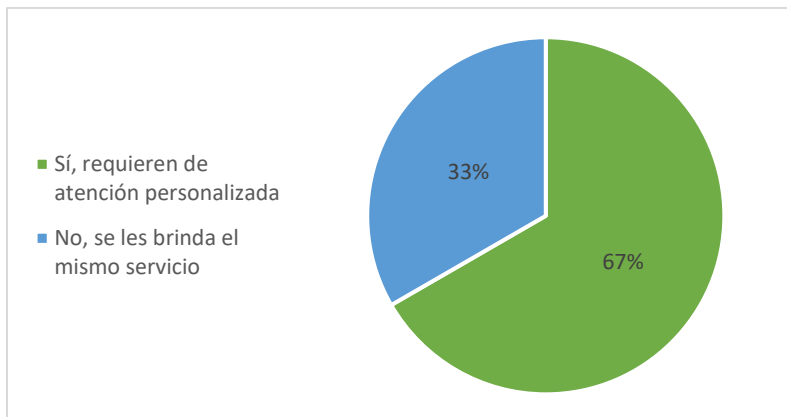


Figura 16. Respuesta a la pregunta 10, ¿La atención brindada a un paciente pluripatológico varía en comparación a la de un paciente no pluripatológico?

Fuente: Diseño propio con base en las respuestas obtenidas de los funcionarios del Hospital Metropolitano.

4.3.2 Factores propios del hospital

4.3.2.1 Tipo de ingreso hospitalario

Pérez Parantes⁷⁷, demuestra que hay un 63% más de probabilidad de presentar una discrepancia no justificada en el ingreso por Urgencias que por los ingresos programados. Los ingresos que se programan presentan una tasa menor de errores de medicación y por ende de discrepancias, lo cual es lógico, teniendo en cuenta que estos pacientes han pasado por una preconsulta previa a su ingreso. En dicha consulta se le realiza una exploración física al paciente y se recoge, de forma minuciosa, su medicación domiciliaria, comorbilidades, alergias e intolerancias con el objetivo de evitar posibles problemas durante la estancia o la cirugía. Todos estos datos son recogidos en la historia clínica del paciente, con lo que el responsable al ingreso del paciente, dispone de una historia clínica actualizada.

4.3.2.2 Duración de la entrevista clínica

Existen escasos estudios relacionados con el tema, en el estudio de Pérez Parante⁷⁷, se muestran datos sobre la duración de la entrevista clínica en caso de que esta se realice. En este, la duración de entrevista clínica más frecuente se estableció entre 15 y 30 minutos.

La organización de un circuito de conciliación y su aplicación diaria requiere invertir tiempo, especialmente al inicio del proceso y en determinadas etapas. La entrevista al paciente acerca de su medicación suele ser el paso que más tiempo precisa. La mayoría de los estudios lo establecen entre 10 y 30 minutos por paciente, aunque algunos autores

describen tiempos más largos⁸⁸. Se ha demostrado que una detallada entrevista clínica reduce los errores de medicación, y los futuros tiempos de trabajo asociados con la farmacoterapia del paciente ⁸⁹.

A los encuestados del Hospital Metropolitano se les consultó el promedio de tiempo que tarda el proceso de recolección de información medicamentosa de un usuario que ingresa al hospital. Pero como el 50% de los encuestados forma parte del área de Farmacia, desconocen el tiempo que se le da al proceso.

Según los encuestados que respondieron, la duración de la entrevista varía de entre 10 minutos a 1 hora. Como se muestra en la tabla 16, las respuestas difieren muy poco, el 50% de los encuestados refiere que se tarda un periodo frecuente de 30 minutos o menos, mostrando así, que las entrevistas en el Hospital Metropolitano cuentan un periodo establecido de media hora, aproximadamente.

Tabla 16. Respuesta a pregunta 4, ¿En promedio, cuánto tiempo tarda el proceso de recolección de información medicamentosa de un usuario que ingresa al hospital?

| Encuestado | Duración de la entrevista |
|-------------------|--|
| 1 | 20-30 minutos |
| 2 | Desconozco |
| 3 | Lo desconozco, este proceso lo lleva a cabo o el médico o la enfermera |
| 4 | 1hora, aproximadamente |
| 5 | 20 minutos |
| 6 | De 10 a 15 minutos |

Fuente: Diseño propio con base en respuestas obtenidas de los funcionarios del Hospital Metropolitano

4.3.2.3 Coordinación multidisciplinar

La coordinación asistencial involucra que todos los servicios relacionados con la atención a la salud, se sincronicen y se alcance un objetivo común, sin que se produzcan conflictos, duplicidades o carencias. Cuando la coordinación alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada ⁹⁰. Lo cual sugiere que el ingreso hospitalario es una labor multidisciplinaria que implica trabajar en equipo.

Según los encuestados, en el Hospital Metropolitano la cooperación multidisciplinar es buena. Para entrar en detalle sobre este factor, los estudios sugieren que, la principal

causa de la elevada frecuencia de errores medicamentosos son los cambios de ámbito asistencial, los déficits de comunicación y la mala disponibilidad de la información relativa al paciente, que constituye a su vez uno de los principales motivos de aparición de EA directamente atribuibles al sistema sanitario fraccionado en niveles, áreas, centros, entre otros, donde un mismo paciente recibe la atención por parte de múltiples profesionales de la salud ⁹⁰.

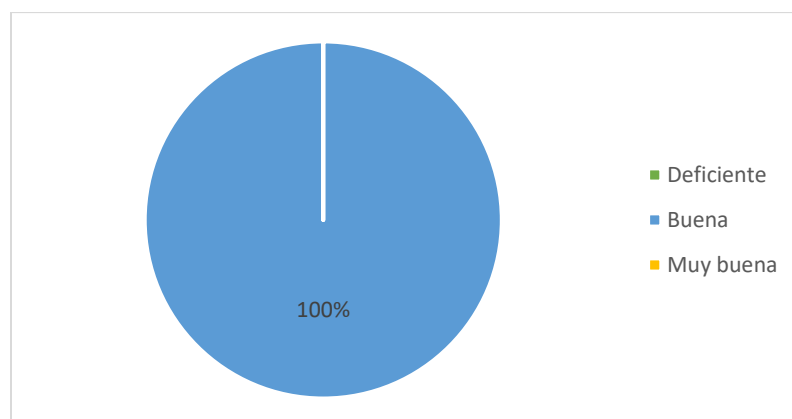


Figura 17. Respuesta a pregunta 6, ¿Cuál es su opinión sobre la cooperación multidisciplinaria que hay en el centro de salud?

Fuente: Diseño propio con base en las preguntas encuestadas a los funcionarios del Hospital Metropolitano

Entonces, de acuerdo con la bibliografía consultada, el punto primordial donde se producen principalmente las discrepancias son las transiciones asistenciales del paciente: ingreso, traslado interno o externo y alta del paciente ⁸⁶. Esto se debe a la falta de la continuidad asistencial, por ser el resultado del grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención sanitaria que percibe el paciente a lo largo del tiempo.

La continuidad asistencial ⁹⁰ va ligada a la información de episodios anteriores para dar una atención apropiada a sus necesidades actuales, a la relación que es la percepción del paciente sobre el trato que establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores de salud; así como también, la provisión de los diferentes tipos de atención sanitaria, de manera que estos se complementen entre sí y no se dupliquen.

Según la encuesta, el 67% de los profesionales sanitarios encuestados opina que cuando a un paciente se le realiza una transición asistencial, se hace cambio del personal que lo asiste. En relación a esto, la jefa de Enfermería comenta que sí se hace cambio de personal, haciendo referencia a que, si el paciente está en el área de Urgencias y pasa a

hospitalización, hay cambio del personal que asiste, pues cada departamento tiene su grupo establecido. Además, que siempre rotan al personal en los diferentes departamentos.

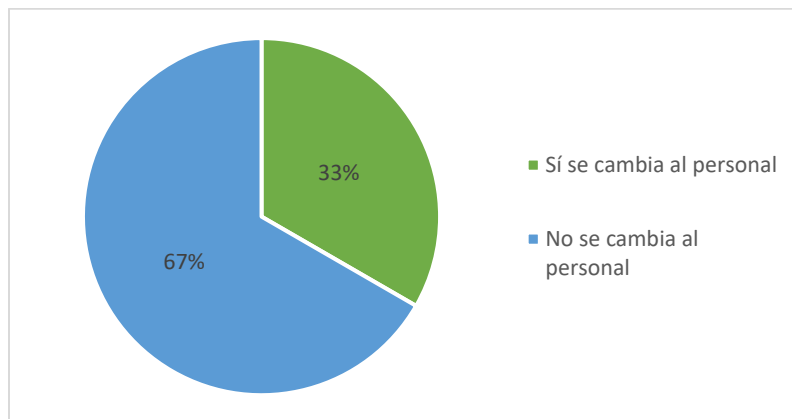


Figura 18. Respuesta a la pregunta 7, cuando en hospital se realiza una transición asistencial a un paciente, ¿se hace cambio del personal que lo asiste?

Fuente: Diseño propio con base en las respuestas obtenidas de los funcionarios del Hospital Metropolitano

Conforme a lo anterior, se consultó a los encuestados si sabían de la existencia de un encargado que se detenga a comparar la medicación que el paciente toma con el fin de encontrar posibles desigualdades (Figura 20). Sobre esto, se obtiene que el 50% de los encuestados refiere que sí hay un encargado. Mientras que el 33% describe que no hay alguien específico para esta labor. Por otro lado, el 17% restante, describe que el encargado es el siguiente nivel asistencial al que vaya dirigido el paciente. Esto quiere decir que no se conoce con certeza el proceso adecuado de cómo o quién debe ser responsable, o no se ha estandarizado dicho proceso.

La entrevistada, por su parte, relata que cuando el traslado es desde Emergencias, los encargados del paciente suben y ellos propiamente entregan al paciente, pero casi siempre, en Emergencias, no utilizan los medicamentos crónicos que el paciente consume. Entonces, ellos lo que hacen es dar la medicación de impregnación y las nuevas indicaciones. Ellos también tienen una valoración un poco más pequeña, pero además viene lo que son los medicamentos del hogar. Normalmente, los encargados de Emergencias informan al siguiente nivel si el familiar tiene que traer un medicamento, si ellos hicieron la conciliación o si hay que hacer la conciliación que ellos nos lleven los medicamentos.

En este sentido, se podría atribuir esta situación a que la mayor parte de los momentos de transición de los pacientes entre niveles asistenciales va acompañada de una carga para el profesional sanitario, independientemente de los recursos de la institución sanitaria^{94,93}. A ello se suma que, en muchas ocasiones, el ingreso hospitalario ocurre una situación de urgencia, lo que deja poco tiempo para comprobar rigurosamente el tratamiento previo del paciente. En muchos de estos casos, se deben tomar decisiones rápidas y la atención se centra en el problema actual, quedando de lado los tratamientos crónicos.

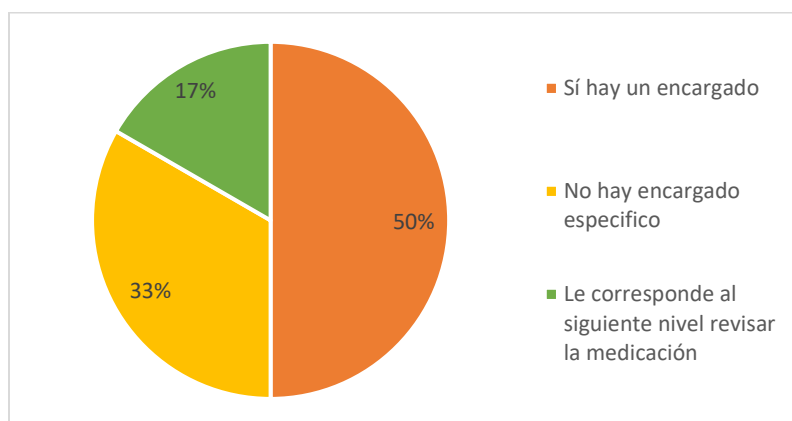


Figura 19. Respuesta a la pregunta 8, a la hora de realizar una transición asistencial, ¿existe un encargado que se detenga a comparar la medicación que el paciente toma con el fin de encontrar posibles desigualdades?

Fuente: Diseño propio con base en las respuestas obtenidas de los funcionarios del Hospital Metropolitano.

El alta médica también va acompañada de mayor presión asistencial dada la necesidad de acortar tiempos de atención, así como la necesidad de ingresar o admitir a nuevos pacientes, como consecuencia de la posible saturación de los sistemas sanitarios. En el alta, se requiere la conclusión de todos los procesos abiertos relativos al paciente y se exige la coordinación de enfermería, médicos, farmacéuticos, familiares, entre otros, que muchas veces se hace de una manera precipitada, de allí que el alta hospitalaria también sea un periodo donde se pueden generar discrepancias⁹¹.

4.3.2.4 Operatividad del centro de salud

Para asegurar que la CM se realice de forma adecuada y en todos los pacientes por igual, es necesaria una buena organización y sistematización. La falta de homogeneidad en terminología y metodología de la CM es una limitación importante que confunde a los

profesionales y dificulta medir los resultados y el impacto de la CM ⁹¹. Por tanto, se torna vital distinguir las discrepancias justificadas (ya sea por la situación clínica que presente el paciente o por el juicio clínico del responsable de este), de aquellas no justificadas (que son las que sí se consideran errores de medicación), pudiendo distinguir las diferentes situaciones que se englobarían en una u otra clasificación.

En relación a este tema, se le consultó a los encuestados que mencionaran bajo qué parámetros son medidas las discrepancias no justificadas que se presentan en el centro de salud (figura 20). Como resultado a esta pregunta, el 67% de los encuestados refiere desconocer la referencia con que son medidas, con ello, se puede observar que las personas que laboran en el centro médico no tienen idea de la aplicación de este término bajo situaciones reales que se puedan presentar. El 33% restante menciona referencias que no aplican en el centro de salud, porque en realidad este parámetro no es medido en el Hospital Metropolitano.

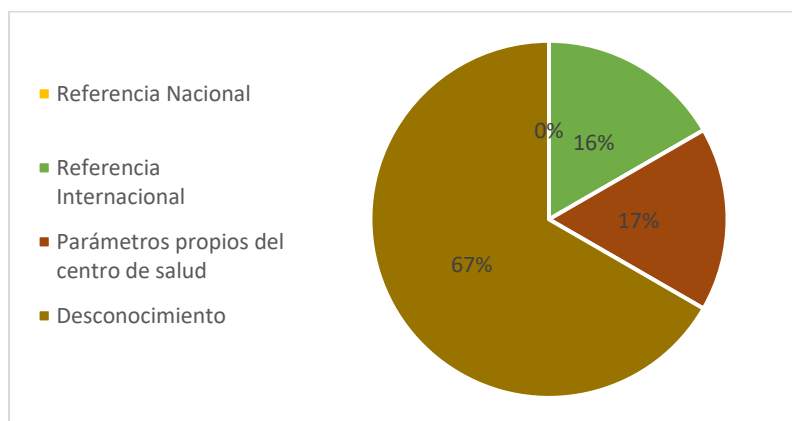


Figura 20. Respuesta a pregunta 11, ¿Bajo qué parámetros son medidas las discrepancias no justificadas que se presentan en el centro de salud?

Fuente: Diseño propio con base en las respuestas obtenidas de los funcionarios del Hospital Metropolitano.

Por todo ello, para las diferentes organizaciones de la salud es un objetivo prioritario la estandarización de todos los procesos de la CM, así como establecer formas sencillas de medición de sus resultados y su impacto en salud o en el sistema⁸⁵. Se han propuesto distintas clasificaciones del tipo de discrepancias detectadas⁸³⁻⁹², aunque todas ellas resultaban bastante similares entre sí. La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, quien en el año 2009 publicó una clasificación de las discrepancias que presentó en su “documento de consenso en terminología y clasificación en conciliación de la medicación”

⁷². En este documento las discrepancias eran clasificadas como discrepancias justificadas y no justificadas.

El Canadian Safety Patient Institute⁷⁶, en su campaña Safer Healthcare Now orienta a los profesionales a distinguir entre las discrepancias intencionadas y no intencionadas que se detectaban. Si una vez que la discrepancia no justificada era detectada y se informaba al facultativo responsable del paciente, éste mantenía su prescripción inicial, se podía hablar de discrepancia intencionada, que, aunque podía no ser un error en sí misma, sí que podía ser el origen de un error en el futuro. Si esa discrepancia no justificada era corregida en la orden médica al no haber sido producida de manera consciente, se hablaba entonces de discrepancia no intencionada o error de medicación.

En otro estudio llevado a cabo por Arora et al ⁸⁸, las discrepancias fueron clasificadas en: discrepancias sin necesidad de aclaración y discrepancias que requieren aclaración. Las primeras son aquellas que se encuentran justificadas por cambios en la situación clínica del paciente. Las discrepancias que requieren aclaración son aquellas producidas debido a una omisión en la medicación necesaria, el inicio no justificado de una nueva medicación, el cambio de vía de administración, dosis o frecuencia sin justificación clínica, la existencia de una duplicidad, interacción medicamentosa, el mantener pauta una medicación contraindicada durante el ingreso o la existencia de una prescripción médica incompleta.

Algunos profesionales sanitarios no son conscientes de la transcendencia de los EC y sólo ven la CM como la adición de nuevas tareas. Hay que transmitir que la CM no es un proceso adicional, sino la reorganización y sistematización de una buena práctica clínica habitual, que es recoger de la forma más fiable la medicación previa del paciente y utilizarla para prescribir o validar un tratamiento. Por eso, a la larga, la CM no debería suponer más tiempo sino al contrario, ya que evita repetir el mismo proceso en cada transición sanitaria, al sólo exigir la actualización de la información ya disponible⁹¹.

La CM también evita la aparición de EA que requieren más tiempo y esfuerzo para ser detectados. Sin embargo, en las circunstancias actuales, abarcar la CM de todos los pacientes de una institución y en todas las transiciones asistenciales es casi utópico. En este sentido, una estrategia adecuada puede ser hacer una CM selectiva en función del riesgo de aparición de EC, al igual que no centrarse en completar formularios minuciosamente sino

más bien en garantizar la seguridad del tratamiento del paciente en la mayor medida posible⁷⁸.

4.3.2.5 Herramientas electrónicas

Distintos estudios muestran que la utilización de algún tipo de herramienta electrónica en el proceso de atención al paciente, disminuye la prevalencia de errores de medicación, y por tanto la posibilidad de que se produzcan discrepancias⁷⁶.

La ausencia de plataformas clínicas y sistemas de prescripción unificados o suficientemente interconectados entre los distintos ámbitos de atención sanitaria constituyen la principal razón de la aparición de EC. El acceso a la información farmacoterapéutica es clave para el éxito de la CM. Los sistemas sanitarios desarrollados están invirtiendo grandes esfuerzos en mejorar este aspecto y encontrar canales de comunicación efectivos, así como impulsar los registros clínicos electrónicos unificados o accesibles a diferentes niveles.

Las nuevas tecnologías, permiten a los centros de salud ir desarrollando bases de datos informáticas que facilitan notablemente la CM, tales como la historia clínica electrónica, programas de prescripción electrónica asistida, etc., aunque en la mayoría de los casos no existe la posibilidad de un sistema único de acceso abierto para compartir la información entre los distintos ámbitos de atención primaria y especializada^{85,88}. Por otro lado, muchas instituciones y servicios todavía trabajan con registros en papel, lo que dificulta notablemente el acceso a la información, incluso dentro de un mismo centro.

Schnipper et al⁸⁵, utilizaron durante la realización de su estudio una herramienta informática para realizar el proceso de conciliación. Con dicha herramienta, estos autores consiguieron disminuir un 28% el porcentaje de discrepancias no justificadas en los dos centros en los que se realizó dicho estudio.

Poole et al⁸⁶, también introdujeron una herramienta electrónica de soporte en el proceso de conciliación al alta, dicha herramienta, generaba un registro de administración de los medicamentos online al que podían acceder desde centros de distintos niveles asistenciales. Con esto consiguieron aumentar en un 65% la resolución de la cantidad de discrepancias encontradas.

Boockvar et al⁸⁷, fueron un poco más allá y crearon una aplicación que actuaba sobre distintos puntos del proceso de conciliación farmacoterapéutica, con la que

consiguieron disminuir en un 43% el número de RNM debido a los errores producidos por cambios en la prescripción de la medicación de estos pacientes.

Como se demuestra en dichos estudios, la evolución de los procesos de atención sanitaria va dirigida hacia la digitalización de la documentación, la existencia de distintos softwares de salud da la oportunidad de elegir el que mejor convenga al centro de salud, de acuerdo con el programa de prescripción electrónica (PEA) que se desee emplear.

Contar con un programa médico⁹³ es tener una herramienta tecnológica que se enfoca en mejorar, asistir y apoyar las actividades diarias de la gestión de un centro de salud, en cualquier especialidad, automatizando procesos administrativos, como puede ser el programa informático HuliPractice o BlueEHR. En el caso del Hospital Metropolitano, esto facilita la obtención de una correcta comunicación entre el profesional de la salud y el paciente, asegurando la privacidad y confiabilidad de los datos y con un manejo sencillo a través de una plataforma tecnológica fácil de utilizar.

4.3.2.6 Falta de recursos que faciliten el proceso de CM

El diseño de herramientas específicas para conciliar y registrar la medicación del paciente, así como dotar al proceso con suficiente personal formado; son factores clave para que la CM pueda ser una realidad y por consiguiente disminuir los errores de medicación. La tecnología se enfrenta a un reto importante que a veces enlentece su avance, garantizar la confidencialidad de los datos y la seguridad en el acceso de la información^{84,88}.

4.4 Proponer una guía de conciliación de medicamentos al ingreso hospitalario de los pacientes pluripatológicos que se reciben en centro médico de estudio, para la estandarización del proceso vigente.

En definitiva, la creación de un protocolo de CM y el apoyo de todo el equipo multidisciplinar que interviene en el proceso del medicamento, es fundamental para que los programas de CM se implanten correctamente y sean efectivos⁹¹. Según la encuesta, el 100% de los encuestados reconoce comprender el proceso de conciliación farmacoterapéutica.

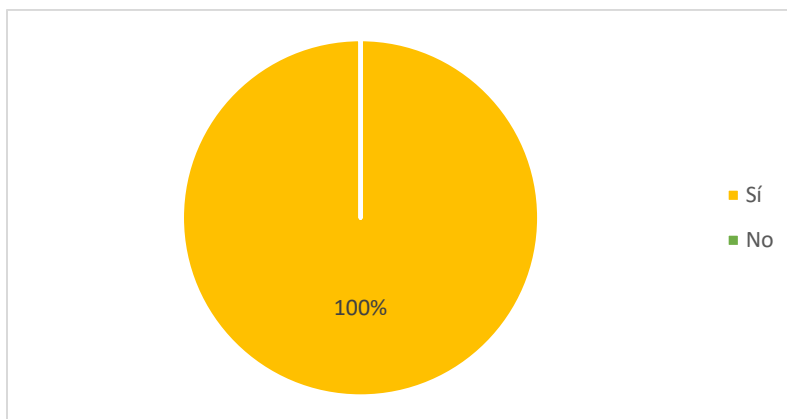


Figura 21. Respuesta a la pregunta 15, ¿Sabe usted de qué se trata la conciliación de medicamentos?

Fuente: Diseño propio con base en las respuestas obtenidas de los funcionarios del Hospital Metropolitano.

Con base en el conocimiento de los funcionarios respecto al proceso de CM, ellos opinan que en el país debería existir un protocolo oficial para la realización de la conciliación de medicamentos a nivel de los servicios de salud nacionales, y cada hospital adaptarlo con base en su realidad diaria (ver tabla 17).

Tabla 17. Respuesta a la pregunta 16, ¿Qué opina de que en el país no haya un protocolo oficial para la realización de la conciliación de medicamentos a nivel de los servicios de salud nacionales?

| Encuestado | Opinión respecto a protocolos oficiales |
|------------|---|
| 1 | Sería bueno que exista una guía estándar a nivel nacional, sin embargo, cada centro hospitalario debe adaptarlo a sus requerimientos. |
| 2 | Debería normalizarse el proceso a nivel nacional, que cada centro adapte esas guías a su realidad institucional. |
| 3 | Una lástima. |
| 4 | Falta mucha información y protocolos que realizar. |
| 5 | Debería haber un standard para este proceso, es de suma importancia para el bienestar y evolución del paciente hospitalizado. Además de una homogenización de los procesos en cualquier sitio de trabajo. |
| 6 | Un proceso deficiente y burocrático. |

Fuente: Diseño propio con base en las respuestas obtenidas de los funcionarios del Hospital Metropolitano.

Debido a esto, los propios centros de salud y sus directivos son sumamente necesarios para que funcione la CM, ya que son responsables de exigir y facilitar la creación de equipos multidisciplinares que se encarguen de promoverla, implantarla y coordinarla. Así mismo, deben asegurarse de que el hospital disponga de recursos materiales y humanos, protocolos consensuados y conocidos por todos, herramientas de trabajo ya sean informáticas o de papel y un adecuado acceso a la información del paciente con el adecuado asesoramiento farmacéutico⁷⁹.

Sobre este tema, la encargada de la Jefatura de Enfermería, indica que se está aplicando en la sede de Lindora una nueva metodología, que encamina al Hospital Metropolitano a mejorar la coordinación multidisciplinaria; el plan piloto consiste en realizar visitas multidisciplinarias, todos los días entre semana, a las 9:00 am. Entonces, hay un representante de Enfermería, un representante de Farmacia, otro de Laboratorio, uno de Fisioterapia, uno de Terapia Respiratoria, uno de Nutrición y un Coordinador de Enfermería.

Es así como todo este grupo multidisciplinar, entra a cada habitación revisando la progresión de cada paciente. Según relata la entrevistada, el enfermero a cargo hace la entrega del paciente, entonces, en ese mismo momento se van abordando situaciones sobre medicación, donde de una vez se hace la intervención. Entonces, las visitas han ayudado a mejorar lo que es el trabajo en equipo entre las diversas disciplinas. Beneficiando al paciente, porque inmediatamente se hace el abordaje de dudas. Por ende, las visitas ayudan a que se integre un poco más lo que es el trabajo en equipo.

4.4.1 Reconocimiento de la importancia de la Conciliación Farmacoterapéutica

A pesar de todos los avances en investigación y prevención de los errores de medicación, aún queda mucho camino por recorrer. La finalidad de desarrollar programas de Conciliación Farmacoterapéutica es la de prevenir los posibles errores de medicación, una manera es detectar y poder clasificar la gravedad de estos errores, además de poder así cuantificar la potencial repercusión que estos presentan sobre el paciente⁷⁹.

El desarrollo de un proceso de conciliación farmacoterapéutica es de suma importancia, como ejemplo de su trascendencia se toma una de las preguntas encuestadas, en dicha pregunta, se les consultó a los encuestados sobre qué hacer cuando un paciente trae un medicamento de uso crónico desde su hogar al hospital para consumirlo (ver tabla

18), el 67% de los encuestados confirmó que bajo esta situación existe una formalidad a seguir, sin embargo, las respuestas fueron variadas. Inicialmente, indican que el medicamento se debería entregar a enfermería, por otro lado, se menciona que se hace entrega a Farmacia del medicamento y también se habla de la existencia de una hoja de conciliación. Mientras que el 33% restante, opina que no existe algún tipo de formalidad que se deba cumplir.

Tabla 18. Respuestas a la pregunta 14, ¿hay algún tipo de formalidad que se deba cumplir o el cuidador puede brindarle el medicamento?

| Encuestado | Proceso de CM en el Hospital Metropolitano |
|------------|---|
| 1 | Sí, existe una hoja de recolección de la información respecto a medicamentos que el paciente entrega a enfermería. |
| 2 | Sí, lo ideal es que sea entregado al departamento de enfermería para la administración según indicación del médico tratante. |
| 3 | No se realiza ninguna formalidad. |
| 4 | Debe entregarse a farmacia para garantizar su estabilidad y ser etiquetado respectivamente. |
| 5 | Si la hay, lo ideal es que sea enfermería quién administre los medicamentos, sin embargo, hay pacientes que se niegan a realizarlo y son ellos quienes se dejan el tratamiento en la habitación para su administración. |
| 6 | Existe una hoja de conciliación |

Fuente: Diseño propio con base en las respuestas obtenidas de los funcionarios del Hospital Metropolitano

Un programa de CM requiere una inversión económica tanto en recursos como en personal, ya que se trata de un proceso relativamente complejo. Sobre esto, se reconoce que la CM podría ser empleada específicamente a un grupo de pacientes en particular, el 50% de los encuestados opinan que la CM sea dirigida a pacientes con tratamientos de uso crónico. Por otro lado, un 33% considera que debe ir dirigido a los pacientes adultos mayores. Y el 17% restantes, opina que sea dirigido a todos los pacientes hospitalizados.

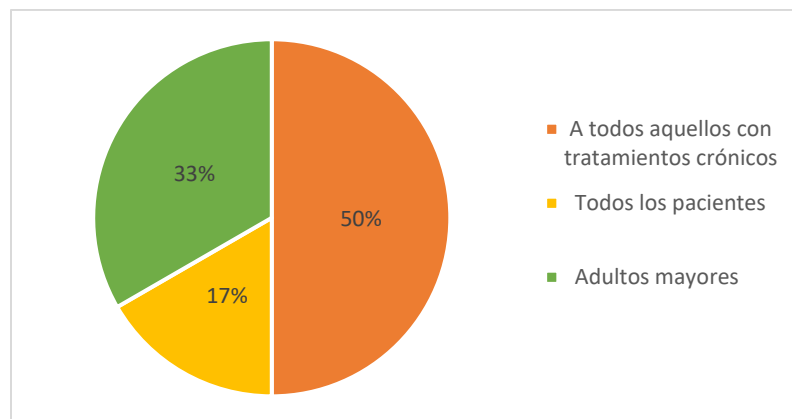


Figura 22. Respuesta a la pregunta 18, ¿A qué población en particular considera que deba ir dirigida la conciliación de medicamentos?

Fuente: Diseño propio con base en las respuestas obtenidas de los funcionarios del Hospital Metropolitano.

La implantación de la CM está muy impedida si hay un déficit de personal preexistente. Este esfuerzo económico inicial se suele compensar posteriormente, ya que la CM elimina trabajo duplicado al evitar recoger la información sobre la medicación cada vez que el paciente ingresa o accede a un servicio sanitario. Además, es posible que el adecuado manejo de los medicamentos reduzca los costes asociados a problemas relacionados con la medicación, aunque esto aún no está demostrado⁸⁰.

Los errores de medicación, llevan asociado un coste asistencial y económico muy elevado. Esto es debido a que el problema de salud que estos errores generan en el paciente suele precisar atención sanitaria para ser resueltos, lo que conlleva un gasto para el sistema. Esa inversión podría ser mejor utilizada si se invierte en la conciliación de medicamentos y no en las repercusiones de los errores de medicación⁸⁰.

4.4.2 Conciliación fármaco-terapéutica e instituciones internacionales que la respaldan

Sobre esto, existen diversas instituciones internacionales que respaldan la conciliación farmacoterapéutica como una medida que debe utilizarse en todas las instituciones sanitarias. Inicialmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO)¹⁰⁻¹⁴, mantiene la CM como un punto de acción prioritaria dentro de su actual propuesta, Global Patient Safety Challenge #3, Medication Without Harm, lanzado en el año 2017. Anteriormente, también formó parte de importantes campañas para la seguridad del

paciente como Patient Safety Solutions: Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care, y The High 5s Project: Action on Patient Safety.

El Institute for Safe Medication Practices (ISMP)^{63,77}, es una importante institución internacional sin ánimo de lucro que viene apoyando y promocionando desde 2005 la implantación de la CM como práctica para el uso seguro de los medicamentos en los diferentes países donde se encuentran sus sedes. Refiere sus recomendaciones sobre CM a las publicadas por el Institute of Healthcare Improvement en 2011.

El ISMP-Canadá ^{12,63} cuenta con un proyecto propio ampliamente desarrollado junto con otras instituciones para la calidad y la seguridad en salud del país, con una amplia variedad de documentos y protocolos para implantar y realizar la CM, que han servido como referencia a otras instituciones. EL ISMP-España¹² viene promoviendo la CM a través de los boletines de recomendaciones para la prevención de errores de medicación que publica periódicamente.

La Joint Commission on Accreditation of Health Organizations (JCAHO)¹⁰⁻¹³, es una institución estadounidense que alcanza una repercusión global a través de su brazo internacional, la Joint Commission International (JCI). Para la acreditación de las instituciones sanitarias, la JCAHO tiene publicados los National Patient Safety Goals (NPSG). La CM está incluida en el Goal #3 ("Improve the safety of using medications") como requerimiento 03.06.01, "Maintain and communicate accurate patient medication information".

El NPSG-03.06.01^{11,77}, especifica que la CM debe realizarse en todos los ámbitos asistenciales, tanto al ingreso como al alta, debe participar el paciente o sus cuidadores, y debe facilitarse información y formación para que tanto paciente como profesionales colaboren activamente en la adecuada continuidad de los tratamientos. Asimismo, la JCAHO tiene en consideración las limitaciones presentes al día de hoy para una implementación efectiva de la CM en todos los ámbitos, y menciona que al menos debe existir el propósito, aunque no se pueda materializar en todos ellos.

Por otro lado, Comisión Europea¹², incluye la CM entre una serie de buenas prácticas recomendadas para el uso seguro de los medicamentos en el marco de los países de la Unión Europea que se recogen en el documento Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices. Esta guía fue redactada en 2006

por un grupo de expertos en la materia, pero desde 2012 estas prácticas vienen siendo revisadas y reevaluadas dentro del proyecto Union Network for Patient Safety and Quality of Care - PaSQ Joint Action para consensuar cuáles de ellas son prioritarias o más factibles de implementar en el ámbito europeo.

El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)^{12, 77}, es una institución británica, referente a nivel europeo y mundial, que recomienda la CM en la vigente NICE Guideline 5 (NG5): Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. Esta recomendación fue emitida por primera vez en la predecesora Patient Safety Guidance 1 (PSG001): Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital, publicada en 2007 en colaboración con la National Patient Safety Agency, que trataba exclusivamente de la CM. En la PSG001 la CM sólo se requería al ingreso, pero la NG5 amplía esta recomendación a todos los ámbitos y transiciones asistenciales y añade la implicación del paciente y sus cuidadores en el proceso.

4.4.3 Papel del farmacéutico en la Conciliación Farmacoterapéutica

La responsabilidad de la Conciliación Farmacoterapéutica debería recaer a los profesionales en mejor posición para recabar la información de los tratamientos y para coordinar al resto del equipo y en cuanto a esto existen diferentes posiciones, algunos postulan a los médicos, los farmacéuticos, y algunos otros a las enfermeras o técnicos^{46,91}.

Aunque la responsabilidad de una correcta prescripción recae finalmente en el médico y éste es el responsable de prescribir y conciliar los tratamientos antes y después de una transición, la intervención multidisciplinar facilita considerablemente la eficacia y seguridad de los tratamientos prescritos. Sin embargo, es muy necesario que a cada categoría profesional se le asignen responsabilidades, etapas o tareas concretas para puntos de conflicto o sin cobertura¹.

Habitualmente, quien se encarga de recopilar y registrar la medicación crónica del paciente es el propio médico prescriptor. Por contraposición, en los países anglosajones esta práctica ha estado delegada a Enfermería y, de hecho, los primeros proyectos sobre CM, llevados a cabo en EEUU, fueron asignados y coordinados por enfermeras^{7,85}. Empero, diversos estudios han demostrado que la participación de farmacéuticos en la recogida del

historial farmacoterapéutico y registro de los tratamientos, mejora la calidad de los mismos y minimiza el número de Errores de Conciliación^{18,21,93}.

En este marco, la entrevistada al ser la encargada de la Jefatura de Enfermería, opina que sería bueno que el área de enfermería trabaje de forma conjunta con Farmacia, por ser ellos quienes tienen el control de las entregas de medicamentos. Ellos llevan un control propio donde anotan el nombre del paciente y datos de los medicamentos, de las dosis, de la fuerza, frecuencia, entre otros datos. Considera que entre ambos sectores deben mantener una buena comunicación porque cuando el médico se va, ambas áreas son las encargadas del cuidado del paciente.

De la misma manera, los profesionales encuestados del Hospital Metropolitano, presentan un parecer variado cuando se les consulta su opinión respecto a que sea un farmacéutico el encargado de entrevistar al paciente para recolectar la información de los medicamentos que consume. Pues el 67% de encuestados indicó que la conciliación de medicamentos es un proceso que requiere llevarse a cabo de manera multidisciplinar. Mientras que el 33% restante, consideró que este es un proceso para el cual el farmacéutico es el profesional apropiado para hacerse cargo.

Tabla 19. Respuesta a la pregunta 19, ¿Qué opina de que sea un farmacéutico el encargado de entrevistar al paciente para recolectar la información de los medicamentos que este consume?

| Encuestado | Opinión respecto a encargado de recolección de información de medicación |
|-------------------|---|
| 1 | Sería mejor que se mantenga por parte de enfermería un proceso estandarizado y que el farmacéutico llegué a validar posteriormente. |
| 2 | Puede ser una función multidisciplinar de mejor forma. |
| 3 | Apropiado. |
| 4 | Los más indicado, igual podría ser en conjunto con enfermería. |
| 5 | Sí se puede trabajar en conjunto con este departamento. |
| 6 | Sería genial. |

Fuente: Diseño propio con base en las respuestas obtenidas de los funcionarios del Hospital Metropolitano

Sobre esto, diversas organizaciones respaldan dicha idea. La OMS, IHI, NICE y el Consejo de Europa, propusieron de inicio que la CM fuese realizada directamente por

farmacéuticos, residentes o técnicos en farmacia. La falta de personal en las farmacias de los hospitales para atender la CM de todos sus pacientes se hizo visible cuando se quisieron aplicar estas recomendaciones. Asimismo, existen franjas en la que no es posible localizar farmacéuticos, como son las unidades de hospitalización.

Las últimas revisiones documentales del tema^{1,2,4,18,21,46,93} han concluido que la participación de farmacéuticos en el registro de la medicación habitual y la CM, mejora la prevención de errores y eventos adversos potenciales, tanto al ingreso como al alta hospitalaria. Diversos estudios han encontrado que las historias farmacoterapéuticas recogidas por farmacéuticos son más completas que las de los médicos o enfermería.

Además, la incorporación de farmacéuticos que concilien la medicación como práctica habitual supone beneficios colaterales en forma de revisión y validación de tratamientos. Sin embargo, la falta de suficientes farmacéuticos en los hospitales dificulta que éstos sean los encargados directos de la recogida de información, o al menos no en la mayoría de pacientes^{1,2}.

La alternativa planteada que implica técnicos en Farmacia, ya ha obtenido resultados favorables. Varios estudios que han comparado los listados de tratamiento recogidos por técnicos y por farmacéuticos, no han encontrado diferencias significativas entre ambos. Esto favorece la viabilidad de esta opción, aunque también requiere de la participación de farmacéuticos para la formación, supervisión y coordinación de los técnicos⁹³.

Es por ello, que las organizaciones para la salud han adaptado sus recomendaciones al respecto y han propuesto estrategias alternativas. La guía del IHI y la Massachusetts Coalition, sugieren recurrir a los farmacéuticos para la conciliación de pacientes en situaciones de mayor riesgo, como polimedicación de más de 10 medicamentos, ancianos, presencia de MAR o insuficiencia renal, así como para la CM al alta hospitalaria. En el resto de casos, los farmacéuticos deben estar disponibles para asistir a los clínicos y asesorar sobre la discontinuación o mantenimiento de los medicamentos sobre los que puedan tener dudas^{1,2,7,18,21,93}.

Por otro lado, la primera guía del NICE sobre CM requería la participación de la farmacia lo antes posible en el proceso, para conciliar, revisar y validar los tratamientos. Al

no ser esto posible, dichos profesionales debían al menos prestar asistencia y supervisar a los profesionales debidamente formados en los que se delegase la tarea¹².

La OMS recomienda involucrar un farmacéutico en recopilar, o al menos validar, la información sobre los medicamentos que toma el paciente, así como en conciliar las discrepancias detectadas. Pero aconseja una disponibilidad continua de farmacéuticos clínicos en los hospitales; cuando no hay farmacéutico disponible recomienda que la CM sea delegada en otro profesional sanitario que haya sido específicamente formado para ello^{11,93}.

En contraposición, la JCAHO¹³ es la única que implica expresamente a una disciplina que no es la farmacéutica. En sus NPSG indican que el médico es en definitiva el responsable de la prescripción por lo que debe ser él quien recopile, compare y decida qué medicamentos son más convenientes en la situación actual del paciente. Igualmente, es su responsabilidad, para con el paciente y el resto de profesionales sanitarios, dejar registrada la medicación activa y los cambios efectuados en la farmacoterapia junto con sus motivos. Semejante a otras organizaciones, la JCAHO también considera aconsejable implicar también en el proceso a enfermeras y farmacéuticos. La participación activa de la farmacia no sólo mejora la CM, sino que incrementa la eficacia y seguridad global del uso del medicamento en el hospital.

Los agentes implicados directamente en cada etapa de la CM deben poseer formación y experiencia específica en este campo, y poder dedicarle el tiempo que requiere⁸⁶. Al no ser un proceso asignado a una disciplina en concreto, cualquier profesional sanitario con suficiente formación y experiencia puede asumir la responsabilidad de la CM. El soporte de profesionales experimentados, tiene un papel importante en la implementación de un programa de conciliación farmacoterapéutica⁸⁵.

4.4.4 Implementación de una guía en el Hospital Metropolitano

La conciliación farmacoterapéutica es una estrategia de indudable valor, pero compleja y no exenta de dificultades⁹⁴. Los problemas organizativos, la falta de recursos, herramientas y personal dificultan su implantación, incluso en modelos sanitarios líderes en este proceso, por lo que exige un compromiso decidido por parte de los gestores y de la administración, según la opinión el 100% de los encuestados, verían viable la instauración del proceso de conciliación de medicamentos en la sede central del Hospital

Metropolitano. Sin embargo, existen elementos facilitadores, considerados por algunos autores como imprescindibles, para su puesta en marcha.

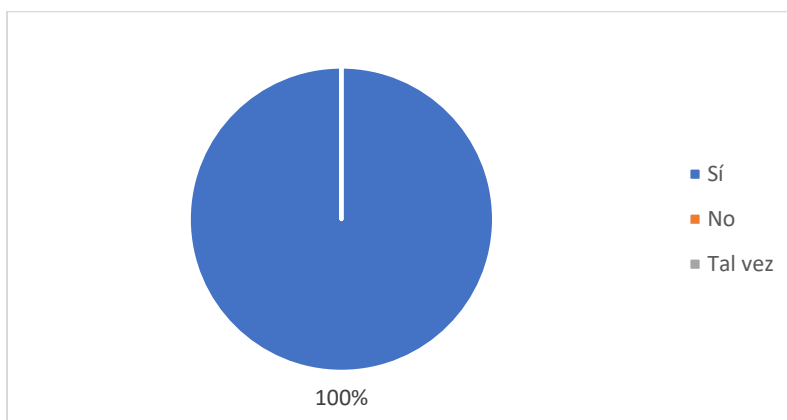


Figura 23. Respuesta a la pregunta 17, ¿Vería usted viable la instauración del proceso de conciliación de medicamentos en el hospital para el cual usted labora?

Fuente: Diseño propio con base en las respuestas obtenidas de los funcionarios del Hospital Metropolitano.

Al desarrollar un procedimiento normalizado para el ingreso hospitalario, se estaría estandarizando la forma de trabajo y detectando las discrepancias en el uso de los medicamentos en el entorno hospitalario. El diseño del procedimiento debe estar basado en estudios previamente publicados sobre el tema y teniendo en cuenta las buenas prácticas en el servicio prestado a los usuarios, sin perder de vista que, como dice Karen Briceño, “el cliente siempre tiene la razón”.

La importancia de la conciliación farmacoterapéutica es tal, que de apoco va llegando al Hospital Metropolitano. Según relata la entrevistada, se está aplicando desde noviembre del año 2021, en la sede de Lindora, un plan piloto que, según comenta la señora Briceño, consta de la realización de la conciliación de medicamentos por parte del servicio de Enfermería, además de las visitas multidisciplinarias.

Según el 100% de los encuestados, es viable la instauración de la conciliación de medicamentos en la sede Central, es decir la implantación de un protocolo estandarizado para la recolección de la información de los medicamentos en el hospital. En el apéndice 7.8, se presenta una guía de procedimiento de conciliación de medicamentos basado en la revisión de las distintas guías de Conciliación Farmacoterapéutica (ver figura 24).

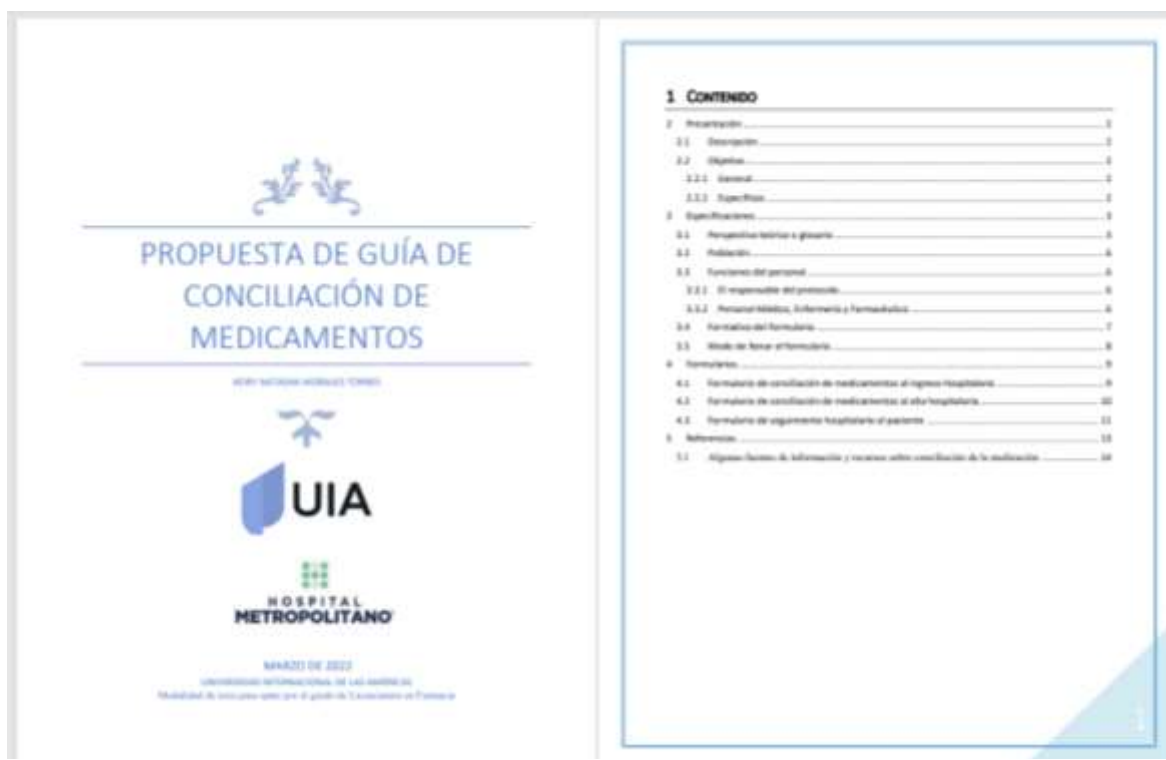


Figura 24. Propuesta de Guía de CM

Fuente: Diseño propio, 2022.

El procedimiento óptimo que se propone es realizar una entrevista sobre los medicamentos y elaborar la lista de medicación domiciliaria previa antes de cualquier prescripción. Esto habitualmente no es posible, por lo que se recomienda realizar la CM en las primeras 24 horas desde el ingreso en el Servicio Clínico correspondiente. La lista de medicación domiciliaria, además de incluir información básica para la conciliación de la medicación, debe contener información complementaria sobre: alergias/intolerancias, suspensión previa de medicamentos por efectos secundarios, así como medicamentos de

venta libre, plantas medicinales o medicamentos que se tome el paciente de forma discontinua.

La guía propuesta para la sede Central es un documento que busca optimizar el proceso al ingreso hospitalario, así como la transición y al alta hospitalaria. El documento recoge una guía para mejorar el procedimiento, intentando convertirlo en algo estandarizado para que el encargado de realizarla siga los pasos de la misma manera con cada paciente. Se propone al servicio de Enfermería o Farmacéutico, para que pueda detectar las discrepancias que existen en los medicamentos del paciente en su práctica diaria y se trabaje en equipo.

4.4.5 El proceso de conciliación de la medicación al ingreso hospitalario

El objetivo de la conciliación de la medicación al ingreso es asegurar que hay una decisión consciente del prescriptor de continuar, suspender o modificar el tratamiento domiciliario del paciente. Es el acto de comparar la historia completa de medicación domiciliaria vs. medicación prescrita al ingreso para identificar y resolver discrepancias y disponer de un listado completo y exacto de la medicación activa del paciente en el hospital. El proceso de conciliación de la medicación al ingreso consta fundamentalmente de las siguientes etapas³³:

1. Obtener un listado completo y exacto de toda la medicación domiciliaria del paciente al ingreso o “historia completa de medicación domiciliaria”.
2. Comparar la historia completa de medicación domiciliaria con la medicación prescrita al ingreso.
3. Resolver las discrepancias con el prescriptor y registrar los cambios.

Figura 25. Etapas del proceso de Conciliación de Medicamentos

Fuente: Diseño propio con base en la referencia ³³

4.4.5.1 Obtener un listado completo y exacto de toda la medicación domiciliaria del paciente al ingreso

El punto crítico de la conciliación de los medicamentos es obtener una historia completa de la medicación domiciliaria al ingreso, ya que de su calidad va a depender el resto del proceso de conciliación. Esta historia debe contener un listado completo de la medicación que se consume en el hogar (prescrita y no prescrita) regularmente antes del ingreso, que especifique nombre del medicamento (principio activo, dosis y forma farmacéutica, y, si es preciso, nombre comercial), dosis prescrita, frecuencia y vía de administración de los medicamentos que tomaba, así como plantas medicinales u otros productos³³⁻⁵⁶. La información sobre alergias y reacciones adversas previas se debe conocer también.

La historia completa de la medicación domiciliaria es más exhaustiva y fiable que una historia inicial de medicación domiciliaria que normalmente se obtiene de forma rápida utilizando una única fuente de información. Debe ser obtenida por un profesional sanitario (médico, farmacéutico, enfermera) siguiendo un procedimiento sistemático que implica: revisar las fuentes de información disponibles. Completar y verificar la información recogida mediante una entrevista con el paciente y familiares o cuidadores responsables de la administración de los medicamentos, siempre que sea posible³³.

Las fuentes de información posibles incluyen la historia clínica^{33,43} y las prescripciones o informes de atención primaria y especializada, los informes de traslado de centros sociosanitarios u otros hospitales (en caso de que el paciente no ingrese desde el domicilio), el listado y/o la bolsa de medicación que el paciente aporte al ingreso, por mencionar algunos ejemplos.

La entrevista al paciente y/o familiares o cuidadores³³ permite completar la información respecto a tratamientos instaurados en el ámbito de la medicina privada, medicación sin receta, fitoterapia y otros productos, así como obtener información valiosa sobre la tolerancia, adherencia y comprensión del tratamiento prescrito¹¹. Sólo realizando esta entrevista es posible conocer el tratamiento real que está tomando el paciente, ya que este puede ser muy diferente al prescrito, especialmente si la información recabada procede de fuentes electrónicas, por lo que nunca debe ser sustituida por la revisión anterior.

De acuerdo con diversos estudios ^{33,43}, la necesidad de realizar esta entrevista personalizada se ha corroborado y han puesto de manifiesto las inexactitudes en el perfil de medicación que consta en la historia clínica informatizada y las diferencias que suele presentar con la medicación que realmente están tomando los pacientes. La historia completa de la medicación domiciliaria quedará registrada en un impreso específico o en los registros electrónicos del hospital, y se incluirá en la historia clínica para que esté disponible y se utilice en el proceso de conciliación en las diferentes transiciones asistenciales.

4.4.5.2 Comparar la historia completa de la medicación domiciliaria con la medicación prescrita al ingreso

Una vez obtenida la historia completa de la medicación domiciliaria^{33,43}, esta se tiene que comparar con la medicación prescrita al ingreso del paciente, para identificar y resolver las posibles discrepancias. Según el momento en que se realice la prescripción en relación a la obtención de la historia de la medicación domiciliaria, el procedimiento de conciliación puede ser proactivo o retroactivo.

Modelo proactivo³³. Se utiliza cuando es posible obtener la historia completa de la medicación domiciliaria antes de que se efectúen las primeras órdenes médicas. En este modelo, la secuencia que tiene lugar es la siguiente (ver figura 2):

Se obtiene la historia completa de la medicación domiciliaria. Utilizando esta historia completa, el prescriptor realiza la prescripción al ingreso e indica qué medicación domiciliaria va a continuar, modificar o suspender. Se compara la historia completa de la medicación domiciliaria y la prescripción médica al ingreso, para verificar que el prescriptor ha considerado todos los medicamentos que estaba tomando el paciente.

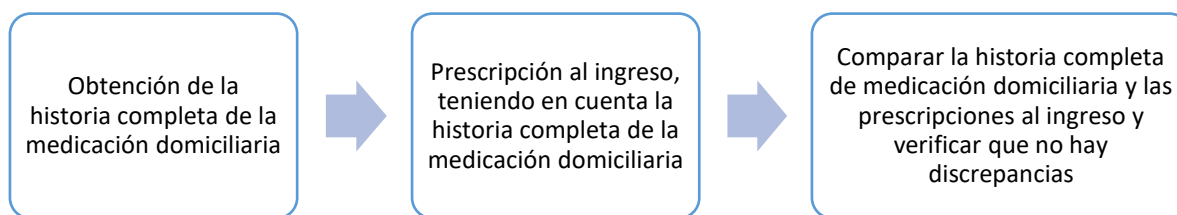


Figura 26. Diagrama de flujo del modelo proactivo

Fuente: Diseño propio con base en referencia ³³

Modelo retroactivo³³. Las órdenes médicas se escriben antes de que se haya obtenido la historia completa de medicación domiciliaria. En este modelo la secuencia es diferente ya que: Inicialmente se realiza una historia de medicación en el momento de efectuar la anamnesis del paciente. El prescriptor realiza las órdenes médicas de ingreso con la historia anterior. Se obtiene la historia completa de medicación domiciliaria. Se compara la historia completa de medicación domiciliaria y la prescripción médica al ingreso retroactivamente, para verificar que el prescriptor ha considerado todos los medicamentos incluidos en la historia completa de medicación domiciliaria.

Muchas veces se recurre a una combinación de ambos modelos, pero siempre que sea posible, es más conveniente obtener la historia completa de medicación domiciliaria antes de realizar la prescripción al ingreso, ya que reduce el riesgo de discrepancias, pero en situaciones con recursos insuficientes para obtenerla, los pacientes precisan un tratamiento inmediato por su situación clínica, pacientes complejos o con dificultad para completar la información, entre otros, se utiliza un modelo retroactivo³³.

4.4.5.3 Resolver las discrepancias con el prescriptor y registrar los cambios

Las posibles discrepancias³³ aparentemente no justificadas que se encuentren entre la historia completa de medicación domiciliaria y la nueva medicación prescrita al ingreso deben ser resueltas con el médico responsable y los cambios se dejarán registrados en la historia clínica. Es recomendable que la conciliación farmacoterapéutica se efectúe en las primeras 24 horas del ingreso, con el fin de resolver los posibles problemas lo antes posible, aunque este objetivo es difícil de alcanzar cuando se comienza a poner en marcha este procedimiento.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Se concluye que, la consideración más relevante con base en el ingreso hospitalario es, que los cimientos de este radican en el tipo de ingreso que se asigne al paciente, clasificándolos de dos formas, pacientes médicos cuyo ingreso se realiza de manera programada, sus datos se encuentran su historia clínica a disposición de los profesionales de salud. El segundo tipo corresponde a pacientes de urgencias, cuya forma de ingreso al hospital es inmediata por alguna situación de gravedad. En muchas situaciones, los pacientes de urgencias no disponen de una historia clínica completa, lo cual los puede colocar en una situación de vulnerabilidad respecto a errores de medicación.

La utilización adecuada de herramientas iniciales como instrumentos de apoyo a la prescripción, la historia clínica manual o electrónica que recoja fielmente la medicación, check-lists de comprobación, utilización de protocolos de tratamiento y trabajo, promoción de la investigación en seguridad medicamentosa, permiten disminuir los errores de medicación, asegurando una prescripción pertinente en cualquier ámbito asistencial.

En síntesis, los procedimientos de recolección de información son propios de cada ámbito hospitalario, donde los profesionales que mantendrán contacto con el paciente tendrán su propio instrumento de valoración, utilizado independientemente del tipo de paciente que se presente.

Los instrumentos que permiten reducir el riesgo de EM y por ende las discrepancias, son las tecnologías, información para hacer los datos clínicos más accesibles, la evidencia científica como base para una práctica clínica eficaz y segura, la mejora de la organización, coordinación y comunicación entre profesionales y niveles asistenciales, y la participación activa de los pacientes en su salud y en la toma de decisiones.

Los factores que se vinculan a discrepancias son muchos, pero en el Hospital Metropolitano se han encontrado principalmente: la necesidad de unificación de la información del paciente, ya que no se comparte de manera universal con todas las áreas del Hospital; así como la escasez de recursos tecnológicos aplicados en la totalidad del hospital. Además, hay múltiples procesos relacionados con los medicamentos que se pueden informatizar para hacerlos más seguros.

La prescripción, dispensación, administración y monitorización electrónicas son sistemas que ayudan a disminuir claramente la incidencia de EM tanto en la atención hospitalaria como en la ambulatoria o la comunitaria.

La prescripción manual en papel se encuentra altamente asociada a una mayor incidencia de errores, por lo tanto, debe evitarse. La prescripción electrónica, sin embargo, ha demostrado ser una herramienta muy eficaz en la prevención de los EM, especialmente si es asistida para la toma de decisiones clínicas, y está ampliamente respaldada a nivel internacional (OMS, ISMP, IHI, AHRQ, IOM, Consejo Europeo, entre otras).

Hay necesidad de un programa de conciliación de medicamentos completamente estructurado, donde se estandarice la comunicación, tanto entre los profesionales durante los cambios de turno, como en el momento del traspaso del paciente pluripatológico entre distintas unidades de atención.

El proceso de conciliación de la medicación es una actividad multidisciplinar de responsabilidad compartida entre todos los profesionales sanitarios que atienden al paciente. Es preciso que cada profesional tenga asignadas sus funciones y responsabilidades previamente establecidas en el proceso. No obstante, la labor del farmacéutico es de vital importancia para integrarse de lleno a brindar soluciones reales a este proceso, es una buena oportunidad de diferenciarse brindando servicios profesionales acordes a las necesidades que demanda la sociedad actual e involucrar cada vez más a los farmacéuticos con la responsabilidad del seguimiento farmacoterapéutico orientado hacia el usuario.

Dada la complejidad de la conciliación y los recursos necesarios, se pretende que las medidas se centren fundamentalmente en la conciliación de la medicación al ingreso hospitalario. Pero no se puede dejar de lado las transiciones asistenciales y el alta hospitalaria, por ser puntos críticos en la continuidad de la medicación, está completamente demostrado, que los errores en la información proporcionada a los pacientes y a los siguientes profesionales que les atienden, tienen una gran repercusión clínica.

A pesar de que la conciliación de la medicación es una práctica segura reconocida como básica y prioritaria para la seguridad del paciente, su grado de implantación en general es bajo, por ser una práctica compleja que precisa de importantes recursos, tanto humanos como económicos. Por otra parte, hace falta que en el país haya iniciativas que aborden diversas formas para implantar la conciliación, no existe siquiera un documento de

consenso de recomendaciones para conciliar la medicación en pacientes polimedicados, con especial atención a los pacientes pluripatológicos.

De igual manera, si la conciliación es de suma importancia, también lo es contabilizar los errores de medicación y de conciliación para tener una referencia y saber qué tan bien se están realizando las labores en el centro médico y conocer los aspectos que se deben mejorar, siempre pensado en la salud del paciente.

De acuerdo con los diversos estudios analizados, las principales barreras para la conciliación de la medicación son la disponibilidad de tiempo para revisar la historia clínica y efectuar la entrevista al paciente. En este sentido parece adecuada la selección previa de pacientes en función de su edad, número de medicamentos prescritos o número de patologías que aumentaría la eficacia de la actuación.

Como ya se ha mencionado anteriormente, a priori, las poblaciones de mayor riesgo son aquéllas que experimentan más transiciones asistenciales. Por tanto, se sugiere priorizar a los pacientes que más atención sanitaria reciben, es decir, personas mayores de 65 años, los pacientes pluripatológicos o aquellos pacientes con patologías complejas.

Finalmente, la conciliación de medicamentos es un componente crítico para garantizar la seguridad del paciente mediante la identificación de discrepancias intencionales y no intencionales de la medicación en las transiciones de atención. Si bien muchos profesionales de la salud están equipados para llevar a cabo la conciliación de medicamentos, los farmacéuticos poseen los conocimientos necesarios para resolver de manera rápida y efectiva cualquier cambio inapropiado en la medicación y, en última instancia, prevenir esos errores.

La conciliación farmacoterapéutica es una cuestión de estandarización de procesos y la revisión de la medicación de conocimiento y juicio clínico. No cabe duda, que para poder revisar y adecuar la medicación del paciente es necesario disponer de una guía que indique el proceso para hacer toma de una lista que unifique la medicación del paciente al ingreso hospitalario.

5.2 Recomendaciones

A la Universidad Internacional de las Américas, se recomienda capacitar a sus estudiantes de la Facultad de Farmacia sobre la importancia de la conciliación de

medicamentos y la realidad actual de este proceso, con la finalidad de incentivar el cumplimiento del mismo.

A la Facultad de Farmacia, se recomienda realizar estudios similares, directamente a pacientes con patologías crónicas y polimedicados, de esta manera se podrán establecer adecuadas pautas de actuación que mejoren la seguridad, específicamente, en estos pacientes.

Al Hospital Metropolitano, se recomienda tomar en cuenta la guía propuesta en esta investigación para la conciliación de medicamentos y adaptarla propiamente al hospital, para así estandarizar el proceso de conciliación de la medicación de sus pacientes al ingreso hospitalario.

Además, mantener un programa de formación continua sobre conciliación de la medicación por la alta rotación del personal sanitario, así como impartir sesiones informativas sobre los resultados en los centros sanitarios donde se ponga en marcha la conciliación de medicamentos.

A profesionales de salud en general, se recomienda, trabajar en conjunto con el personal farmacéutico en la instrucción para el manejo de medicamentos de alto riesgo, efectos adversos, interacciones medicamentosas.

A la población en general, es esencial que los pacientes, familiares o cuidadores estén involucrados en el proceso de conciliación de la medicación y que dispongan de una lista actualizada de su medicación y la lleven consigo siempre que soliciten asistencia sanitaria.

6. REFERENCIAS

1. Van Der Luit C, De Jong I, Ebbens M, Euser S, Verweij SL, Van Den B , et al. Frequency of occurrence of medication discrepancies and associated risk factors in cases of acute hospital admission. *Pharm Pract*. [Internet]. 2018. [citado el 28 de octubre de 2021]; 16(4): 1301- 1304. Disponible en: DOI [10.18549/PharmPract.2018.04.1301](https://doi.org/10.18549/PharmPract.2018.04.1301)
2. Urbietta E , Trujillano A , García C , Galicia S , Caballero C y Piñera P. Implantación de un procedimiento de conciliación terapéutica al ingreso hospitalario por el servicio de urgencias. *Farm Hosp*. [Internet]. 2014. [citado el 28 de octubre de 2021]; 38(5): 430-437. Disponible en: DOI: 10.7399/FH.2014.38.5.7663
3. Santos B, Otero M, Galván M, Alfaro E, Vega M, Nieto M et al. Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria. *Farm Hosp*. [Internet] 2012. [citado el 09 de noviembre de 2021]; 36(6): 506-517. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3659/365962448007.pdf>
4. Lorido C, Hernanz A, Cordero S, González H, Menaya M, Gómez E. Adherencia terapéutica en pacientes polimedcados y factores condicionantes en un grupo de pacientes de Badajoz, España. *Arch Med Fam* [Internet]. 2019. [citado el 15 de diciembre del 2021]; 21 (2): 51-59. Disponible en: [Adherencia terapéutica en pacientes polimedcados y factores condicionantes en un grupo de pacientes de Badajoz, España \(medigraphic.com\)](https://www.medicigraphic.com/publicaciones/adherencia-terapeutica-en-pacientes-polimedcados-y-factores-condicionantes-en-un-grupo-de-pacientes-de-badajoz-espana)
5. Karnon J, Campbell F, Czoski-Murray C. Model-based cost-effectiveness analysis of interventions aimed at preventing medication error at hospital admission (medicines reconciliation). *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2009[Consultado el 15 de marzo de 2022]; 2(299-306). Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19335488/>
6. Baughman A, Triantafylidis L, O’Neil N, Norstrom J, Okpara K, Ruopp M et al. Improving Medication Reconciliation with Comprehensive Evaluation at a Veterans Affairs Skilled Nursing Facility. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. [Internet] 2021 [Citado el 30 de septiembre del 2021] 47 (10): 646-653. Disponible en: doi.org/10.1016/j.jcjq.2021.06.001

7. Oñatibia A, Malet A, Aizpurua X, Gastelurrutia M, Goyenechea E. Servicio de identificación de discrepancias en el uso de los medicamentos en el entorno comunitario. *Pharm Care Esp*. [Internet] 2021. [citado el 29 de septiembre del 2021] 23(2):134-148. Disponible en: ISSN 1139-6202
8. Velandia Pachon Y. Propuesta para la estandarización de un proceso de conciliación medicamentosa en pacientes con artritis reumatoide, en una IPS especializada en Bogotá d.c. [Tesis de Licenciatura en Farmacia]. Bogotá, Colombia: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales Facultad de Ciencias de la Salud Química Farmacéutica; 2017.
9. Urbietta E , Trujillano A , García C , Galicia S , Caballero C, Piñera P. Implantación de un procedimiento de conciliación terapéutica al ingreso hospitalario por el servicio de urgencia. *Farm Hosp*. [Internet] 2014. [citado el 29 de septiembre del 2021]; 38(5):430-437. Disponible en: DOI: 10.7399/FH.2014.38.5.7663
10. Ceschi A, Nosedá R, Pironi M, Lazzeri N, Eberhardt-Gianella O, Imelli S, Ghidossi S, et al. Effect of Medication Reconciliation at Hospital Admission on 30-Day Returns to Hospital. 0.0 [Internet] 2021 [citado el 01 de octubre del 2021]; 4(9): e2124672. Disponible en: [Effect of Medication Reconciliation at Hospital Admission on 30-Day Returns to Hospital: A Randomized Clinical Trial - PubMed \(nih.gov\)](#)
11. Abdel L, Tamayo R, Cantudo M. Conciliación de la medicación al ingreso en el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica. *Ars Pharm*. [Internet] 2021. [citado el 29 de septiembre del 2021] 62(1):75-84 Disponible en: DOI: 10.30827/ars.v62i1.15829
12. Institute of Medicine. *To Err Is Human: Building a Safer Health System* [Internet]. Washington, DC: The National Academies Press; 2000 [citado 29 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.nap.edu/catalog/9728/to-err-is-human-building-a-safer-health-system>
13. World Health Organization. [Internet]. Switzerland: World Health Organization, 2014 [Consultado el 30 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/High5_Interim_Report.pdf?ua=1

14. Bates W David. Preventing medication errors: A summary: *A J H P [Internet]* 2007. [citado el 3 de marzo de 2022] 64(14): 3-9. Disponible en: <https://doi.org/10.2146/ajhp070190>
15. Hernández C, Mira A, Arroyo E, Díaz M, Andreu L y Sánchez I. Discrepancias de conciliación en el momento del alta hospitalaria en una unidad médica de corta estancia. *Aten Primaria [Internet]*. 2008 [3 de octubre de 2021];40(12):597-60. Disponible en: www.elsevier.es/275.576
16. Paquin, Zimmerman et al . Characterizing medication discrepancies among older adults during transitions of care: A systematic review focusing on discrepancy synonyms, data sources and classification terms. *Aging Health*. [Internet]. 2013. [Citado el 29 de septiembre de 2021] 9(5): 497-508. Disponible en: DOI: [10.2217/ahe.13.47](https://doi.org/10.2217/ahe.13.47)
17. Pérez Parente D. Intervención para la conciliación de la medicación al ingreso en un servicio de cirugía ortopédica y traumatología análisis de costes evitados. [Tesis doctoral en Farmacia]. La Coruña, España. Universidad da Coruña, 2011.
18. Bandrés M, Mendoza M, Gutiérrez F, Calleja M, Ruiz F. Pharmacist led medication reconciliation to reduce discrepancies in transitions of care in Spain. *Int J Clin Pharm*. [Internet]. 2013. [citado el 29 de septiembre de 2021]. 35(6): 1083-90. Disponible en: DOI: [10.1007/s11096-013-9824-6](https://doi.org/10.1007/s11096-013-9824-6)
19. [Lehnbom E](#), [Stewart M](#), [Manias E](#). Impact of Medication Reconciliation and Review on Clinical Outcomes. *Sage Journal [Internet]* 2014 [Consultado el 03 de marzo de 2022] 48(10): 1298-1312. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1060028014543485>
20. Aseeri M, Banasser G, Baduhduh O, Baksh S, Ghalibi N. Evaluación de informes de incidentes de errores de medicación en un hospital de atención terciaria. *MDPI [Internet]*. 2015 [2 de marzo de 2022]; 8(2), 69. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/pharmacy8020069>
21. [Mekonnen A](#), [McLachlan A](#), [Brien J](#). Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Pharm Ther [Internet]* 2016 [Consultado el 03 de marzo de 2022] 41: 128-144. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpt.12364>

22. Carrión I, Sánchez E. Conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales de pacientes previamente ingresados. *Rev. OFIL·ILAPHAR* [Internet] 2020 [Citado el 28 de septiembre del 2021] 30 (1):60-64 Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x2020000100015>
23. Van der Luit C, de Jong I, Ebbens M, Euser S, Verweij S, van den Bemt P, et al. Frequency of occurrence of medication discrepancies and associated risk factors in cases of acute hospital admission. *Pharm Pract.* [Internet] 2018 [consultado el 3 de marzo del 2022];16(4):1301. Disponible en: <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2018.04.1301>
24. Chung C, Gauthier V, Marques-Tavares F, Hindlet P, Cohenc A, Fernandez C et al. Medication reconciliation: Predictors of risk of unintentional medication discrepancies in the cardiology department. *Arch Cardio Dis* [Internet].2019 [Consultado el 4 de octubre del 2021] 112, 104—112. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.acvd.2018.09.004>
25. Gómez Martino C. Análisis de los medicamentos implicados en errores de conciliación al ingreso hospitalario. [Tesis doctoral en Farmacia]. Madrid, España: Universidad Complutense; 2020.
26. Baughman A, Triantafylidis L, O’Neil N, Norstrom J, Okpara K, Ruopp M et al. Improving Medication Reconciliation with Comprehensive Evaluation at a Veterans Affairs Skilled Nursing Facility. *Joint Commision.* [Internet] 2021 [Consultado el 27 de diciembre del 2021] 47(10): 646–653 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2021.06.001>
27. Ortiz A , Chaverri J , Díaz J, Zavaleta E, Mok T , Navas A. et al. Evaluación comparativa del proceso de conciliación de medicamentos realizado por el departamento de Enfermería y el de Farmacia en un hospital privado de Costa Rica. *Pharm Care Esp.* [Internet]. 2017. [Citado el 1 de noviembre de 2021]; 19(6): 476-498. Disponible en: ISSN 1139-6202
28. Sancho N., Zavaleta E., Rodríguez V., Sánchez K. Impacto del farmacéutico en equipo multidisciplinario. *Crónicas Científicas.* [Internet] 2020. [citado el 29 de octubre de 2021]. 15(15): 50-59. Disponible en: ISSN:2215-4264

29. Ollero Baturone M. Atención a Pacientes Pluripatológicos: Proceso Asistencial Integrado [Internet]. 3ª ed. Sevilla: Consejería de Salud de Andalucía; 2018 [consultado el 27 de febrero de 2022]. Disponible en: salud_5af1956d9925c_atencion_pacientes_pluripatologicos_2018.pdf (juntadeandalucia.es)
30. Campozano P, Delgado M, Vera A. Características e incidencias clínicas de los pacientes pluripatológicos de la unidad de medicina interna. Pol Con [Internet]. 2018. [citado el 15 de diciembre del 2021]; **3 (12): 401-408**. Disponible en: DOI [10.23857/pc.v3i12.877](https://doi.org/10.23857/pc.v3i12.877)
31. Romero E, Cambeiro M, Xoubanova R, de Dios A, Martínez M, Piñeiro G. Conciliación de medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada. Pharm Care Esp. [Internet]. 2018 [citado el 15 de diciembre del 2021]; 20(5): 352-370. Disponible en: ISSN 1139-6202
32. Pizarro Méndez D. La polimedición y prescripción inadecuada en adultos mayores, revista médica de costa rica y Centroamérica LXXIII. Rev Med Cos Cen. [Internet]. 2016. [citado el 15 de diciembre del 2021]; 73 (619): 389-394. Disponible en: rmc162zi.pdf (medigraphic.com)
33. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recomendaciones de Prácticas Seguras en la Conciliación de la Medicación al Alta Hospitalaria en Pacientes Crónicos. Madrid: Fundación Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León; 2017.
34. Caja Costarricense de Seguro Social. Sistemas de información en salud. 2ª ed. San José, Costa Rica.: CENDEISS; 2003
35. Ruiz A, Barón B, Domingo C, Sánchez M. Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos. [Internet] España: Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP); 2013 [citado el 09 de marzo del 2022]. Disponible en: <https://www.semfy.com/wpcontent/uploads/2016/05/ProcesoAsistenciaPluripatologicas.pdf>

36. Santos B, Otero M, Galván M, Alfaro E, Vega M, Nieto M et al. Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria. *Farm Hosp.* [Internet] 2012 [citado el 09 de marzo del 2022]; 36 (6): 506-517. Disponible en: [Redalyc.Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria](#)
37. Institute for Healthcare Improvement [Internet] Boston, Estados Unidos: IHI, 2022 [citado el 09 de marzo del 2022]. Changes to Improve Chronic Care, Aprox. 4 pantallas. Disponible en: [Changes to Improve Chronic Care | IHI - Institute for Healthcare Improvement](#)
38. Junta de Castilla y León [Internet] Valladolid: Consejería de Sanidad, 2018 [consultado 27 de enero del 2022] Estrategia de Atención al paciente crónico en Castilla y León; Aprox. 3 pantallas. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencionpaciente-cronico-castilla-leon>
39. Martín A, Cano J, Gené J. Conceptos, organización y práctica clínica en Medicina de Familia En: Martín A, Cano J, Gené J, Compendio de Atención Primaria. 4ª España: Elsevier España, 2016, 71- 83.
40. Ollero M, Álvarez M, Barón B, Bernabéu M, Codina A, Fernández A, Garrido E, Rojas J, Romero S, et al. Proceso asistencial integrado. Atención a Pacientes Pluripatológicos. [Internet] 3ª ed. Andalucía: Consejería de Salud, 2018 [consultado el 03 de noviembre del 2021]. Disponible en: http://www.opimec.org/media/files/PAI_Pluripatologico_2007.pdf
41. Borrás F, Monforte M, Querol C, Lázaro E, Lázaro A, Maroto E. Conciliación terapéutica al ingreso hospitalario en el servicio de urgencias. *Pharm Care Esp* [Internet]. 2021 [citado el 28 de febrero del 2022];23(5):6-18. Disponible en: [Conciliación terapéutica al ingreso hospitalario en el servicio de urgencias | Pharmaceutical Care España \(pharmcareesp.com\)](#)
42. Reglamento para el otorgamiento de licencias e incapacidades a los beneficiarios del seguro de salud y reforma reglamento del Seguro de Salud el interior del Trabajo, el Seguro, invalidez y muerte, afiliación, Instructivo pago prestaciones, etc.

- Artículo 2. Reglamento 8712. (24 de abril de 2014). Disponible en: [Sistema Costarricense de Información Jurídica \(pgrweb.go.cr\)](http://Sistema Costarricense de Información Jurídica (pgrweb.go.cr))
43. González Rodríguez R, Cardentey García J. La historia clínica médica como documento médico legal. Rev Méd Electrón [Internet]. 2015 Nov-Dic [consulta el 28 de febrero de 2022];37(6). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2881/139>
44. Muro Castedo J. De la importancia de la historia clínica, para conseguir un tratamiento correcto. Quintessence (ed esp) [Internet]. 2007 [consulta el 28 de febrero de 2022];20(6). Disponible en: [Vol. 20.Núm. 6. Junio 2007 | Quintessence \(elsevier.es\)](http://Vol. 20.Núm. 6. Junio 2007 | Quintessence (elsevier.es))
45. Villamayor L, Herrero L, Bouzas J y Freire M. Conciliación de medicación al ingreso mediante un programa de prescripción electrónica asistida. Farm Hosp. [Internet]. 2016 [citado el 19 de diciembre del 2021]; 40(5): 333-340. Disponible en: DOI: 10.7399/fh.2016.40.5.9080
46. International Pharmaceutical Federation (FIP). Medicines reconciliation: A toolkit for pharmacists. The Hague: International Pharmaceutical Federation; 2021[Consultado el 16 de marzo del 2022]. Disponible en: [4949 \(fip.org\)](http://4949 (fip.org))
47. Rentero L, Iniesta C, Urbieta E, Madrigal M, Pérez M. Causas y factores asociados a los errores de conciliación en servicios médicos y quirúrgicos. Farm Hosp. [Internet]. 2014 [citado el 15 de diciembre del 2021]; 38(5):398-404. Disponible en: DOI 10.7399/FH.2014.38.5.1136
48. Ley General de Salud. Ley N°5395 (24 de noviembre de 1973). Diario Oficial La Gaceta.
49. Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos Privados. Decreto No. 16765-S. (15 de enero de 1986). Diario Oficial La Gaceta.
50. Código de Ética farmacéutica. Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica. (01 de febrero del 2016). Diario Oficial La Gaceta.
51. Manual de normas para la habilitación de farmacias. (7 de septiembre de 2004). Diario Oficial La Gaceta.

52. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Rev. Salud Pública Parag. [Internet] 2013 [consultado el 27 de agosto del 2021] 3 (1): 41-48. Disponible en: [41-48.pdf \(bvsalud.org\)](#)
53. Alcaldía Mayor de Bogotá DC. Secretaría de Salud. Subdirección de calidad y seguridad de servicios de salud. [Internet]. Bogotá: Secretaría de Salud; 2020 [consultado el 09 de marzo de 2022]. 7 páginas. Disponible en: [Seg_paciente_definiciones.pdf \(saludcapital.gov.co\)](#)
54. Mármol José, Rodríguez María. Estudio clínico de conciliación de la medicación al ingreso hospitalario en pacientes de las áreas de medicina interna y cirugía. Ars Pharm. [Internet]. 2015. [citado el 19 de diciembre del 2021]; 56(3): 141-148. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v56n3/original1.pdf>
55. Otero M, C. Codina J, Tamés A, Pérez D. Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación Farm Hosp. [Internet] 2003 [consultado el 08 de noviembre de 2021] 27(3):137-149. Disponible en: [Medication-errors-Standardizing-the-terminology-and-taxonomy-Ruiz-Jarabo-2000-grant-results-Errores-de-medicacion-Estandarizacion-de-la-terminologia-y-clasificacion-Resultados-de-la-beca-Ruiz-Jarabo-20.pdf \(researchgate.net\)](#)
56. Norma Llerena Cortez. Ministerio de Salud Pública [Internet]. Ecuador: Hospital Vicente Corral Moscoso. [consultado el 7 de febrero de 2022]. Protocolo de seguridad de atención al paciente conciliación de medicamentos; 18 páginas. Disponible en: [hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/PROTOCOLO-PARA-CONCILIACION-DE-MEDICAMENTOS.pdf](#)
57. [Quélenec B](#), [Beretz L](#), [Paya D](#), [Blicklé J](#), [Gourieux B](#), [Andrès E](#), et al. Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission. Eur J Intern Med [Internet]. 2013[Consultado el 15 de marzo de 2022]; 24(6):530-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23514919/>
58. [Cheema E](#), [Alhomoud F](#), [Al-Deen A](#), [Alsiddik J](#), [Hassan M](#), [Al-Muwallad A](#), et al. The impact of pharmacists-led medicines reconciliation on healthcare outcomes in secondary care: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One. [Internet] 2018 [Consultado el 15 de marzo de 2022]; 13(3): e0193510. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29590146/>

59. Guisado A, Mejías M, Alfaro E, Sánchez M, Ramirez N, Santos M. Impact of medication reconciliation on health outcomes: An overview of systematic reviews. *Res Social Adm Pharm*. [Internet] 2020. [Consultado el 15 de marzo de 2022];16(8):995-1002. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31883776/>
60. Hammad E, Bale A, Wright D, [Bhattacharya](#) D. Pharmacy led medicine reconciliation at hospital: A systematic review of effects and costs. *Res Social Adm Pharm* [Internet]. 2017 [Consultado el 15 de marzo de 2022];13(2):300-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27298139/>
61. Karnon J, Campbell F, Czoski-Murray C. Model-based cost-effectiveness analysis of interventions aimed at preventing medication error at hospital admission (medicines reconciliation). *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2009[Consultado el 15 de marzo de 2022]; 2(299-306). Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19335488/>
62. Ghatnekar O, Bondesson A, Persson U, Eriksson T. Health economic evaluation of the Lund Integrated Medicines Management model (LIMM) in elderly patients admitted to hospital. *BMJ Open*. [Internet] 2013[Consultado el 15 de marzo de 2022];3(1): e001563. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23315436/>
63. Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. Guía para la implementación de programas de conciliación de medicamentos para centros sanitarios. 1ª ed. Barcelona, España: SCFC; 2009.
64. Urbietta E, Trujillano A, García C, Galicia S, Caballero C y Piñera P. Implantación de un procedimiento de conciliación terapéutica al ingreso hospitalario por el servicio de urgencias. *Farm Hosp*. [Internet]. 2014 [citado el 19 de diciembre del 2021]; 38(5):430-437. Disponible en: DOI 10.7399/FH.2014.38.5.7663
65. Orduña Ortégón YP. Avances en la construcción de un sistema de información en salud en Colombia. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul* [Internet]. 2014 [citado el 28 de febrero del 2022]; 1(2): 73-86. Disponible en: <https://doi.org/10.19052/sv.3297>
66. Araya S. Una apuesta segura en el sector salud. 2018 [Consultado el 10 de marzo del 2022]. En:Hulipractice Blog [Internet]. San José: HuliPractice. [Aprox. 6 pantallas]. Disponible en: [Una Apuesta Segura en el Sector Salud: Agenda + Expediente + Facturación | HuliPractice Blog](#)

67. HuliPractice [Internet]San José, Costa Rica: 2022 [Consultado el 10 de marzo del 2022]. [Aprox. 6 pantallas]. Disponible en: [Mercadeo Digital, Expediente Médico, Facturación y Agenda Electrónica para Doctores | HuliPractice](#)
68. Capterra.Software de Salud mental. 2022 [Consultado el 10 de marzo del 2022]. En:Capterra Inc [Internet]. Chapultepec, México: Capterra Costa Rica [Aprox. 5 pantallas]. Disponible en: [BlueEHR - Opiniones, precios y características - Capterra Costa Rica 2022](#)
69. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. 6ª ed. México: Mc Graw Hill; 2014. [consultado el 18 de noviembre de 2021]. Disponible en: www.elosopanda.com
70. Hernández R, Méndez S, Mendoza C, Cuevas A. Fundamentos de investigación [Internet]. 1ª ed. México: Mc Graw Hill; 2017. [consultado el 20 de noviembre de 2021]. Disponible en: www.mhhe.com/latam/hernandez_fila
71. Arias J, Villasís M, Miranda M. El protocolo de investigación III: la población de estudio. Rev Alerg Méx. [Internet]. 2016 [consultado el 20 de noviembre de 2021]; 63 (2): 201-206. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486755023011>
72. Ramírez A, Ramírez J, Borrell J. Polifarmacia e interacciones medicamentosas potenciales en el adulto mayor, una polémica en la prescripción. Rev cub farm. [Internet]. 2019 [citado el 08 de octubre del 2021]; 52 (2): e335. Disponible en: creativecommons.org
73. Tinitana J, Torres I, Tacuri J, Ajila J, Zari D, Zhuzhingo C.Polifarmacia en pacientes adultos mayores pluripatológicos que acuden al primer nivel de atención en salud.FacSalud UNEMI [Internet]. 2018 [citado el 08 de octubre del 2021]; 2(3): 34-41. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol2iss3.2018pp34-41p>
74. [Lázaro E, Monforte M. Conciliación de la medicación. Artículo monográfico. RSI](#) [Internet]. 2021. [citado el 08 de octubre del 2021]; 2(9). Disponible en: [Conciliación de la medicación. Artículo monográfico. - Dialnet \(unirioja.es\)](#) ISSN-e 2660-7085

75. Mesa E, Conde M, Moral J. Protocolo de valoración inicial del paciente al ingreso en la unidad de cuidados de enfermería. Nure Inv. 2009 [Consultado el 18 de marzo del 2022]; 44: 2-13. Disponible en: [Vista de Protocolo de valoración inicial del paciente al ingreso en la unidad de cuidados de enfermería \(nureinvestigacion.es\)](http://nureinvestigacion.es)
76. Tesis Pérez Parante D. Intervención para la conciliación de la medicación al ingreso en un servicio de cirugía ortopédica y traumatología. Análisis de costes evitados. [Tesis de Doctorado en Farmacia]. España: Universidad de Coruña,2011
77. Ministerio de Seguridad Publica y bienestar social. [Internet]. Paraguay: Gobierno Nacional, 2014. [Consultado el 18 de marzo del 2022]. Manual de Admisión Hospitalaria; 11 páginas. Disponible en: [admision hospitalaria \(mispbs.gov.py\)](http://mispbs.gov.py)
78. Institute for Healthcare Improvement (IHI). How-to guide: Prevent Adverse drug events by implementing medication reconciliation [Internet]. Cambridge MA; 2011 [citado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventAdverseDrugEvents.asp>
79. ISMP-Canada, Safer Healthcare Now!, Canadian Patient Safety Institute. Medication Reconciliation in Acute Care Getting Started Kit [Internet]. 2011 [consultado el 17 de febrero del 2022]. Disponible en: https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/Medrec_AC_English_GSK_V3.pdf
80. Tesis Gómez Martino C. Análisis de los medicamentos implicados en errores de conciliación al ingreso hospitalario. [Tesis de Doctorado en Farmacia]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid,2020
81. Schnipper JL, Hamann C, Ndumele CD, Liang CL, Carty MG, Karson AS, et al. Effect of an electronic medication reconciliation application and process redesign on potential adverse drug events: a cluster-randomized trial. Arch Intern Med. [Internet] 2009 [Consultado el 18 de enero del 2022]; 169(8):771–80. Disponible en: [Effect of an electronic medication reconciliation application and process redesign on potential adverse drug events: a cluster-randomized trial - PubMed \(nih.gov\)](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)
82. Gleason K, Groszek J, Sullivan C, Rooney D, Barnard C, Noskin G. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized

- patients. *Am J Health Syst Pharm* [Internet] 2004 [Consultado el 18 de enero del 2022]; 61:1689-95 Disponible en: [Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients - PubMed \(nih.gov\)](#)
83. Safer Healthcare Now! Getting Started Kit: Medication Reconciliation Prevention of Adverse Drug Events. How to guide. Canadian Safety Patient Institute; 2007. [acceso 18 de Octubre de 2021]. Disponible en: <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Pages/default.aspx>
84. Schnipper JL, Hamann C, Ndumele CD, Liang CL, Carty MG, Karson AS, et al. Effect of an electronic medication reconciliation application and process redesign on potential adverse drug events: a cluster-randomized trial. *Arch Intern Med*. [Internet] 2009 [Consultado el 18 de enero del 2022]; 169(8):771–80. Disponible en: [Effect of an electronic medication reconciliation application and process redesign on potential adverse drug events: a cluster-randomized trial - PubMed \(nih.gov\)](#)
85. Poole D, Chainakul I, Pearson M, Graham L. Medication reconciliation: a necessity in promoting a safe hospital discharge. *J Healthc Qual*. 2006 [Consultado el 19 de enero del 2022]; 28(3):12–9. Disponible en: [Medication reconciliation: a necessity in promoting a safe hospital discharge - PubMed \(nih.gov\)](#)
86. Boockvar K, Blum S, Kugler A, Livote E, Mergenhagen K, Nebeker J, et al. Effect of admission medication reconciliation on adverse drug events from admission medication changes. *Arch Intern Med*. [Internet] 2011 [Consultado el 19 de enero del 2022]; 171(9):860–1. Disponible en: [doi:10.1001/archinternmed.2011.163](https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.163)
87. Arora V, Kao J, Lovinger D, Seiden SC, Meltzer D. Medication discrepancies in resident sign-outs and their potential to harm. *J Gen Intern Med*. [Internet] 2007 [Consultado el 18 de enero del 2022]; 22(12):1751– 5. Disponible en: DOI: [10.1007/s11606-007-0415-x](https://doi.org/10.1007/s11606-007-0415-x)
88. Institute of Medicine. *To Err Is Human: Building a Safer Health System* [Internet]. Washington, DC: The National Academies Press; 2000 [consultado el 16 de febrero del 2022]. Disponible en: [To Err Is Human: Building a Safer Health System | The National Academies Press \(nap.edu\)](#)

89. Rozich JD, Howard RJ, Justeson JM, Macken PD, Lindsay ME, Resar RK. Standardization as a Mechanism to Improve Safety in Health Care. *Quality Management in Health Care*. [Internet] 2011 [Consultado el 18 de enero del 2022]; 8(10):27-34. Disponible en: [10.1016/s1549-3741\(04\)30001-8](https://doi.org/10.1016/s1549-3741(04)30001-8)
90. Institute of Medicine. *To Err Is Human: Building a Safer Health System* [Internet]. Washington, DC: The National Academies Press; 2000 [consultado el 16 de febrero del 2022]. Disponible en: [To Err Is Human: Building a Safer Health System | The National Academies Press \(nap.edu\)](https://www.nap.edu/publications/10710)
91. Tesis Gómez Martino C. Análisis de los medicamentos implicados en errores de conciliación al ingreso hospitalario. [Tesis de Doctorado en Farmacia]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2020
92. Roure Nuez C. Documento de consenso en terminología y clasificación de los programas de Conciliación de la Medicación. 1ª ed. Barcelona: Ediciones Mayo; 2009
93. López Arroyo M. Conciliación farmacoterapéutica en pacientes polimedicados como medida de atención farmacéutica en hospitales. [Tesis de Licenciatura en Farmacia]. Madrid, España: Universidad Complutense; 2014.
94. Roure Nuez C. Documento de consenso en terminología y clasificación de los programas de Conciliación de la Medicación. 1ª ed. Barcelona: Ediciones Mayo; 2009

7. ANEXOS

7.1 Apéndice 1. Machote de la entrevista dirigida a Jefatura de Enfermería del Hospital Metropolitano

Mi nombre es Keiry Natasha Morales Torres, desarrolladora de la tesis de grado titulada "Importancia de la conciliación farmacoterapéutica en la estandarización del proceso de ingreso hospitalario de pacientes pluripatológicos a centros hospitalarios: el caso del Hospital Metropolitano, sede Central, durante el primer cuatrimestre del 2022", realizada para optar por el título de Licenciatura en Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas.

Las entrevistas se desarrollan con la finalidad de conocer el punto de vista de profesionales relacionados directamente al área de competencia como parte del proceso investigativo y como una fuente informativa de sustento para el estudio. El objetivo general de la misma es determinar la situación actual del proceso al ingreso hospitalario de los pacientes pluripatológicos que se reciben en el hospital Metropolitano, para finalmente proponer una guía que estandarice el proceso.

La grabación de esta cuenta con una autorización anticipada de cada entrevistado. Todos los datos obtenidos serán manipulados de forma confidencial, no se utilizará información personal, pues el propósito es meramente para fines académicos.

Tabla 1. Bloque de preguntas de la entrevista dirigida a la Jefatura de enfermería del Hospital Metropolitano según el tema

| n° | Bloque de preguntas según el tema |
|----|--|
| | Bloque 1- <u>Jefatura de enfermería</u> |
| 1 | Podría describir brevemente, las labores de las que se encargan las personas que trabajan en enfermería en el área de ingresados hospitalarios. |
| | Bloque 2- <u>Paciente pluripatológico</u> |
| 2 | ¿Cómo es el manejo brindado a un paciente pluripatológico? |
| 3 | ¿El manejo varía en comparación al de un paciente no pluripatológico? |
| | Bloque 3- <u>Ingreso hospitalario</u> |
| 4 | Me podría comentar brevemente cómo se lleva a cabo el ingreso hospitalario (urgencias- cirugías programadas, etc.) desde su punto de vista |
| 5 | Usted podría ofrecer o brindar la explicación breve de la Historia clínica recopilada del paciente |
| 6 | ¿Cuál es su opinión sobre la cooperación multidisciplinaria del hospital respecto al manejo de la medicación del paciente? |
| 7 | ¿Hay cambio de personal cuando se hace transición asistencial, es decir al ingreso, alta o cuando se generan cambios de servicio de una especialidad a otra? |

| Bloque 4- <u>Conciliación farmacoterapéutica</u> | |
|---|---|
| 8 | A la hora de hacer un traslado, ¿existe un encargado que se detenga a comparar la medicación que el paciente tomaba antes del ingreso hospitalario (medicación domiciliaria) con la reciente prescripción médica, con el fin de encontrar posibles diferencias, duplicidades o interacciones? |
| 9 | ¿Se presentan muchos casos de discrepancias en los pacientes polimedicados? |
| 10 | ¿Cuáles considera que sean los medicamentos que más se relacionan con discordancias? |
| 11 | Podría usted comentar cómo se procede cuando un paciente trae un medicamento de uso crónico desde su hogar al hospital para consumirlo, ¿hay algún tipo de formalidad, o el cuidador o familiar es quien da el medicamento? |
| Bloque 5- <u>Estandarización</u> | |
| 12 | ¿Qué opina de que sea un farmacéutico el encargado de la recolección de la información de los medicamentos que el paciente toma o podría considerarse un proceso multidisciplinar? |
| 13 | ¿Vería usted viable la instauración de la conciliación de medicamentos, es decir de un protocolo estandarizado en el hospital para el cual usted labora que indique una manera óptima de realizar el proceso al ingreso, transición como al alta hospitalaria? |

7.2 Apéndice 2. Validación de la entrevista con la Jefatura de Enfermería del Hospital Metropolitano

Apéndice A. Machote de las entrevistas elaboradas para la tesis de grado

Mi nombre es Keiry Natasha Morales Torres desarrolladora de la tesis de grado titulada "Importancia de la conciliación farmacoterapéutica en la estandarización del proceso de ingreso hospitalario de pacientes pluripatológicos a centros hospitalarios: el caso del Hospital Metropolitano, sede Central, durante el primer cuatrimestre del 2022", realizada para optar por el título de Licenciatura en Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas.

Las entrevistas se desarrollan con la finalidad de conocer el punto de vista de profesionales relacionados directamente al área de competencia como parte del proceso investigativo y como una fuente informativa de sustento para el estudio. El objetivo general de la misma es determinar la situación actual del proceso al ingreso hospitalario de los pacientes pluripatológicos que se reciben en el hospital Metropolitano, para finalmente proponer una guía que estandarice el proceso.

La grabación de esta cuenta con una autorización anticipada de cada entrevistado. Todos los datos obtenidos serán manipulados de forma confidencial, no se utilizará información personal, pues el propósito es meramente para fines académicos.

Tabla 1. Bloque de preguntas de la entrevista dirigida a la Jefatura de enfermería del Hospital Metropolitano

| Bloque 1- Paciente pluripatológico | |
|--|---|
| 1 | ¿Cómo es el manejo brindado a un paciente pluripatológico? |
| 2 | ¿El manejo varía en comparación a la de un paciente no pluripatológico? |
| Bloque 2- Ingreso hospitalario | |
| 3 | Me podría comentar brevemente cómo se lleva a cabo el ingreso hospitalario (urgencias- cirugías programadas, etc.) |
| 4 | Usted podría ofrecer o brindar la explicación de la Historia clínica recopilada del paciente: diversas características que se consultan, tiempo estimado que toma realizarla, encargado de desarrollarla. |
| 5 | ¿Cuál es su opinión sobre la cooperación multidisciplinaria del hospital respecto al manejo de la medicación del paciente? |
| 6 | ¿Hay cambio de personal cuando se hace transición asistencial, es decir al ingreso, alta o cuando se generan cambios de servicio de una especialidad a otra? |
| Bloque 3- Conciliación farmacoterapéutica | |

| | |
|---------------------------------------|---|
| 7 | A la hora de la realización de una transición, ¿existe un encargado que se detenga a comparar la medicación que el paciente tomaba antes del ingreso hospitalario (medicación domiciliaria) con la reciente prescripción médica, con el fin de encontrar posibles discrepancias (desigualdades, diferencias), duplicidades o interacciones? |
| 8 | ¿Se presenta muchos casos de discrepancias en los pacientes polimedicados? |
| 9 | ¿Conoce usted cuáles son los medicamentos que más se relacionan con discrepancias? |
| 10 | Podría usted comentar cómo se procede cuando un paciente trae un medicamento de uso crónico desde su hogar al hospital para consumirlo, ¿hay algún tipo de formalidad, o el cuidador o familiar es quien da el medicamento? |
| 11 | ¿Se cumple este protocolo o formalidad? |
| Bloque 4- Estandarización | |
| 13 | ¿Qué opina de que sea un farmacéutico el encargado de la recolección de la información de los medicamentos que el paciente toma o podría considerarse un proceso multidisciplinar? |
| 14 | ¿Vería usted viable la instauración de la conciliación de medicamentos, es decir de un protocolo estandarizado en el hospital para el cual usted labora que indique una manera óptima de realizar el proceso al ingreso, transición como al alta hospitalaria? |
| Nota. Elaboración propia, 2022 | |

Observaciones *Recomiendo apropiado cambiar el termino "paciente" por el de "usuario", ya que es el término que utiliza un servicio de salud.*

En el Bloque 2, la pregunta numero 6 no me queda claro a que se refiere con "Transición Asistencial"

Posterior a la revisión de la entrevista anterior, realizada por la estudiante Keiry Natasha Morales Torres, número de identificación 115780209, cuyo destino es la Jefatura de enfermería del Hospital Metropolitano, para la tesis de grado titulada "Importancia de la conciliación farmacoterapéutica en la estandarización del proceso de ingreso hospitalario de pacientes pluripatológicos a centros hospitalarios: el caso del Hospital Metropolitano, sede Central, durante el primer cuatrimestre del 2022" para optar por el título de Licenciatura en Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas. Hago constar que el presente instrumento se encuentra acorde a los parámetros estipulados, está debidamente estructurada y el contenido es conforme al tema establecido. Por lo que, procedo a realizar la validación respectiva.

Nombre Completo: Estela Zúfiga Morales

Cargo Profesional: Enfermera

Firma: 

7.3 Apéndice 3. Entrevista con Karen Briceño Guadamuz encargada de la Jefatura de Enfermería del Hospital Metropolitano

La entrevista fue realizada el día viernes 04 de marzo del 2022, a las 9:00 am, mediante una reunión a través de la aplicación de Microsoft Teams.

Inicialmente, previo al consentimiento de inicio de la grabación, se dio una breve presentación de mi parte como la desarrolladora de la tesis, dejando en claro que, la finalidad de la entrevista es meramente para fines académicos, por lo que la información recolectada sería de uso únicamente como fuente de sustento informativa para la tesis.

Lo siguiente fue lo que se discutió durante el periodo de la grabación:

Entrevistadora: Estos son los objetivos a los que pretendo darles respuesta con la información que usted me brinde. Que serían identificar los procedimientos para la recolección de información sobre medicamentos de pacientes pluripatológicos ingresados al centro médico de estudio y la funcionalidad de estos. Y pues, también, reconocer posibles factores vinculados a discrepancias en el método de conciliación del tratamiento farmacológico para pacientes pluripatológicos y sus implicaciones en la coordinación multidisciplinaria del centro médico de estudio.

Entonces el bloque de preguntas, va estar dividido en cinco temas, inicialmente comenzamos por el bloque de Jefatura de Enfermería; entonces sería que un me dé su nombre, años de experiencia y descripción de su puesto:

Karen: Ah bueno, ok, perfecto, bueno, mi nombre es Karen Briceño Guadamuz, divorciada, tengo dos hijos, yo tengo acá en el hospital Metropolitano 6 años, en el puesto de Jefatura de Enfermería, tengo unos 4 años aproximadamente, pero, ya abordando lo que son las dos sedes, porque yo empecé en sede San José. En la sede de Lindora llevo 1 año y 8 meses. Ya que tengo el control de ambas sedes.

Experiencia, bueno, yo empecé a trabajar como en el 2009 - 2010, cuando empecé a trabajar en la Caja, ahí estuve 3 años, de ahí, pasé a trabajar 7 años al Hospital CIMA, que fue el primer hospital privado en que yo trabajé, acá en San José, porque yo soy de Guanacaste.

Yo me encargo de todo lo que es el área clínica, yo tengo acá a cargo mío lo que es hospitalización, endoscopía, cardiología, todo lo que son servicios clínicos, emergencias. Y

también, le doy un poco de soporte al área de maternidad. Tengo a cargo, aproximadamente, ahorita, casi 100 personas, entre ellos terapeutas respiratorios, técnicos de cardiología, técnicos de endoscopía, asistentes de pacientes, ATAPS, enfermeras, auxiliares de enfermería y el Departamento de Coordinación de enfermería, que está compuesto por 5 enfermeros, ellos son como los líderes.

Ellos son los que me ayudan a mí, a estar como en el campo, porque mi trabajo se centra en parte administrativa y también directo. Entonces, digamos, yo te puedo decir que soy un 80% administrativa y un 20% que yo voy, hago rondas, estoy viendo cómo están trabajando los chicos. Entonces, los chicos de coordinación son los que me ayudan como a llevar un poco más de control en las diferentes áreas.

Yo me encargo de ver contrataciones de personal, de hacer evaluaciones, reportes de planillas, coordinaciones, capacitaciones; porque ahora se hizo un departamento de educación continua, entonces ahora trabajo muy de la mano con él. Me encargo de lo que son protocolos, políticas. Me faltó, también, cuidados intensivos. Entonces, digamos, coordinación de equipos, insumos que falten, recibo a los médicos, cuando hay diferencias entre departamentos, entonces también soy como conciliadora. Son varias funciones en el campo de una Jefatura, entonces, básicamente sería eso entre talvez uno que otro detallito ahí que se me haya quedado por fuera.

Entrevistadora: Ok, hablando del ingreso hospitalario, cómo se lleva a cabo el ingreso hospitalario desde el punto de vista de enfermería.

Karen: bueno, el paciente llega al Servicio de Admisión, ya sea paciente médico; paciente que venga con un internamiento externo, que el médico le dijo en la consulta, vaya y se interna o el paciente quirúrgico. Y tenemos el otro lado que es el paciente que ingresa por el Servicio de Emergencias. Entonces, vamos a hablar del paciente que viene externo.

Cuando el paciente viene externo, ellos llegan y hacen el proceso administrativo en Admisión y Cajas; ellos, primero llaman para ver si tenemos camas, si tenemos espacio, si hay espacio, se le hace la asignación, una vez que el proceso administrativo está listo, ellos llaman, entonces baja el asistente de pacientes o el enfermero. Este pasa por admisión por el expediente y traslada al paciente a la habitación.

Una vez que el paciente llega, se le dicen todas las pautas que van a seguir; digamos, que puede estar un acompañante con él, 24 horas. Puede llegar una persona de

visita, entonces; puede haber dos simultáneos, dependiendo del área donde se encuentre; solamente se puede quedar una persona durmiendo con ellos. Los horarios de visita; alimentación, que, si el familiar adquiere alimentación dentro de la cafetería, puede comer ahí, si no, tiene que ir a comer al comedor de empleados. Eso para evitar, de que el paciente coma, talvez algún tipo de dieta que vaya a poner riesgo su vida.

Una vez que se hace todo el proceso de inducción del área de hospitalización, el paciente procede a hacerse el cambio de ropa, entonces, ya venimos a ver lo que son las indicaciones.

Si el paciente trae el tratamiento crónico, normalmente se conversa con el médico, para ver si hay alguna modificación. Por ejemplo, el médico llega y pone: Irbesartan 150 mg por día, Warfarina, etcétera. Él pone tratamiento de uso crónico. Entonces nosotros, tenemos que pedirle el tratamiento al paciente. Hay una hojita de conciliación de medicamentos, que ahorita te puedo reflejar, cuando ya termines de compartir pantalla vos.

Esa hojita es un control cruzado, que se le hace al paciente. Nosotros lo estábamos realizando, pero ahorita, hubo un cambio, para hacerlo directamente en farmacia. Nosotros en Lindora, no le aceptamos al paciente las medicaciones. Muchas veces las traen en sus cajitas, entonces nada más vienen rotulado por día AM – PM o en la tarde. Eso, nosotros tratamos de no recibirlo, porque yo no sé, pastillitas blancas, hay un montón, pastillitas amarillas también, entonces, yo no puedo dar fe de que ese sea el medicamento.

Entonces, básicamente nosotros sí le decimos al paciente, si usted tiene los blistick, nos da el blistick a nosotros; para nosotros corroborar en ese formato, por ejemplo, Irbesartan de 150 mg, él lo toma por día y me está entregando 10 comprimidos. Esto, porque a la hora de que el paciente egresa, yo tengo que ir y decirle, ok, estuvo internado por 5 días, utilizamos 5 pastillas, le devuelvo 5. Entonces, yo tengo que anotar lo que yo devuelvo.

Cuando nosotros hacemos ese control, normalmente, se hace con el familiar. El encargado, si es un adulto mayor, si es un niño, o alguien que tenga alteración del estado de la conciencia, o no pueda recordar muy bien cómo toma sus medicamentos. Entonces, sea hace ya sea con el cuidador o el familiar. Se notan los medicamentos, se anota la fuerza, la frecuencia, la cantidad de comprimidos que recibimos, y el familiar que entrega eso, tiene que firmar la boleta, donde hace constancia de que eso fue lo que entregó.

Antes, nos pasaba que el doctor ponía, tratamiento crónico; se daban los medicamentos. A lo último, el familiar decía, no, es que yo a usted le di 20 tabletas de Tafil y talvez nosotros sabíamos que nos habían dado 2 o 3 Tafil, pero no había una constancia. Entonces, ya ahí se venían esos problemas, de que los familiares decían, yo les di más medicamentos, entonces ya con eso, se vienen a evitar muchas cosas.

Entrevistadora: perdone que la interrumpa, pero ¿a partir de cuándo se empezó a dar eso?

Karen: Más o menos a partir de año y medio, dos años, ya se empezamos a implementar. Pero esta última actualización, la mandaron hace dos semanas (18 de febrero), que ya fue el área de educación que dijo, se va modificar la boleta, se hizo un machote nuevo y todo. Tuvimos que improvisar de esa manera, porque nos pasaba, y uno decía como, di, había familias que decían, no muchas gracias, pero nosotros en Lindora tuvimos dos casos que se cerraron y dijeron les trajimos y les entregamos. Nosotros básicamente tuvimos que ver cómo traemos las cajas. Me acuerdo que, gracias a Dios, eran medicamentos de cardiología y llevan muestras médicas y entonces pudimos compensar con esa parte, pero medicamentos de uso controlado, imagínese cómo saca uno la receta.

Entonces, a raíz de eso, nosotros dijimos ya no podemos seguir en eso, va a ser la palabra de nosotros contra la del cliente y el cliente siempre tiene la razón. Entonces se comenzó a hacer ese control, que la verdad, nos vino a mejorar bastante lo que era la conciliación de medicamentos. Entonces, como te digo una vez que el paciente egresa, inmediatamente nosotros vamos con la boleta, ponemos estamos entregando tanto, porque tantos fueron utilizados y ellos tienen que firmar el recibido del medicamento, donde queda la constancia de que sí se entregó.

Eso nos evitó un problema con un paciente, entonces, se le dijo, no, ya se le entregó a su mamá, aquí está la constancia, aquí está todo. Y eso nos evitó un problema a nosotros posiblemente grande.

Lo que no estábamos haciendo, talvez, era que no se estaba pasando a Farmacia la conciliación y eso son cosas que uno tiene que comenzar a mejorar cuando uno hace una conciliación de medicamentos. Porque ellos tienen que llevar el control, entonces son detalles que se han tenido que ir mejorando.

Entrevistadora: Entonces, ¿ustedes consideran que sí están realizando la conciliación de medicamentos?

Karen: Sí, digamos, ya de un tiempo para acá. Pero, digamos, cuando yo entré al hospital no se hacía, o sea el paciente me daba los medicamentos, porque yo entré como enfermera; yo los usaba y cuando se iba yo se los daba, lo de tratamiento crónico.

Hay pacientes que, si te voy a decir que ellos dicen, no, yo manejo mis propios medicamentos. Entonces, son casos muy esporádicos, pero uno le dice al doctor, entonces el médico tiene que poner una nota, paciente maneja su tratamiento.

Entrevistadora: Le iba a preguntar respecto a la Historia clínica del paciente, ¿ustedes (enfermeros) tienen algo que ver con eso de recopilar información.

Karen: El médico propiamente tiene una hoja que se llama historia clínica y Enfermería hace una valoración inicial de enfermería. Entonces, en esa valoración se tiene que poner los datos generales del paciente, se tiene que poner peso, talla, los signos vitales con los que el paciente ingresa, el motivo por el cual refiere por palabras de él, digamos por palabras de él por qué está siendo internado. Además, tenemos una serie de Check List, de lo que son las patologías que el paciente presenta; después viene un apartado de alergias, se tiene que poner a qué medicamento presenta alergia, la reacción que presenta el paciente y colocar un sello que se maneja de color verde.

Viene la parte de tratamientos crónicos en el hogar, que también se tiene que anotar esa lista en esa valoración; antecedentes quirúrgicos, toda la parte de valoración social; si tiene trastornos del sueño, si toma algún medicamento para trastornos del sueño. Si el paciente tiene dolor, viene una página solo de dolor. Si el paciente es quemante, si le irradia hacia algún lado, si es punzante, describir todo lo que es el dolor. Como te digo, la valoración viene por sistemas, entonces yo tengo que ir evaluando todos los sistemas (gastrointestinal, cardiovascular, pulmonar, etc). Es un folleto de tres hojas, está la valoración inicial de enfermería. Y el médico hace su historia clínica por aparte.

Entrevistadora: ¿Cuál es su opinión sobre la cooperación multidisciplinaria del hospital respecto al manejo de la medicación del paciente?

Karen: Vieras que, en lo personal, yo nunca he tenido problemas con los chicos, siempre hemos tenido muy buena comunicación desde que yo era enfermera. Ahora se está aplicando en Lindora una nueva metodología que, yo creo ha venido a mejorar un poco,

hacemos unas visitas multidisciplinarias, todos los días entre semana, de lunes a viernes se hace a las 9:00 am. Entonces, está el personal de Enfermería que está ahí en el campo, llega un representante de Farmacia, un representante de Laboratorio, uno de Fisioterapia, uno de Terapia Respiratoria, uno de nutrición y está el Coordinador de Enfermería.

Todo este grupo multidisciplinar, entra a cada habitación. El enfermero hace la entrega del paciente, entonces, ahí de una vez vamos abordando sobre medicación, entonces, ha pasado que llega el doctor y en medio de la visita dice ocupamos un medicamento, entonces ahí de una vez se hace la intervención. El farmacéutico le dice, mira, doctor no ese, pero le ofrezco este otro. Entonces, yo siento que esas visitas han ayudado a mejorar lo que es el trabajo en equipo entre disciplinas. Beneficio para el paciente, porque entonces cuando ingresamos en la habitación, nos presentamos y ahí el paciente comienza a referir, nosotros le decimos, ¿tiene alguna consulta de la medicación?, ¿tiene alguna consulta sobre algún otro departamento? y de una vez se hace el abordaje, si hay un cambio de medicamento, he notado que los compañeros de Farmacia le dicen, ok, inicia con este medicamento y se lo tiene que tomar así, o este es el mismo medicamento, pero con otro nombre. Y si ellos tienen alguna duda sobre efectos, inmediatamente se hace el abordaje. Entonces yo creo que estas visitas han ayudado a que se integre un poco más lo que es el trabajo en equipo.

Como en todo, a veces hay ahí alguna otra cosita que talvez se nos vaya, pero digamos que no han sido como difícil de solucionar. Hemos tenido casos donde talvez en turnos de la noche, te lo digo cuando yo era enfermera en la noche, donde a veces no teníamos un medicamento por una emergencia o algo, pero digamos, uno hablaba con los compañeros de Farmacia y ellos tratan de buscar la solución. Si en ese momento no tenemos, no tenemos una casa donde pedirselo, yo sé que ellos hacen un préstamo entre hospitales, ellos se conversan entonces, yo he ido con Gina, una compañera de San José, hemos ido a Clínica Bíblica y recogido un medicamento a la 1:00 am y así un medicamento de emergencia. Entonces yo siento que en esa parte sí hay como trabajo en equipo. Y hay mucha cooperación por ambos departamentos (Farmacia y Enfermería).

Entrevistadora: Y esta nueva metodología de la cual usted me habla, ¿hace cuánto la pusieron en vigencia?

Karen: Aquí en Lindora, se montó el plan piloto, aquí empezamos, si no me equivoco, octubre-noviembre del año pasado. En San José, lo empezamos en diciembre-enero de este año. Empezamos en Lindora, porque nosotros arrancamos en una sede y ya cuando logramos el periodo de adaptación, de una vez lo llevamos a otra sede.

Entrevistadora: Muy bien, la siguiente pregunta sería ¿Hay cambio de personal de enfermería cuando se hace transición de un servicio de a otro (ingreso/alta)?

Karen: Sí, me refiero, si el paciente está en urgencia y pasa a hospitalización. Sí claro, cada departamento tiene su personal por aparte. De igual manera, siempre tratamos de que los chicos roten en los diferentes departamentos. Pero sí, cada departamento tiene ya su grupo establecido.

Entrevistadora: En cuanto a lo que son los pacientes pluripatológicos, ¿Cómo es el manejo brindado a un paciente pluripatológico? ¿Hay algún tipo de trato distinto al de un paciente no pluripatológico?

Karen: Diay es que, dependiendo de la condición, pero sí tienen un trato distinto por condición, se les tiene que brindar mejor atención, es que hay que estar más encima. Es un trato prioritario. Digamos, yo no te puedo comparar un paciente que esté encamado a un paciente que sea ambulatorio. Ya, porque este paciente me va a demandar más. Entonces, digamos, si hay una pequeña diferencia en el manejo.

Entrevistadora: A la hora de hacer un traslado, ¿existe un encargado que se detenga a comparar la medicación que el paciente tomaba antes del ingreso hospitalario (medicación domiciliaria) con la reciente prescripción médica, con el fin de encontrar posibles diferencias, duplicidades o interacciones?

Karen: Los chicos de emergencia, cuando ellos suben ellos entregan al paciente, pero casi siempre, en emergencias, no utilizan los medicamentos crónicos. Digamos, el paciente llega y dependiendo de la hora, ya se tomó su medicamento en la mañana. Entonces, ellos lo que hacen es dar la medicación de impregnación y las nuevas indicaciones. Cuando ellos suben, ellos también tienen una valoración un poco más pequeña, pero también viene lo que son los medicamentos del hogar. Entonces ellos dicen, el paciente toma estos medicamentos, entonces el familiar los trae de camino, los trae en el transcurso de la noche, la tarde, porque salen de emergencias y no los llevan a mano, no saben que talvez se va a quedar internado, entonces el familiar sabe que debe traer los

medicamentos y ya están educados de que deben ir a buscar a los de Farmacia para poder hacer la conciliación.

Y hay algunos que sí tienen los medicamentos ahí, porque digamos, hay cuidadores o familiares que sí traen los medicamentos para que el doctor vea. Por ejemplo, un día de estos nos pasó que un paciente no reaccionaba, no reaccionaba y hasta que llegó la hija. Todo el mundo decía, que raro los exámenes salen bien, solo al estímulo y todo. Y todo el mundo pensaba, está haciendo algo a nivel cerebral y cuando nos damos cuenta, era que a la paciente le habían hecho una modificación en el medicamento. Le habían enviado Clonazepam, la señora se lo tomó, se le había olvidado y se volvió a tomar otra dosis. Lo que tenía era un efecto que la señora estaba dormida, hasta que llegó la hija y nos dice, no es que el doctor le dio este medicamento, el medicamento era para la noche, pero se lo dieron a las 6:00am. Claro, eran las 10:00am, y a la señora no la podían ni levantar. Entonces, suceden cosas como esa.

Normalmente, los chicos de emergencias nos informan y nos dicen si ya el familiar tiene el medicamento, si ellos hicieron la conciliación o si hay que hacer la conciliación que ellos nos lleven los medicamentos.

Entrevistadora: ¿Se han llegado a detectar casos de discrepancias en los pacientes polimedicados?

Karen: Por eso también es que sí hacemos la conciliación, porque por ahí, por ejemplo, a veces el paciente está anticoagulado. Vea el paciente es típico que usted le diga, padece de algo y el paciente le dice no padezco de nada. Pero resulta que de repente, llegó el familiar y de repente usted le mandó un Clexane, un ejemplo al azar, el paciente toma Warfarina, pero hasta que el familiar llega, dice no es que él toma estas pastillitas, las sacan y resulta que el paciente es hipertenso, es diabético, está anticoagulado y todo.

Entonces, esa es la ventaja de ahora tener la boleta y poder hacer la comparación, porque uno adjunta la boleta y si yo veo que se está tomando dos anticoagulantes, entonces, obviamente uno levanta la mano y tiene que decirlo, pero digamos, sí ha pasado que antihipertensivos, que talvez se le está dando alguno y el paciente no había dicho que era hipertenso y que estaba tomando X medicamento verdad. Y de repente ves, por qué está tan hipotenso y es que él se la tomo.

Entonces, es por eso que nosotros tratamos como de quitar los medicamentos y mejor manejarlos nosotros. Porque nosotros sabemos si lo toma o no lo toma. Pero no te voy a mentir, sí se han dado discrepancias.

Entrevistadora: ¿Cuáles considera usted que sean los medicamentos que más se relacionan con discordancias que se pueden encontrar?

Karen: Los antihipertensivos y antidiabéticos. Diabetes y presión. Es que yo siento que ellos lo ven como algo normal, entonces pueda ser que ahí tengamos una pequeña discrepancia.

Entrevistadora: ¿Qué opina de que sea un farmacéutico el encargado de la recolección de la información de los medicamentos que el paciente toma o podría considerarse un proceso multidisciplinar?

Karen: pues vieras que como te digo, sería bueno que sí, pues obviamente que lo hagan los chicos de Farmacia, por son ellos los que tienen el control de lo que son las entregas de medicamentos, ellos llevan con un cuadro donde ellos ponen el nombre del paciente, ponen los medicamentos, es como el control que ellos llevan, de las dosis, de la fuerza verdad, a la frecuencia y todo. Entonces para mí, sí es super importante. A las dos opciones les digo sí, porque sí es bueno, pues que haya como esa comunicación con Enfermería. Porque básicamente somos nosotros dos y obviamente el médico, pero di al final el médico se va y los que quedamos somos Farmacia y Enfermería.

Entrevistadora: ¿Vería usted viable la instauración de la conciliación de medicamentos, es decir de un protocolo estandarizado en el hospital para el cual usted labora que indique una manera óptima de realizar el proceso al ingreso, transición como al alta hospitalaria?

Karen: Super viable.

7.4 Apéndice 4. Machote de preguntas elaboradas para la encuesta

Estimada (o) profesional de la salud:

Mi nombre es Keiry Natasha Morales Torres estudiante de la Universidad Internacional de las Américas, ejecuto un proyecto de investigación titulado "Importancia de la conciliación farmacoterapéutica en la estandarización del proceso de ingreso hospitalario de pacientes pluripatológicos a centros hospitalarios: el caso del Hospital Metropolitano, sede Central, durante el primer cuatrimestre del 2022", para optar por el grado académico de Licenciatura en Farmacia, es por ello que requiero conocer sus opiniones desde su perspectiva profesional. Con sus respuestas contribuirá en la propuesta de una guía que perfeccione el referido proceso, del cual usted forma parte. Es importante mencionar que sus opiniones serán manejadas de forma confidencial y utilizadas de manera educativa. Se agradece de antemano su colaboración.

Cuestionario:

| Tabla. Preguntas de la encuesta puesta en vigencia en el área de Farmacia y de Enfermería del Hospital Metropolitano Sede Central | |
|--|---|
| 1 | Departamento para el cual labora |
| 2 | Describa brevemente, la forma en que se recolecta la información de los usuarios ingresados al centro de salud |
| 3 | ¿Qué opina de la técnica con que se recauda la información sobre los medicamentos que utilizan los pacientes a nivel de ingreso hospitalario? |
| 4 | ¿En promedio, cuánto tiempo tarda el proceso de recolección de información medicamentosa de un usuario que ingresa al hospital? |
| 5 | ¿Cuánta efectividad le atribuye a la técnica de recolección de información de medicamentos puesta en vigencia en el servicio de ingreso hospitalario? |
| 6 | ¿Cuál es su opinión sobre la cooperación multidisciplinar que hay en el centro de salud? |
| 7 | Una transición asistencial, puede ser entendida como el cambio que se realiza a un paciente de una habitación a otra, de una especialidad a otra o de un servicio de salud a otro. Cuando en el hospital se realiza una transición asistencial a un paciente, ¿se hace cambio del personal que lo asiste? |

| | |
|----|---|
| 8 | A la hora de realizar una transición asistencial, ¿existe un encargado que se detenga a comparar la medicación que el paciente toma con el fin de encontrar posibles desigualdades? |
| 9 | En su opinión, ¿Quién es un paciente clasificado como pluripatológico? |
| 10 | ¿La atención brindada a un paciente pluripatológico varía en comparación a la de un paciente no pluripatológico? |
| 11 | Entiéndase discrepancia como la diferencia visible que hay entre una prescripción hecha durante la estancia hospitalaria frente a la que tuviera el paciente antes de la misma. Las discrepancias no justificadas se tienen cuando el prescriptor no justifica con suficiente fondo, frente al cuadro clínico de un paciente, la adición, retiro o cambio en un medicamento. ¿Bajo qué parámetros son medidas las discrepancias no justificadas que se presentan en el centro de salud? |
| 12 | Existen diversas causas que conllevan a que un paciente no alcance el éxito en su terapia con medicamentos, lo cual puede estar relacionado a Errores de Medicación, ejemplo de ello son los errores de prescripción, los errores de dispensación, los errores de administración, Interacciones o ausencia de educación al paciente. Según su experiencia, ¿Cuáles son los errores más comunes que se generan en el servicio de ingreso hospitalario? |
| 13 | ¿Cuáles son los medicamentos que más se relacionan con discordancias y por qué? |
| 14 | Cuando un paciente trae un medicamento de uso crónico desde su hogar al hospital para consumirlo, ¿hay algún tipo de formalidad que se deba cumplir o el cuidador puede brindarle el medicamento? |
| 15 | ¿Sabe usted de qué se trata la conciliación de medicamentos? Nota: La conciliación de la medicación se define como un proceso formal consistente en comparar la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una transición asistencial o de un traslado dentro del propio nivel asistencial, con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas |
| 16 | ¿Qué opina de que en el país no haya un protocolo oficial para la realización de la conciliación de medicamentos a nivel de los servicios de salud nacionales? |

| | |
|--|--|
| 17 | ¿Vería usted viable la instauración del proceso de conciliación de medicamentos en el hospital para el cual usted labora? |
| 18 | ¿A qué población en particular considera que deba ir dirigida la conciliación de medicamentos? |
| 19 | ¿Qué opina de que sea un farmacéutico el encargado de entrevistar al paciente para recolectar la información de los medicamentos que este consume? |
| Fuente: Diseño propio con base en las preguntas encuestadas a los funcionarios del Hospital Metropolitano | |

7.5 Apéndice 5. Validación de las preguntas a encuestar

Observaciones

Pregunta 1 se podría cambiar la palabra a nivel por en el momento del ingreso hospitalario.

Pregunta 2 sugiero cambiar la palabra tarde por tarda.

Pregunta 4 se podría preguntar por el trabajo multidisciplinario en el centro de salud.

Pregunta número 7 se podría cambiar paciente no pluripatológico por el resto de los pacientes.

Pregunta 8 donde se menciona las discrepancias no justificadas se tienen, se podría cambiar la palabra tienen por muestran.

Pregunta 9 en vez de a la hora se podría preguntar en el momento.

Pregunta 10 cuando se coloca entre paréntesis lo del paciente correcto se podría cambiar esa frase por paciente, medicamento, dosis y forma farmacéutica adecuadas.

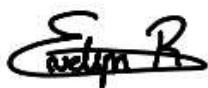
Pregunta 17 se podría reestructurar preguntando ¿Qué opina usted si un farmacéutico es la persona que se encarga de recolectar la información sobre los medicamentos que consume el paciente?

Posterior a la revisión de la encuesta anterior, realizada por la estudiante Keiry Natasha Morales Torres, número de identificación 115780209, cuyo destino son los diversos profesionales de salud que laboran en el Hospital Metropolitano en el ingreso hospitalario, para la tesis de grado titulada "Importancia de la conciliación farmacoterapéutica en la estandarización del proceso de ingreso hospitalario de pacientes pluripatológicos a centros hospitalarios: el caso del Hospital Metropolitano, sede Central, durante el primer cuatrimestre del 2022" para optar por el título de Licenciatura en Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas. Hago constar que el presente instrumento se encuentra acorde a los parámetros estipulados, está debidamente estructurada y el contenido es conforme al tema establecido. Por lo que, procedo a realizar la validación respectiva.

Nombre Completo Evelyn Cristal Ramos Fernández

Cargo Profesional: Médico General. Código 17300

Firma



7.6 Apéndice 6. Validación de las preguntas a encuestar

Posterior a la revisión de la encuesta anterior, realizada por la estudiante Keiry Natasha Morales Torres, número de identificación 115780209, cuyo destino son los diversos profesionales de salud que laboran en el Hospital Metropolitano en el ingreso hospitalario, para la tesis de grado titulada "Importancia de la conciliación farmacoterapéutica en la estandarización del proceso de ingreso hospitalario de pacientes pluripatológicos a centros hospitalarios: el caso del Hospital Metropolitano, sede Central, durante el primer cuatrimestre del 2022" para optar por el título de Licenciatura en Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas. Hago constar que el presente instrumento se encuentra acorde a los parámetros estipulados, está debidamente estructurada y el contenido es conforme al tema establecido. Por lo que, procedo a realizar la validación respectiva.

Mariana Gómez Peña

Regente farmacéutico Cod :6674

MARIANA
GOMEZ PEÑA
(FIRMA)

Firmado digitalmente por
MARIANA GOMEZ PEÑA
(FIRMA)
Fecha: 2022.02.06 19:25:00
-06'00'

7.7 Apéndice 7. Validación de las preguntas a encuestar

Posterior a la revisión de la encuesta anterior, realizada por la estudiante Keiry Natasha Morales Torres, número de identificación 115780209, cuyo destino son los diversos profesionales de salud que laboran en el Hospital Metropolitano en el ingreso hospitalario, para la tesis de grado titulada "Importancia de la conciliación farmacoterapéutica en la estandarización del proceso de ingreso hospitalario de pacientes pluripatológicos a centros hospitalarios: el caso del Hospital Metropolitano, sede Central, durante el primer cuatrimestre del 2022" para optar por el título de Licenciatura en Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas. Hago constar que el presente instrumento se encuentra acorde a los parámetros estipulados, está debidamente estructurada y el contenido es conforme al tema establecido. Por lo que, procedo a realizar la validación respectiva.

Nombre Completo

Angie Bustamante Badilla código: 6198

Cargo Profesional

Farmacéutica

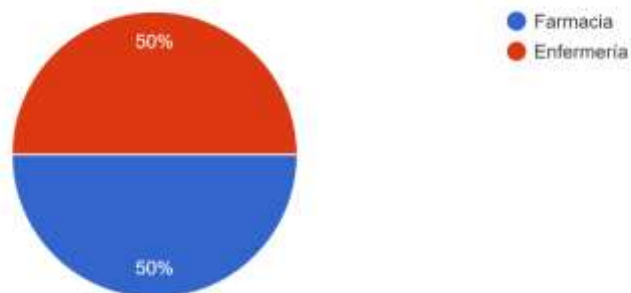
Firma

| | |
|-----------|-------------------|
| ANGIE | Firmado |
| DENISSE | digitalmente por |
| BUSTAMANT | ANGIE DENISSE |
| E BADILLA | BUSTAMANTE |
| (FIRMA) | BADILLA (FIRMA) |
| | Fecha: 2022.02.11 |
| | 13:13:27 -06'00' |

7.8 Apéndice 8. Pantallazos del resumen de las respuestas de la encuesta

1. Departamento para el cual labora:

6 respuestas



2. Describa brevemente, la forma en que se recolecta la información de los usuarios ingresados al centro de salud

6 respuestas

Por formularios ya establecidos que toman la información del paciente y sus patologías, además de consentimientos informados.

Actualmente se lleva a cabo por parte del servicio de enfermería. Se tiene documentación dónde se anotan antecedentes personales del paciente y tratamientos

La información proviene del expediente médico del paciente

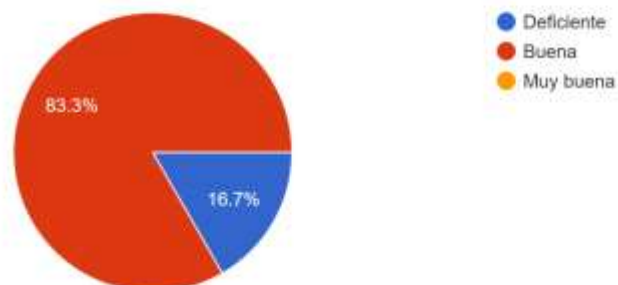
Perfil fármaco terapéutico o expediente electrónico

Se hace una entrevista inicial del paciente, recopilando información de un check list dónde contiene información demográfica del mismo así como APP y APQx., alergias, medicamentos y demás

De forma verbal y posteriormente se digitaliza

3. ¿Qué opina de la técnica con que se recauda la información sobre los medicamentos que utilizan los pacientes a nivel de ingreso hospitalario?

6 respuestas



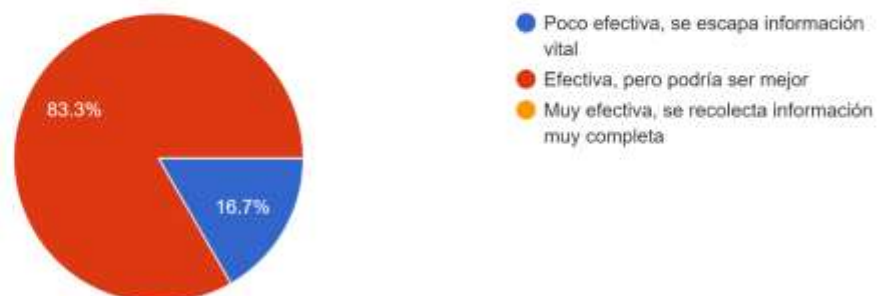
4. En promedio, cuánto tiempo tarda el proceso de recolección de información medicamentosa de un usuario que ingresa al hospital?

6 respuestas



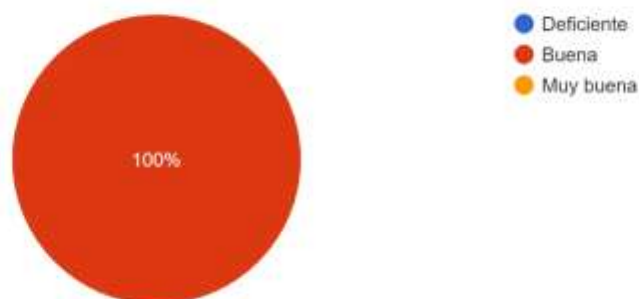
5. ¿Cuánta efectividad le atribuye a la técnica de recolección de información de medicamentos puesta en vigencia en el servicio de ingreso hospitalario?

6 respuestas



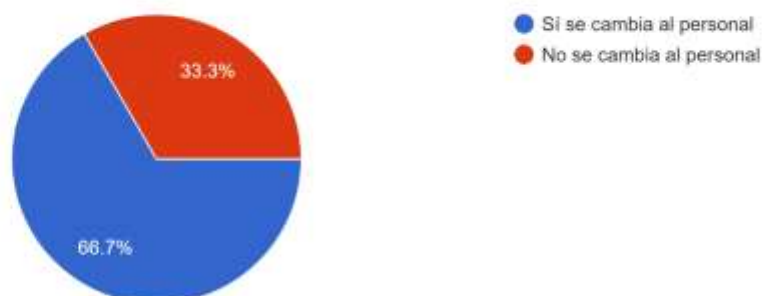
6. ¿Cuál es su opinión sobre la cooperación multidisciplinaria que hay en el centro de salud?

6 respuestas



7. Una transición asistencial, puede ser entendida como el cambio que se realiza a un paciente de una habitación a otra, de una especialidad a otra o...iente, ¿se hace cambio del personal que lo asiste?

6 respuestas



8. A la hora de realizar una transición asistencial, ¿existe un encargado que se detenga a comparar la medicación que el paciente toma con el fin de encontrar posibles desigualdades?

6 respuestas



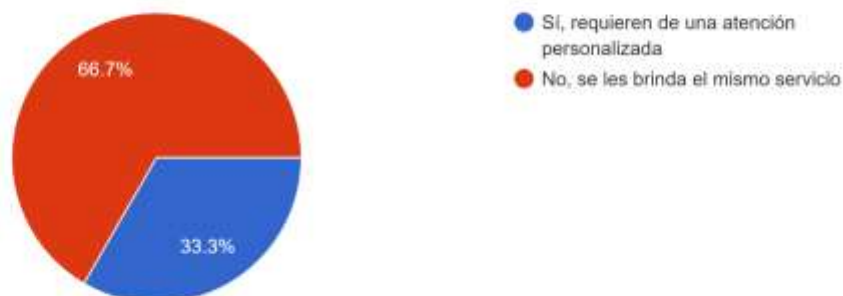
9. En su opinión, ¿Quién es un paciente clasificado como pluripatológico?

6 respuestas

- Aquel con diferentes patologías
- Aquel paciente que padece más de 3 o más enfermedades concomitantes
- Que padece varias enfermedades concomitantemente
- Pacientes con varias enfermedades crónicas
- Aquel pacientes con múltiples patologías
- Usuario con muchas patologías

10. ¿La atención brindada a un paciente pluripatológico varía en comparación a la de un paciente no pluripatológico?

6 respuestas



11. Entiéndase discrepancia como la diferencia visible que hay entre una prescripción hecha durante la estancia hospitalaria frente a la que tu...ustificadas que se presentan en el centro de salud?

6 respuestas



12. Existen diversas causas que conllevan a que un paciente no alcance el éxito en su terapia con medicamentos, lo cual puede estar relacionado a Errores de Medicación, ejemplo de ello son los errores de prescripción, los errores de dispensación, los errores de administración, interacciones o ausencia de educación al paciente. Según su experiencia, ¿Cuáles son los errores más comunes que se generan en el servicio de ingreso hospitalario?

6 respuestas

Que el paciente no brinde información completé de alergias y medicamentos o no lo sabe

Interacciones, error de prescripción

Errores de administración, interacciones

Interacciones, duplicidad de tratamiento

No recuerdo algún caso puntual que haya observado

Perdida en la cadena de frío

13. ¿Cuáles son los medicamentos que más se relacionan con discordancias y por qué?

6 respuestas

Antihipertensivos, anticoagulantes

Tratamientos antihipertensivos, para diabetes ya que el paciente en ocasiones no indica que padece de algo. O también se da por la atención de múltiples especialistas en un solo paciente y en ocasiones no se revisan las indicaciones del otro médico

Analgésicos

Aines, ya que los envían en conjunto

No recuerdo

Tratamientos crónicos

14. Cuando un paciente trae un medicamento de uso crónico desde su hogar al hospital para consumirlo, ¿hay algún tipo de formalidad que se deba cumplir o el cuidador puede brindarle el medicamento?

6 respuestas

Si, existe una hoja de recolección de la información respecto a medicamentos que el paciente entrega a enfermería

Si, lo ideal es que sea entregado al departamento de enfermería para la administración según indicación del médico tratante

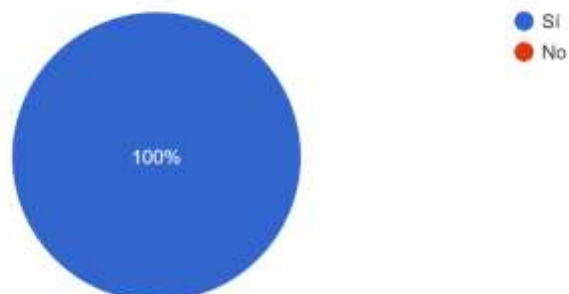
No se realiza ninguna formalidad

Debe entregarse a farmacia para garantizar su estabilidad y ser etiquetado respectivamente

Si la hay, lo ideal es que sea enfermería quien administre los medicamentos, sin embargo, hay pacientes que se niegan a realizarlo y son ellos que de dejan el tratamiento en la habitación para su administración

Existe una hoja de conciliación

15. ¿Sabe usted de qué se trata la conciliación de medicamentos? Nota: La conciliación de la medicación se define como un proceso formal consi...analizar y resolver las discrepancias detectadas.
6 respuestas



16. ¿Qué opina de que en el país no haya un protocolo oficial para la realización de la conciliación de medicamentos a nivel de los servicios de salud nacionales?

6 respuestas

Sería bueno que exista una guía estándar a nivel nacional, sin embargo, cada centro hospitalario debe adaptarlo a sus requerimientos

Debería normalizarse el proceso a nivel nacional, que cada centro adapte esas guías a su realidad institucional

Una lástima

Falta mucha información y protocolos que realizar

Debería haber un standard para este proceso, es de suma importancia para el bienestar y evolución del paciente hospitalizado. Además de de una homogenización de los procesos en cualquier sitio de trabajo

Un proceso deficiente y burocrático

17. ¿Vería usted viable la instauración del proceso de conciliación de medicamentos en el hospital para el cual usted labora?

6 respuestas



18. ¿A qué población en particular considera que deba ir dirigida la conciliación de medicamentos?

6 respuestas

A todos aquellos con tratamientos crónicos

A todo paciente que consuma tratamientos crónicos u agudos y que requieran una hospitalización

Todos los pacientes

Adultos mayores

A todo paciente con un tratamiento crónico

A la adulta mayor

19. ¿Qué opina de que sea un farmacéutico el encargado de entrevistar al paciente para recolectar la información de los medicamentos que este consume?

6 respuestas

Sería mejor que se mantenga por parte de enfermería un proceso estandarizado que el farmacéutico llegué a validar posteriormente

Puede ser una función multidisciplinar de mejor forma

Apropiado

Los mas indicado, igual podría ser en conjunto con enfermería

Sí se puede trabajar en conjunto con este departamento

Sería genial

7.9 Apéndice 9. Propuesta de guía de conciliación de medicamentos



PROPUESTA DE GUÍA DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

KEIRY NATASHA MORALES TORRES



MARZO DE 2022

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS
Modalidad de tesis para optar por el grado de Licenciatura en Farmacia

1 CONTENIDO

| | | |
|-------|--|----|
| 2 | Presentación..... | 2 |
| 2.1 | Descripción..... | 2 |
| 2.2 | Objetivo..... | 2 |
| 2.2.1 | General..... | 2 |
| 2.2.2 | Específicos..... | 2 |
| 3 | Especificaciones..... | 3 |
| 3.1 | Perspectiva teórica o glosario..... | 3 |
| 3.2 | Población..... | 6 |
| 3.3 | Funciones del personal..... | 6 |
| 3.3.1 | El responsable del protocolo..... | 6 |
| 3.3.2 | Personal Médico, Enfermería y Farmacéutico..... | 6 |
| 3.4 | Formato del formulario..... | 7 |
| 3.5 | Modo de llenar el formulario..... | 8 |
| 4 | Formularios..... | 9 |
| 4.1 | Formulario de conciliación de medicamentos al ingreso Hospitalario..... | 9 |
| 4.2 | Formulario de conciliación de medicamentos al alta hospitalaria..... | 10 |
| 4.3 | Formulario de seguimiento hospitalario al paciente..... | 11 |
| 5 | Referencias..... | 13 |
| 5.1 | Algunas fuentes de información y recursos sobre conciliación de la medicación..... | 14 |

2 PRESENTACIÓN

2.1 DESCRIPCIÓN

En el medio costarricense no existen estadísticas reales confiables de las consecuencias derivadas de la falta de conciliación de medicamentos en los centros nacionales, en realidad no existe una cultura de conciliación, razón por la cual la implementación de un protocolo se convierte en una verdadera necesidad del hospital para proporcionar una atención basada en la seguridad del paciente. La siguiente propuesta busca elaborar una guía integral a partir de la recopilación de protocolos puestos en vigencia en distintos centros de salud ubicados en diversos países y recomendaciones elaboradas a partir de la entrevista con la jefatura de enfermería.

2.2 OBJETIVO

2.2.1 General

Establecer una guía para la conciliación de medicamentos que asegure al paciente recibir los medicamentos necesarios que tomaba previamente, excepto si se han modificado o suspendido por el prescriptor, asegurándose de que los nuevos sean prescritos con la dosis, vía y frecuencia correctas, todo esto tomando en cuenta la situación clínica del paciente, disminuyendo así las posibles discrepancias generadas al ingreso, durante la hospitalización y al alta en los pacientes del Hospital Metropolitano.

2.2.2 Específicos

Controlar, identificar y prevenir los errores en la conciliación de medicamentos de los usuarios que ingresen al hospital.

Instaurar un procedimiento local para la conciliación de medicamentos que se ajuste a la realidad del servicio de ingreso hospitalario.

Implementar la cultura de conciliación de medicamentos en la práctica cotidiana.

3 ESPECIFICACIONES

3.1 PERSPECTIVA TEÓRICA O GLOSARIO

- **Prescriptor**¹, persona que prescribe algo.
- **Prescripción**², es documento legal por medio del cual los médicos legalmente capacitados recetan un medicamento para su debida dispensación por parte del personal farmacéutico.
- **Servicio Farmacéutico**³, es el servicio de atención en salud responsable de las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter técnico, científico y administrativo, relacionados con los medicamentos y los dispositivos médicos utilizados en la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con el fin de contribuir en forma armónica e integral al mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva.
- **Enfermedades crónicas**⁴, se definen como condiciones médicas que generalmente son progresivas, en la actualidad, estas son las principales causas de discapacidad y muerte en todo el mundo.
- **Pluripatología**¹; Una situación en la que un individuo vive con múltiples enfermedades (generalmente 3 o más), simultáneas, crónicas e incurable.
- **Polimedicación**², también llamada polifarmacia por traducción literal del término anglosajón "polypharmacy". Uso de múltiples fármacos de distintos grupos terapéuticos.
- **Transición asistencial**¹, toda interfaz en la que la prescripción debe ser revisada y nuevamente registrada de acuerdo a las políticas de la organización. A nivel hospitalario incluye el ingreso y el alta hospitalaria, desde el punto de vista ambulatorio habría que incluir traslado de servicio y el alta hospitalaria; desde el punto de vista ambulatorio habría que incluir la atención domiciliaria, la asistencia a urgencias o a diferentes consultas médicas, así como los cambios de domicilio y de médico de familia o los ingresos en centros sanitarios.
- **Conciliación de la medicación**⁵ (CM), se define como un proceso formal consistente en comparar la medicación que toma habitualmente un paciente con la medicación prescrita durante una transición asistencial, con el objetivo de detectar, analizar y resolver discrepancias, duplicidades o interacciones entre el tratamiento crónico y el prescrito en el nuevo nivel asistencial.

- **Discrepancia³**, cualquier diferencia entre la medicación que el paciente tomaba previamente y la medicación prescrita tras una transición asistencial. No constituye necesariamente un error.
- **Discrepancia justificada documentada³**, se da cuando el prescriptor decide añadir, cambiar o cesar un tratamiento y esta decisión se encuentra claramente documentada.
- **Discrepancia justificada no documentada³**, es cuando el prescriptor decide añadir, cambiar o cesar un tratamiento, pero esta decisión no se encuentra claramente documentada. No se trata de un error de medicación, pero puede llevar a confusión, requiere un trabajo extra del siguiente profesional que atiende al paciente y podría, finalmente, derivar en un error de medicación.
- **Discrepancia no justificada o error de conciliación¹**, el prescriptor, sin ser consciente de ello, añade un nuevo tratamiento o bien cambia o cesa un tratamiento que el paciente estaba tomando previamente. Se trata de errores de medicación potenciales que pueden provocar efectos adversos. Para calificar una discrepancia como error de conciliación, el prescriptor debe aceptarlo como tal tras solicitar su aclaración.
- **Duplicidades⁵**, el paciente presenta una duplicidad entre la medicación previa y la nueva prescripción.
- **Efecto adverso⁴**, es cualquier respuesta a un medicamento que es nociva y no intencionada y que se produce con las dosis utilizadas normalmente en el ser humano, puede presentarse durante la profilaxis, tratamiento de una enfermedad o cuando es usado para la restauración o modificación de funciones fisiológicas. Por tanto, las RAM (Reacciones Adversas a Medicamentos) son efectos no deseados de un medicamento, incluidos los efectos idiosincrásicos, que se producen durante su uso adecuado; difieren de la dosificación excesiva accidental o de la mala administración de un fármaco.
- **Interacciones entre medicamentos⁶**, hace referencia a la modificación del efecto de un fármaco por la administración anterior o concomitante de otro, puede ocasionar fracasos terapéuticos y/o posibles problemas iatrogénicos. Puede ocasionar la potenciación o el antagonismo de los efectos de los fármacos u otros tipos de reacciones. También pueden existir interacciones con plantas medicinales, alimentos y pruebas de laboratorio.

- **Errores de conciliación de la medicación⁸**, se define como una discrepancia no justificada al momento de la administración de los medicamentos, que pueden causar morbi-mortalidad en los pacientes.

3.2 POBLACIÓN

En vista de la importancia que tiene la conciliación de medicamentos para los usuarios del hospital, la guía propuesta podría ser aplicada todos los pacientes hospitalizados, independientemente del tiempo de estancia y causa del ingreso, siempre y cuando supere el periodo de 24 horas de estadía. La unidad de trabajo del hospital es un equipo multidisciplinario, por lo tanto, la conciliación de los medicamentos tendrá responsabilidad compartida entre el personal de enfermería, médico y personal farmacéutico.

3.3 FUNCIONES DEL PERSONAL

3.3.1 El responsable del protocolo

Se requiere de un responsable que guíe y dirija el proceso de conciliación de medicamentos, ya que en este recae la responsabilidad de asistir el servicio de una manera simplificada, garante y con calidad. Al mismo le compete:

3.3.1.1 Participar en la elaboración, validación, aprobación y socialización del protocolo de conciliación de medicamentos.

3.3.1.2 Programar capacitaciones al personal que asiste a los pacientes.

3.3.1.3 Asegurar el abastecimiento permanente de formularios en el servicio, si este es puesto en vigencia de manera física.

3.3.1.4 Monitorear el cumplimiento del protocolo de manera periódica

3.3.1.5 Buscar soluciones a los problemas que se presenten durante la ejecución del mismo.

3.3.2 Personal Médico, Enfermería y Farmacéutico

Se requiere de un personal comprometido con el proceso de conciliación de medicamentos, ya que en este recae el compromiso de ejecutar del servicio de una forma responsable, con disposición y eficacia. A los mismos les corresponde:

3.3.2.1 Participar en la adaptación del protocolo de conciliación.

3.3.2.2 Participar de acuerdo a su función en llenado del formulario, conciliación de los medicamentos al ingreso, durante la hospitalización y al alta de la paciente.

3.3.2.3 Identificación y notificación de los errores en la conciliación.

3.3.2.4 Educar al paciente para el cumplimiento de los esquemas terapéuticos.

3.4 **FORMATO DEL FORMULARIO**

Se propone iniciar el formulario de conciliación de medicamentos de manera manual. A continuación, se presentan una serie de aspectos instructivos necesarios para el llenado correcto del formulario de conciliación de medicamentos.

3.4.1 El presente formulario podrá ser llenado por el personal a cargo, se sugiere que sea el de enfermería.

3.4.2 El llenado del formulario iniciará en el momento que se indique el ingreso del paciente.

3.4.3 Se realizará una conciliación inicial al momento de su hospitalización.

3.4.4 Se repetirá el proceso de conciliación cada 24 horas durante la vista médica (conciliación durante la estancia hospitalaria).

3.4.5 La conciliación final será realizada al alta hospitalaria del paciente.

3.4.6 Para la conciliación se elaborará una lista de medicamentos que el paciente usaba previo a su ingreso (es vital incluir esquemas crónicos): nombre del medicamento, pauta de dosis administrada, historia de alergias y adherencia al tratamiento.

3.4.7 La detección de discrepancias podría ser realizada en cualquier momento, si se da el descubrimiento de discrepancias entre la lista de medicación del paciente y la prescrita en el área, debe ser documentada y comunicada al médico prescriptor o al médico de guardia.

3.4.8 En caso de que el prescriptor modifique el tratamiento y corrija las discrepancias, se considerará como un error de conciliación. En caso de que el prescriptor no modifique la prescripción, una vez informado de la discrepancia, deberá comunicar que se trata de una discrepancia justificada, no un error, y esta información debe ser documentada.

3.4.9 Demostrar los cambios realizados en las órdenes médicas en el formulario de conciliación.

3.4.10 El listado resultante de la conciliación de medicamentos servirá para identificar los tipos de discrepancias encontradas, si es que las hay.

3.5 MODO DE LLENAR EL FORMULARIO

1. Casilla de alergias, en caso de que la respuesta sea sí, se debe escribir con letra legible, a qué, ya sean medicamentos o alimentos.
2. Lista de medicamentos antes del ingreso, se deberán escribir todos los medicamentos tomados en domicilio. Así como productos homeopáticos y de macrobiótica que el paciente consume de manera regular.
3. Listado de medicamentos durante la hospitalización, se coloca la lista de medicamentos que han sido prescritos en el momento de su ingreso y durante el tiempo de hospitalización.
4. Lista de medicamentos al alta, se colocan los medicamentos prescritos al alta.
5. En las casillas de conciliación- conciliación hospitalización anotar si es el caso:

ND: no discrepancia, DJ: discrepancia justificada, EC: error de conciliación, entre la medicación crónica y la hospitalaria, si es el caso, entre la medicación hospitalaria y al alta.

6. Hacer constar la fecha y día de hospitalización.
7. En las casillas de especificar la discrepancia encontrada, se deberá anotar el detalle de la discrepancia o del error de conciliación, anotando los nombres de los medicamentos y anotar si es el caso, los cambios realizados.
8. Nombre y firma del responsable del llenado del formulario.

4 FORMULARIOS

4.1 FORMULARIO DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS AL INGRESO HOSPITALARIO

| Formulario de conciliación de medicamentos | | | | | | | | |
|--|-------|-----|------------|---------------------------------------|--------------------------|-----|--|--------------|
| Datos personales del Paciente | | | | | | | | |
| Cedula | | | | | | | | |
| Alergia conocida a medicamentos | | | Sí | | No | | Si la respuesta es positiva indicar el nombre del medicamento y la reacción generada | |
| | | | | | | | | |
| Medicamentos domiciliarios | | | | Medicamentos durante Hospitalización | | | | Conciliación |
| Medicamento | Dosis | Vía | Frecuencia | Medicamento | Dosis | Vía | Frecuencia | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Especificar discrepancias encontradas | | | | Especificar discrepancias encontradas | | | | |
| | | | | | | | | |
| Firma del enfermero a cargo | | | | | Firma del médico a cargo | | | |
| Firma del farmacéutico a cargo | | | | | | | | |

4.3 FORMULARIO DE SEGUIMIENTO HOSPITALARIO AL PACIENTE

| FORMULARIO DE SEGUIMIENTO | | | | |
|--|---|------------------|-------------------|----|
| Nombre del paciente | | HISTORIA CLINICA | | |
| Formulario de conciliación de medicamentos realizada por el hospital | | SI | | |
| | | NO | | |
| CONCILIACIÓN AL INGRESO | | | | |
| En caso de ser sí en las respuestas, anotar el número de discrepancias encontradas | | SI | N.º discrepancias | NO |
| No Discrepancias (en caso de respuesta afirmativa no se continuará con el llenado de las demás casillas) | | | | |
| Discrepancias Justificadas (en caso de respuesta afirmativa no se continuará con el llenado de las demás casillas) | | | | |
| | | SI | | NO |
| Discrepancias que requieren aclaración (en caso de respuesta afirmativa, especificar el tipo de discrepancia) | | | | |
| Tipos de discrepancias que requieren aclaración | Prescripción incompleta | | | |
| | Medicamento equivocado | | | |
| | Diferente dosis, vía o frecuencia de un medicamento | | | |
| | Discrepancia de comisión | | | |
| | Omisión de medicamento | | | |
| CONCILIACIÓN DURANTE HOSPITALIZACIÓN | | | | |
| En caso de ser sí en las respuestas, anotar el número de discrepancias encontradas | | SI | N.º discrepancias | NO |
| No Discrepancias (en caso de respuesta afirmativa no se continuará con el llenado de las demás casillas) | | | | |
| Discrepancias Justificadas (en caso de respuesta afirmativa no se continuará con el llenado de las demás casillas) | | | | |
| | | SI | | NO |
| Discrepancias que requieren aclaración (en caso de respuesta afirmativa, especificar el tipo de discrepancia) | | | | |
| Tipos de discrepancias que requieren aclaración | Prescripción incompleta | | | |
| | Medicamento equivocado | | | |
| | Diferente dosis, vía o frecuencia de un medicamento | | | |
| | Discrepancia de comisión | | | |
| | Omisión de medicamento | | | |
| CONCILIACIÓN AL ALTA | | | | |
| En caso de ser sí en las respuestas, anotar el número de discrepancias encontradas | | SI | N.º discrepancias | NO |
| No Discrepancias (en caso de respuesta afirmativa no se continuará con el llenado de las demás casillas) | | | | |

| | | | | |
|--|---|----|--|----|
| Discrepancias Justificadas (en caso de respuesta afirmativa no se continuará con el llenado de las demás casillas) | | | | |
| | | SI | | NO |
| Discrepancias que requieren aclaración (en caso de respuesta afirmativa, especificar el tipo de discrepancia) | | | | |
| Tipos de discrepancias que requieren aclaración | Prescripción incompleta | | | |
| | Medicamento equivocado | | | |
| | Diferente dosis, vía o frecuencia de un medicamento | | | |
| | Discrepancia de comisión | | | |
| | Omisión de medicamento | | | |

5 REFERENCIAS

1. Velandia Pachon Y. Propuesta para la estandarización de un proceso de conciliación medicamentosa en pacientes con artritis reumatoide, en una IPS especializada en Bogotá D.C. [Tesis de Químico Farmacéutico]. Bogotá, Colombia: Universidad De Ciencias Aplicadas Y Ambientales (U.D.C.A), 2017.
2. Fonseca C, Hernández C. Reconciliación medicamentosa como estrategia para la atención segura de pacientes [Tesis de Posgrado Gerencia de la Calidad en Salud]. Bogotá, Colombia: Universidad del Bosque, 2020.
3. Yamunaqué H, Siguencia S. Conciliación de medicamentos e identificación de los tipos de discrepancias al ingreso, durante la hospitalización y al alta en pacientes del área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2015. [Tesis de Medicina]. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca, 2015.
4. Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. [Internet]. España: Sociedad Catalana de Farmacia, 2009. [Consultado el 2 de noviembre de 2021]. Guía para la implantación de programas de Conciliación de la Medicación en los centros sanitarios; 64 páginas. Disponible en: https://www.sefap.org/media/upload/arxius/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Guia_cconciliacion_medica_SCFC.pdf
5. Roure Nuez C. Conciliación de la medicación: una herramienta necesaria para garantizar la continuidad asistencial y mejorar la seguridad del paciente. Butlletí d'informació terapèutica. [Internet] 2010. [Consultado el 7 de noviembre de 2021]. 22 (10): 19-26. Disponible en: <https://www.cedimcat.info/images/bit/2010/esbit410.pdf>
6. Servicio de Farmacia La Mancha Centro. [Internet]. España: Complejo Hospitalario La Mancha Centro, 2012. [Consultado el 7 de noviembre de 2021]. Guía para la Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias. 37 páginas. Disponible en: https://www.serviciofarmaciamanchacentro.es/images/stories/recursos/recursos/docinteres/conciliacion/guia_conciliacion.pdf

5.1 ALGUNAS FUENTES DE INFORMACIÓN Y RECURSOS SOBRE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

7. American Society of Health-System Pharmacists www.ashp.org
8. Institute for Healthcare Improvement www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign
9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals
10. Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors www.macoalition.org
11. Institute for Safe Medication Practices www.ismp.org
12. Medication Reconciliation Handbook. www.jerinc.com