



IX CURSO
GESTIÓN INTEGRAL
DEL MEDICAMENTO EN LOS
SERVICIOS DE URGENCIAS
HOSPITALARIOS

Del 14 al 16 de Octubre, 2015
Sede: Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo
Solicitados créditos de formación continuada



Conciliación de la medicación.

Rosario Santolaya Perrín
Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid

Jueves 15 de octubre 2015



Conciliación de la medicación.

¿Qué es conciliar?

¿Por qué hay que conciliar?

¿Cómo se hace?

¿Es imprescindible el paciente o apostamos por la conciliación crónica?

¿Quién tiene que hacerlo?

¿Hay que hacerlo en urgencias o esperamos a que ingrese?

A propósito de un caso



Antonio

INFORME DE URGENCIAS

MOTIVO DE CONSULTA: Sudoración profusa

PROCEDENCIA: Derivación Summa

ÁREA DE ATENCIÓN ASIGNADA:

ANTECEDENTES PERSONALES:

Neuropatía óptica isquémica. Ateromatosis carotídea bilateral con estenosis - 30%, diagnosticada en el año 2007.
Dislipemia. Gastrectomía tipo Billroth-I hace 50 años. Hemorroidectomía. Cirugía por hernia discal. Safenectomía.
Meniscopatía izquierda. Herniorrafia inguinal izquierda.

ALERGIAS Y REACCIONES ADVERSAS:

NO AMC

TRATAMIENTO HABITUAL:

adiro 100 (0-1-0) , Simvastatina 40mg , Arcoxia (/24h) , Omeprazol

SITUACIÓN BASAL:

FFCC conservadas. IABVD con supervision puntual. Acude a centro de día. vive en casa con su esposa

PROBLEMA ACTUAL:

Traido por SUMMA por cuadro de mareo con sensacion de desvanecimiento, sin llegar a producirse perdida de conocimiento, malestar abdominal y nauseas durante el episodio. No dolor toracico ni disnea. No dolor abdominal. Afebril. No clinica infecciosa previa a ningun nivel. No otra clinica actual ni prodromica.

Summa refiere encontrarla con tendencia a la bradicardia y alteracion ECG por lo que lo derivan.

A propósito de un caso

▶ **EXPLORACION FISICA**



▶ TA: 151/59 mm Hg

▶ FC: 47 lpm

▶ Sat: 94



▶ **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

▶ ECG: bradicardia sinusal a 40-45 lpm. BAV de primer grado con PR 320 mseg QS de V1 a V3 con elevación del punto J y del ST cóncavo en el anterior

▶ BQ , hemograma, gsaometría y radiografía se torax: sin hallazgos de interés



A propósito de un caso

▶ **EXPLORACION FISICA**

- ▶
- ▶ TA: 151/59 mm Hg
- ▶ FC: 47 lpm
- ▶ Sat: 94

▶ **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

- ▶ ECG: bradicardia sinusal a 40-45 lpm. BAV de primer grado con PR 320 mseg QS de V1 a V3 con elevación del punto J y del ST cóncavo en el anterior
- ▶ BQ , hemograma, gsaometría y radiografía se torax: sin hallazgos de interés

▶ **DIAGNOSTICO PRINCIPAL**

- ▶ -pré-síncope + bradicardia sinusal

- ▶ **MOTIVO DE ALTA:** paso a hospitalización

PRESCRIPCION EN URGENCIAS

Producto	Vía	Dosis	Secuencia horaria	Pauta	Inicio Trat.
ACETILSALICILICO,ACIDO COMPRIMIDOS	Oral	100 MILIGRAMOS	Almuerzo	DIARIA	22/06/2015 13:17
ENOXAPARINA JERINGA	Subcutánea	40 MILIGRAMOS	A LAS 20 HORAS	DIARIA	22/06/2015 13:17
OMEPRAZOL CAPSULAS	Oral	20 MILIGRAMOS	A LAS 20 HORAS	DIARIA	22/06/2015 13:17
SIMVASTATINA COMPRIMIDOS	Oral	40 MILIGRAMOS	Cena	DIARIA	22/06/2015 13:17



¿Qué es conciliar?

- ▶ Es un proceso diseñado para prevenir errores de medicación en los puntos de transición del paciente.
- ▶ Consiste en obtener un listado lo más completo **posible** de la medicación previa del paciente y compararlo con la prescripción médica después de la transición asistencial.



Conciliación de medicación

- ▶ Se debe hacer siempre que se produzca un **cambio de responsable** del paciente que implique la actualización del tratamiento.
- ▶ **Error de conciliación:** toda **discrepancia no justificada** entre el tratamiento previo y el posterior
- ▶ No se considera error de conciliación las discrepancias por la adecuación a la nueva situación clínica, a la presencia de interacciones o contraindicaciones



¿Por qué hay que conciliar?

NOTICE: Medication histories and admission orders 33

1. *Environ Health Perspect* 2004;112:100-104.
 2. *Environ Health Perspect* 2004;112:100-104.
 3. *Environ Health Perspect* 2004;112:100-104.
 4. *Environ Health Perspect* 2004;112:100-104.
 5. *Environ Health Perspect* 2004;112:100-104.
 6. *Environ Health Perspect* 2004;112:100-104.

Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients

KRISTINE M. GLEASON, JENNIFER M. GROSZER, CAROL SULLIVAN, TIMOTHY ROONEY, CYNTHIA BARBARD, AND GARY A. NOSKEN
Am J Health Syst Pharm 2004;61:1001-1005

A 1999 Institute of Medicine report reviewed medical attention by highlighting system weaknesses within health care and indicating that medication errors are a leading cause of morbidity and mortality.¹ One area of concern was the increased number of errors occurring in the prescribing phase of the medication use process² due to providers' lack of accurate drug knowledge and patient information at the time of admission.³ Pharmacists' participation in medical rounds has demonstrated a reduction in medication errors in the ordering stage.⁴⁻⁷ However, at most hospitals, pharmacists are not directly involved in obtaining medication histories,⁸ despite the findings of one study showing that over 70% of drug-related problems were recognized only through a patient interview⁹ and another study reporting a 33% medication medication errors when pharmacists were involved in obtaining medication histories.¹⁰

Medication errors and patient harm can result from inaccurate or incomplete histories that are subsequently used to generate medication

as hospitalized patients may receive medications that interact with those taken as outpatients. Furthermore, as patients' severity of illness increases, there is a greater likelihood that patients will be taking an increased number of medications. Prior investigations have demonstrated that patients taking numerous medications are at a higher risk for adverse drug events (ADEs).¹¹

Discrepancies may exist among what is documented in the patient's medical record, outpatient clinic or office records, prescription bottles, and outpatient pharmacy records and what medications the patient is actually taking. In 2002, Laine and colleagues¹² reported a lack of concordance among physician-generated drug lists, patients' pharmacy medication profiles, and patients' current drug lists obtained during home interviews. Nine months later, researchers working in a variety of clinical settings have reported similar findings of discrepancies between hospital and clinic records and the medication lists obtained from patients.¹³⁻¹⁵ Discrepancies most often involved patients taking medications for which there was no documentation,¹³⁻¹⁵ patients not taking

Source: M. Gleason, B.S.Pharm., is Research Pharmacist/Clinical Support, Jennifer M. Groszer, B.S., M.S., M.P.H., and Cynthia Barbard, B.S., M.S., M.P.H., are Research Pharmacist, Carol Sullivan, Pharm.D., M.S., M.P.H., is Manager, Patient Safety Team and Clinical Director, M.D., M.P.H., is Director, Clinical Health Services and Patient Safety Team, University of Illinois at Chicago, Division of Hospital and Pharmacy, Department of Medicine, Chicago, IL; Gary A. Nosken, M.D., is Associate Professor of Medicine, Department of Medicine, The Mount Sinai Hospital, Mount Sinai School of Medicine, New York, NY; and the Institute for Health Services Research, University of Illinois at Chicago, Chicago, IL. Dr. Nosken is also Professor of Health Services Research, University of Illinois at Chicago, Chicago, IL. Dr. Gleason is also Professor of Health Services Research, University of Illinois at Chicago, Chicago, IL.

Copyright © 2004, American Society of Health-System Pharmacists, Inc. All rights reserved. 0769-5732/04/061001-05\$05.00

Hospital 725 camas
Chicago, USA (2004)

54,4% pacientes con
discrepancias

ORIGINAL INVESTIGATION

Unintended Medication Discrepancies at the Time of Hospital Admission

Patricia L. Cornish, BScPharm, Sandra E. Dowling, BScPharm, Rosina Morones, BScPharm, V Tan, BScPharm, Steven Shadwin, MD, FRCP, David N. Juurlink, MD, FRCP, Edward E. Eichler, MD, FRCP

OBJECTIVE: To determine the prevalence of medication discrepancies at the time of hospital admission. These errors are particularly worthy of attention because they are not likely to be detected by conventional physician order-entry systems.

Methods: We prospectively studied patients requiring the use of at least 4 regular prescription medications who were admitted to general internal medicine clinical teaching units. The primary outcome was unintended discrepancies (errors) between the physicians' admission medication orders and a comprehensive medication history obtained through interview. We also evaluated the potential seriousness of these discrepancies. All discrepancies were reviewed with the medical team to determine if they were intentional or unintentional. All unintended discrepancies were used for their potential to cause patient harm.

Conclusions: Medication errors at the time of hospital admission are common, and some have the potential to cause harm. Better methods of entering an accurate medication history at the time of hospital admission are needed.

Arch Intern Med. 2005;165:424-429

THE INSTITUTE OF MEDICINE report on medical error generated increased attention to the issue of patient safety in the health care system.¹ Among hospital inpatients, medication errors are a leading cause of adverse events, and errors involving medications are frequent.²

An accurate medication use history is an integral part of the patient assessment on admission to the hospital. An erroneous medication use history may result in failure to detect drug-related problems on the issue of hospital admission or lead to interrupted or inappropriate drug therapy during hospitalization. Further, occurrence may adversely affect patient safety. Following hospital discharge, the perpetuation of these errors may result in drug interactions, therapeutic duplication, other unintentional adverse events, and additional costs.³ These errors are particularly worthy of attention because they are not likely to be detected by conventional physician order-entry systems.⁴ For example, these common errors in the medication use history in entering a medication that is taken at home,⁵ a computerized physician order entry system error (such as error without linkage to a computerized pharmacy database. The growing hospital model of regular care may introduce an additional opportunity for medication errors at the time of hospital admission.⁶

Current data suggest that errors in the medication use history are potentially serious safety issue. Up to 60% of patients admitted to the hospital will have at least 1 discrepancy in their admission medication history.⁷ One study⁸ indicated that approximately 6% of patients will experience an inadvertent drug discontinuation of a serious nature on admission to the hospital. Unfortunately, most studies fail to distinguish between unintentional or intentional medication changes and intentional adjustments made by the patient's clinical condition at the time of admission. When studies are limited by small sample size, retrospective design,

Author affiliations: Department of Pharmacy (Mrs Cornish and Dowling) and Internal Internal Medicine (Dr Shadwin, Juurlink, and Tan) and Patient Safety Services (Mrs Dowling and Rosina Morones) and Institute for Health Services Research (Mrs Tan) at the University of Illinois at Chicago, Chicago, IL; and the Institute for Health Services Research (Dr Juurlink) at the University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada. Received for publication, October 1, 2004; accepted for publication, November 1, 2004.

Address correspondence to Dr. Cornish at the University of Illinois at Chicago, Division of Hospital and Pharmacy, Department of Medicine, Chicago, IL.

Copyright © 2005, American Society of Health-System Pharmacists, Inc. All rights reserved. 0769-5732/05/0650424-06\$05.00

Hospital 1.000 camas
Toronto, Canadá (2005)

53,6% pacientes con
discrepancias

A propósito de un caso

- ▶ 1º) Listado lo más completo posible:

INFORMACION EN VISOR DE HISTORIA PRIMARIA

- ▶ Arcoxia 90 mg (etoricoxib): 1-0-0
- ▶ Adiro 100 mg (AAS) : 0-1-0
- ▶ Condrosulf 400 mg (condroitn sulfato): 1-0-1
- ▶ Simvastatina 40 mg: 0-0-1
- ▶ Ferogradumet (hierro): 1-0-0
- ▶ Omeprazol (omeprazol): 1-0-0
- ▶ Ganfort 300 mcg/mL (bimatoprost/timolol)
- ▶



A propósito de un caso

- ▶ 2º) Identificación de discrepancias: comparación con la medicación prescrita al ingreso

TTO CRONICO	TTO AL INGRESO
Omeprazol 1-0-0	Omeprazol 1-0-0
Adiro 100 0-1-0	AAS 100 mg: 0-1-0
Simvastatina 40 mg	Simvastatina 40 mg
Condrosurf (condroitin sulfato): 1-0-1	} ¿error de conciliación o discrepancia justificada?
Ferogradumet (hierro)	
Arcoxia (etoricoxib)	
Gamfort col (bimatoprost/timolol)	



Herramientas de ayuda a la conciliación



INTRODUCCIÓN

Guía para la Conciliación
de los medicamentos en
los servicios de urgencias

Grupo REDFASTER, SEFH
www.fasterweb.es

Premiado en Las Mejores Iniciativas de la Farmacia del Año 2011 por
Correo Farmacéutico en el apartado de ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y
EDUCACIÓN SANITARIA

DOCUMENTO DE CONSENSO

Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias

BEATRIZ CALDERÓN HERNANZ^{1,2}, AINA OLIVER NOGUERA², SANTIAGO TOMÁS VECINA³,
MARÍA ISABEL BAENA PAREJO^{1,4}, MILAGROS GARCÍA PELÁEZ^{1,5}, ANA JUANES BORREGO^{1,6},
MIGUEL ÁNGEL CALLEJA HERNÁNDEZ^{1,7}, JOAN ALTIMIRAS RUIZ^{1,8}, FERMÍ ROQUETA EGEA⁹,
MANEL CHÁNOVAS BORRÁS¹⁰

¹Grupo REDFASTER (SEFH), España. ²Hospital Son Llatzer. Mallorca, España. ³Programa SEMES-Seguridad del Paciente. Hospital Municipal de Badalona, Barcelona. ⁴Delegada de la Consejería Salud. Junta de Andalucía. Córdoba, España. ⁵Corporació Sanitaria Parc Taulí, Barcelona, España. ⁶Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ⁷Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España. ⁸Fundació La Seu d'Urgell, Barcelona, España. ⁹Programa SEMES-Seguridad del Paciente, Función Althaia, Manresa, Barcelona, España. ¹⁰Programa SEMES-Seguridad del Paciente, Hospital Verge de la Cinta-Tortosa, Tarragona, España.

CORRESPONDENCIA:
Beatriz Calderón Hernanz
Farmacia Hospital Son Llatzer
Ctra. Manacor, km. 4
07148 Mallorca, España
E-mail: bcaldero@hsl.es

FECHA DE RECEPCIÓN:
12 de 2012

Los errores de medicación (EM) son comunes en el ámbito hospitalario y conducen a un incremento de la morbilidad y de los costes económicos. Estos errores ocurren sobre todo durante la transición de pacientes entre los diferentes niveles asistenciales. La posibilidad de que se produzcan estos errores se ve aumentada en los servicios de urgencias (SU) por la naturaleza de éstos. Desde instituciones sanitarias a nivel mundial, se reconoce la conciliación de la medicación (CM) como la solución a esta problemática. Se define como el proceso que consiste en obtener un listado completo y exacto de la medicación previa del paciente y compararlo con la prescripción médica



¿CÓMO?



ACCESIBLE

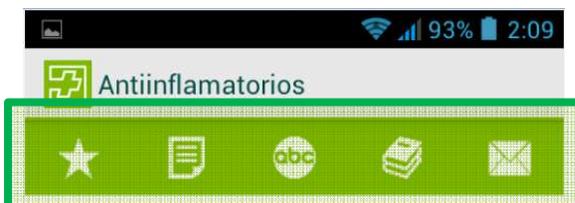
GLOBAL

ACTUALIZABLE

PORTABLE



FICHAS de APP REDFASTER



Inhibidores de la ciclooxigenasa tipo 1 (COX-1): AINE

Ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, ketorolaco, indometacina, naproxeno, piroxicam

1. Conciliación

Primeras 24 h

2. Síndrome de retirada

No

3. Manejo

Monitorizar

- Función renal
- Sangrado
- Riesgo cardiovascular

Interacciones

- Acenocumarol
- Heparina
- Litio
- Ciclosporina
- IRSS

Efectos secundarios

- **Alteraciones gastrointestinales:**
 - Pirosis, dispepsia, gastritis, diarrea o estreñimiento, úlcera gástrica o duodenal.
 - Perfil gastrolesivo: Ibuprofeno, diclofenaco < AAS, naproxeno, indometacina < ketoprofeno, piroxicam, ketorolaco.
- **↑ Riesgo cardiovascular:**
 - Infarto agudo de miocardio e ictus principalmente a dosis altas (diclofenaco 150 mg/día, ibuprofeno 2400 mg/día) y larga duración.
 - Naproxeno mejor perfil cardiovascular.
- **↑ Riesgo alteración renal:** ↓ función renal, edema, retención sodio, hiperpotasemia...
- **↑ Riesgo hemorragia**

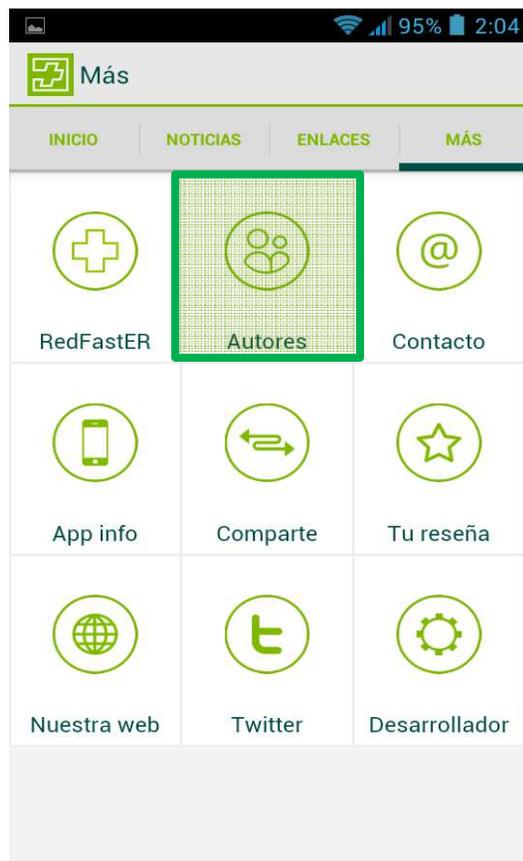
BIBLIOGRAFÍA



Bibliografía

1. Estudio nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización ENEAS 2005, Informe Febrero 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
2. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F. et al. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias 2010; 22: 415-428.
3. Documento de Consenso en terminología y clasificación en conciliación de la medicación. SEFH. Ed. Mayo 2009.
4. Roure C, Delgado O. Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Barcelona, 2009.
[Texto completo PDF](#)
5. National Patient Safety Goals. The Joint Commission. 2008.
[Sitio web](#)

AUTORES



Coordinadoras

Dra. Beatriz Calderon Hernanz
Hospital Universitari Son Llàtzer (Palma de Mallorca)
bcaldero@hsl.es

Dra. Margarita Prats Riera
Hospital de Formentera y Hospital Can Misses (Ibiza)
mpratsr@asef.es

App Manager

Juan Manuel Rodríguez Camacho
jmrodcam@gmail.com

Autores

Dr. Joan Altimiras Ruiz
Grupo Idc Salud- Catalunya
joanalti53@gmail.com

Dra. Maria Isabel Chinchilla Fernández
Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)
maribelchinchill@hotmail.com

Dra. Ana Juanes Borrego
Hospital Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)
anajuanes57@hotmail.com

Dra. Milagros García Peláez
Corporació Sanitària Parc Taulí (Barcelona)
icosgp@gmail.com

Dra. Marta Marti Navarro
Badalona Servicios Asistenciales (BSA) (Barcelona)
martamarti1980@hotmail.com

Grupo de Trabajo de Atención Farmacéutica en Urgencias (RedFaster) de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)

A propósito de un caso

- ▶ 2º) Identificación de discrepancias: comparación con la medicación prescrita al ingreso

TTO CRONICO	TTO AL INGRESO
Omeprazol 1-0-0	Omeprazol 1-0-0
Adiro 100 0-1-0	AAS 100 mg: 0-1-0
Simvastatina 40 mg	Simvastatina 40 mg
Condrosurf (condroitin sulfato): 1-0-1	} ¿error de conciliación o discrepancia justificada?
Ferogradumet (hierro)	
Arcoxia (etoricoxib)	
Gamfort col (bimatoprost/timolol)	



A propósito de un caso

▶ **EXPLORACION FISICA**

- ▶
- ▶ TA: 151/59 mm Hg
- ▶ FC: 47 lpm
- ▶ Sat: 94

▶ **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

- ▶ ECG. bradicardia sinusal a 40-45 lpm. BAV de primer grado con PR 320 mseg QS de V1 a V3 con elevación del punto J y del ST cóncavo en el anterior
- ▶ BQ , hemograma, gsaometría y radiografía se torax: sin hallazgos de interés



Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias

BEATRIZ CALDERÓN HERNANZ^{1,2}, AINA OLIVER NOGUERA², SANTIAGO TOMÁS VECINA³,
MARÍA ISABEL BAENA PAREJO^{1,4}, MILAGROS GARCÍA PELÁEZ^{1,5}, ANA JUANES BORREGO^{1,6},
MIGUEL ÁNGEL CALLEJA HERNÁNDEZ^{1,7}, JOAN ALTIMIRAS RUIZ^{1,8}, FERMÍ ROQUETA EGEA⁹,
MANEL CHÁNOVAS BORRÁS¹⁰

[Emergencias 2013;25:204-217]

Terapia ocular

La mayoría de los tratamientos oftálmicos pueden absorberse por vía sistémica. La suspensión de la terapia ocular empeorará la patología para la cual está prescrito el tratamiento. Existe la posibilidad de que se produzcan efectos aditivos e hipotensión y/o bradicardia marcada cuando se empleen betabloqueantes junto con un bloqueante de los canales del calcio orales, fármacos deplecionadores de catecolaminas o agentes bloqueantes betaadrenérgicos. Los betabloqueantes no selectivos (timolol, carteolol, levobunolol) están contraindicados en caso de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, insuficiencia cardiaca no controlada, bradicardia sinusal o bloqueo cardiaco.

A propósito de un caso

- ▶ 2º) Identificación de discrepancias: comparación con la medicación prescrita al ingreso

TTO CRONICO	TTO AL INGRESO
Omeprazol 1-0-0	Omeprazol 1-0-0
Adiro 100 0-1-0	AAS 100 mg: 0-1-0
Simvastatina 40 mg	Simvastatina 40 mg
Condrosurf (condroitin sulfato): 1-0-1	} DISCREPANCIA JUSTIFICADA
Ferogradumet (hierro)	
Arcoxia (etoricoxib)	
Gamfort col (bimatoprost/timolol)	



¿Se puede prescindir de la entrevista al paciente?



Siguiente paso: entrevista al paciente

- ▶ Listado lo más completo posible
- ▶ Fuente información: entrevista al paciente:
- ▶ Arcoxia 90 mg (etorixinib): 1-0-0
- ▶ Adiro 100 mg (AAS) : 0-1-0
- ▶ Condrosulf 400 mg (condroitin sulfato): 1-0-1
- ▶ Simvastatina 40 mg: 0-0-1
- ▶ Ferogradumet (hierro): 1-0-0
- ▶ Omeprazol (omeprazol): 1-0-0
- ▶ Ganfort 300 mcg/mL (bimatoprost/timolol), **La paciente refiere que no se lo ha comentado al médico, pero que lo ha traído y se lo va a administrar al mediodía**



Siguiente paso: intervención farmacéutica

- ▶ Informar al paciente de que no se administre el colirio sin consultar a la enfermera
- ▶ Informar a la enfermera del error detectado: no suspensión explícita del colirio
- ▶ Informar al médico de planta



A propósito de un caso: intervención farmacéutica

► INFORME DE ALTA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

- Presíncopes de probable origen neuromediado.
- Bloqueo AV de primer grado.
- FEVI preservada.
- Insuficiencia aórtica ligera degenerativa.

OTROS DIAGNÓSTICOS:

- Dislipemia.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS:

- Dieta baja en grasa de origen animal.
- Beber abundante líquido. Evitar bipedestación prolongada.
- Suspender Timofтол e iniciar colirio de Xalatan. Resto de medicación igual.

Control por médico de Atención Primaria.



¿Se puede prescindir de la entrevista al paciente?

El paciente es el único **elemento constante** a lo largo de todo el proceso asistencial

La entrevista **estructurada** permite obtener información adicional:

- adherencia, tolerancia,
- cambios de medicación recientes que podrían justificar el episodio en urgencias

Implica al paciente y **responsabilizarlo** y detectar necesidades de formación



INSTRUCCIONES TÉCNICAS: ENTREVISTA CLÍNICA DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS MEDIANTE ENTREVISTA CLÍNICA AL PACIENTE

a. Guion de la Instrucción Técnica (IT)

1. OBJETO

Estandarizar el procedimiento de entrevista clínica para la conciliación de la medicación en aquellos pacientes que van a ingresar mediante la realización de entrevista clínica al paciente

2. RESPONSABILIDADES

Define las responsabilidades específicas y acciones que llevará cada uno durante lo descrito en la instrucción.

RESPONSABLE	FUNCIÓN
Farmacéutico	Realiza la entrevista en aquellos pacientes que van a ingresar

3. DESCRIPCIÓN DE LA INSTRUCCIÓN TÉCNICA

El farmacéutico validará el tratamiento prescrito en la urgencia y obtendrá información mediante el visor HORUS sobre su medicación ambulatoria.

Una vez que obtenemos dicha información se realiza la entrevista clínica del paciente mediante las siguientes premisas:

- Identificación del paciente: antes de comenzar la entrevista nombraremos al paciente por su nombre para asegurar su correcta identificación
- Presentación del farmacéutico y objetivo de la entrevista.
- A continuación se procederá a la entrevista;

Se le preguntará al paciente (o **acompañante**, en caso necesario) si conoce su tratamiento habitual, empleando primero preguntas abiertas y, si fuera necesario, con preguntas cerradas en las que el farmacéutico ayudará nombrando la indicación por la que está prescrito y el fármaco. Se deberá tener recoger el nombre del medicamento, dosis y secuencia horaria.

De forma sistemática se preguntará si toma además otro tipo de medicamentos como son colirios y parches y si ha tenido algún cambio de tratamiento recientemente

Se evaluará la adherencia y se identificará posibles causas de mala adherencia: problemas en la ingesta de la medicación, uso correcto de dispositivos (inhaladores), problemas en la dosificación ...

Nos aseguraremos de la disponibilidad de aquellos medicamentos que sean necesarios y comprobaremos que no haya duplicidades de tratamiento.

Una vez finalizada la entrevista, se concluirá informando al paciente de los siguientes pasos: revisión de la medicación prescrita con la información y entrevista con su médico en caso de **errores** de conciliación

4. REGISTROS

En HCIS se actualizará la medicación crónica del paciente

En farmatools se incluirá como intervención "entrevista conciliación" y en texto asociado se escribirá la medicación que recibe el paciente y las recomendaciones oportunas

Anexo 1: Control de copias del documento

Copia Nº	RESPONSABLE CALIDAD	ASIGNADA A	FECHA

¿Tenemos tiempo para hacer la entrevista?
¿Quién tiene que hacer la entrevista?



¿Quién tiene que hacer la entrevista?

Med Clin (Barc). 2015;145(7):288-293



Original

Adecuación de la historia farmacoterapéutica y errores de conciliación en un servicio de urgencias



Ana M. de Andrés-Lázaro ^{a,*}, Daniel Sevilla-Sánchez ^b, M. del Mar Ortega-Romero ^c, Carles Codina-Jané ^a, Beatriz Calderón-Hernanz ^d y Miquel Sánchez-Sánchez ^c

^aServicio de Farmacia, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

^bServicio de Farmacia, Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona, España

^cÁrea de Urgencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

^dServicio de Farmacia, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España

El farmacéutico identificó un mayor número de fármacos habituales respecto al médico: 6,89% vs 5,7% ($p < 0,005$)



¿Quién tiene que hacer la entrevista?

ARTICLE

Best Possible Medication History in the Emergency Department: Comparing Pharmacy Technicians and Pharmacists

Rochelle Johnston, Lauza Saulnier, and Odette Gould

Can J Hosp Pharm 2010;63(5):359–365

No hay diferencias significativas en nº discrepancias por pacientes identificadas entre técnicos entrenados y farmacéuticos



¿Debe ser el farmacéutico el que realice la entrevista al paciente?

Argumentos a favor:

Mucha literatura que avala que el farmacéutico obtiene un listado más completo

Amplio conocimiento de farmacoterapia, formas farmacéuticas tipo de dosificación

Conocimiento del formulario del hospital y de los requerimientos de dispensación ambulatoria (pe dispensación hospitalaria,, visado etc)



¿Debe ser el farmacéutico el que realice la entrevista al paciente?

Argumentos en contra nº 1

Tiempo invertido



Optimizar el tiempo con un buen registro electrónico

Hacer conciliación y algo más

Seleccionar pacientes



Argumentos en contra nº 2

No está disponible las 24 h los 7 días/sem.

Tabla 1. Fármacos cuyo tiempo de conciliación es inferior a 4 horas

- ADO, si dosis múltiples diarias
- Agonistas
- Agonistas inhalados
- Antiarrítmicos
- Antibióticos
- Antiépilepticos
- Antirretrovirales
- Azatioprina
- Betabloqueantes
- Calcioantagonistas
- Ciclosporina
- IECA o AII
- Inhibidores de la proteasa
- Insulina
- Metotrexato
- Nitroglicerina
- Terapias

¿Listado o tiempo revisable? ¿Pe antirretrovirales?

¿También en pacientes inestables hemodinámicamente?

¿Cuál es el tiempo medio de espera en urgencias?

Objetivo: 24 h más realista y adoptado por
Varios organismos

ADO: angiotensina II.



ENVIO SUGERENCIAS APP

Diabetes

★ [icon] abc [icon] [icon] [icon]

Insulina

1. Conciliación

Primeras 4 h

2. Síndrome de retirada

No

3. Manejo

Monitorizar

- Glicemia (BMtest).



Sugerencias



Nombre
Juanma

Email
jmrodcam@gmail.com

Tu ubicación
11008 Cádiz, España  Elegir

Tu dispositivo
Smartphone Android  Elegir

Sugerencias

Podrías añadir tabla de conversión a Insulina rápida.
Un saludo.



Argumentos en contra nº 2

No está disponible las 24 h los 7 días/sem.

Tabla 1. Fármacos cuyo tiempo de conciliación es inferior a 4 horas

- ADO, si dosis múltiples diarias
- Agonistas
- Agonistas inhalados
- Antiarrítmicos
- Antibióticos
- Antiépilepticos
- Antirretrovirales
- Azatioprina
- Betabloqueantes
- Calcioantagonistas
- Ciclosporina
- IECA o AII
- Inhibidores de la proteasa
- Insulina
- Metotrexato
- Nitroglicerina
- Terapias

¿Listado o tiempo revisable? ¿Pe antirretrovirales?

¿También en pacientes inestables hemodinámicamente?

¿Cuál es el tiempo medio de espera en urgencias?

Objetivo: 24 h más realista y adoptado por
Varios organismos

ADO: angiotensina II.



¿Debe ser el farmacéutico el que realice la entrevista al paciente?

Argumentos en contra nº 1

Tiempo invertido



Optimizar el tiempo con un buen registro electrónico

Hacer conciliación y algo más

Seleccionar pacientes



¿Qué es conciliar?

- ▶ Consiste en o
de la medicac
prescripción n

Anamnesis farmacológica

- ▶ **Error de conciliación:** toda **discrepancia no iustificada** entre el trata
- ▶ No se conside
por la adec
presencia de

Revisión de la historia clínica



La frontera de la conciliación

Conciliar tratamientos implica revisión de tratamiento ambulatorio y problemas de salud



Detección de PI

PI relacionada con visita a urgencias



VALORACION EN HOSPITAL



PI no relacionada con visita a urgencias

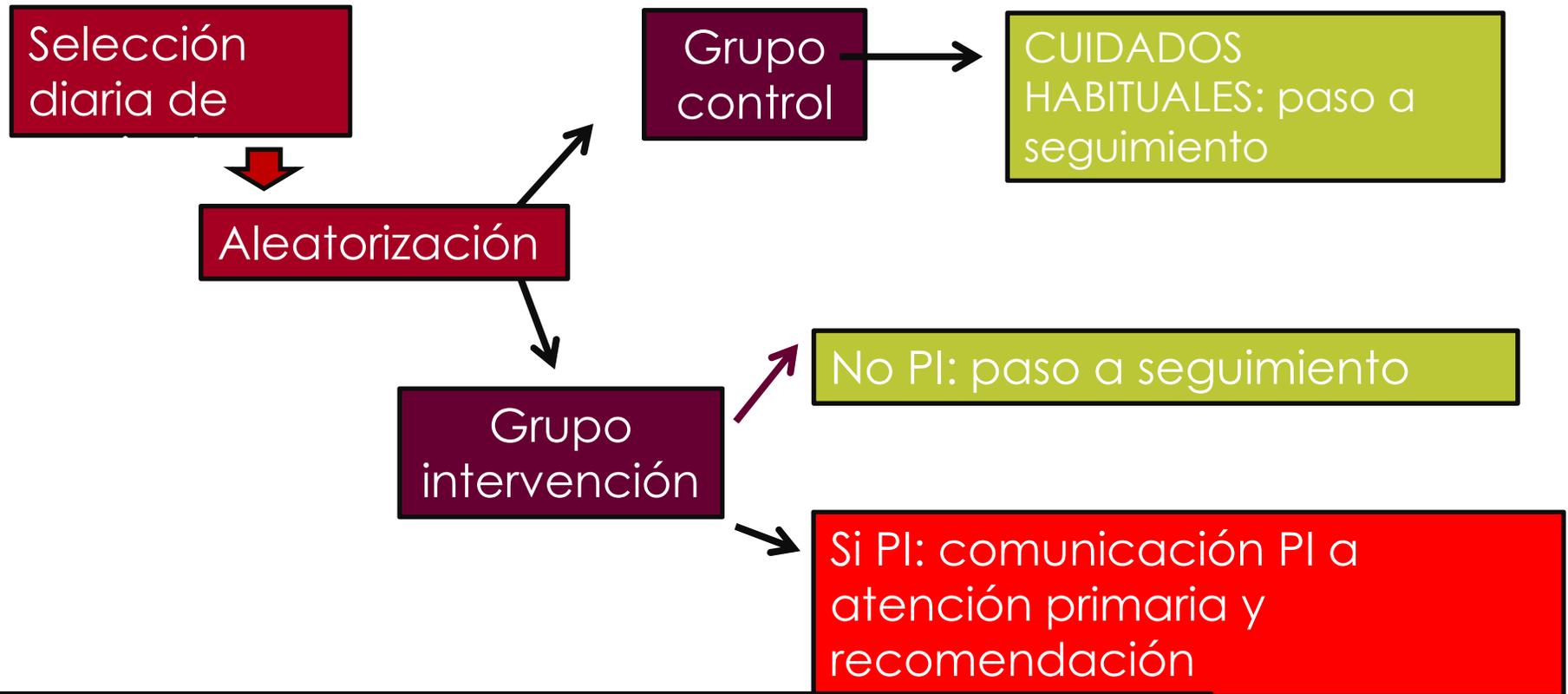


??

VALORACION EN ATENCION PRIMARIA

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL PARA LA APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS STOPP-START EN LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS





SEGUIMIENTO

GRUPO CONTROL Y GRUPO INTERVENCION: ingresos, visitas a urgencia y mortalidad a los 3,6 y 12 meses

GRUPO INTEREVCION: aceptación de las recomendaciones a 1 mes

DISEÑO

Tipo de estudio

- Ensayo clínico
- Multicéntrico
- Aleatorizado
- Controlado

Centros participantes (investigador principal)

- HU Príncipe de Asturias (Rosario Santolaya)
- H de Manacor (Nuria Galán)
- H Son Llätzer (Beatriz Calderón; Juan Manuel Rodríguez)
- H de Jerez de la Frontera (Jesús Sierra)



OBJETIVO GENERAL

Evaluar el **impacto clínico** en la reducción de la **tasa de visitas a urgencias y/o ingresos hospitalarios** por cualquier causa de un **programa de colaboración interprofesional (PCI)** de intervención sobre **prescripciones inapropiadas**, definidas según los criterios STOPP START, en pacientes > 65 años que acuden a urgencias.



INFORME FARMACOTERAPEUTICO

Fecha:

El paciente [REDACTED] acudió a urgencias del hospital el día 30/09/2015.

Tras realizar la entrevista de conciliación para revisar el tratamiento crónico que recibe se sugieren las siguientes modificaciones:

Cambiar 5 mg/2,5 mg (oxicodona/naloxona) por MST morfina 10 mg oral por la noche, para un mejor control de su disnea crónica.

Por otro lado el paciente recibe tranxilium (clorazepato) 10 mg dno y 5 mg noche, además de trazodona. El empleo de benzodiazepinas durante más de 4 semanas en pacientes mayores de 65 años no se recomienda de acuerdo a los criterios STOPP START¹ por lo que podría ser conveniente intentar suspender tranxilium disminuyendo gradualmente la dosis.

Por otro lado, recibe tratamiento con hidroxizina, antihistamínico de primera generación que no se recomienda de según este mismo consenso, por lo que se recomienda suspender

Revisión sistemática para analizar la evidencia disponible sobre programas de conciliación de medicación e identificar las prácticas más eficientes. Muller et al 2012

REVIEW ARTICLE

HEALTH CARE REFORM

Hospital-Based Medication Reconciliation Practices

A Systematic Review

Stephanie K. Mueller, MD; Kelly Cunningham Sponsler, MD; Sunil Kripalani, MD, MSc; Jeffrey L. Schnipper, MD, MPH

Background: Medication discrepancies at care transitions are common and lead to patient harm. Medication reconciliation *J Arch Intern Med.* 2012;172(14):1057-1069.

Objectives: To summarize available evidence on medication reconciliation interventions in the hospital setting and to identify the most effective practices.

Data Sources: MEDLINE (1966 through February 2012) and a manual search of article bibliographies.

5 studied other interventions. Six studies were classified as good quality. The comparison group for all the studies was usual care; no studies compared different types of interventions. Studies consistently demonstrated a reduction in medication discrepancies (17 of 17 studies), potential adverse drug events (5 of 6 studies), and adverse drug events (2 of 2 studies) but showed an inconsistent reduction in postdischarge health care utilization (improvement in 2 of 8 studies). Key aspects of successful interventions included interactive pharmacists staff



Muller et al 2012

26 estudios relevantes:

- 15 intervenciones farmacéuticas
- 6 intervenciones tecnológicas
- 5 otras intervenciones

Resultados

- reducción de discrepancia (17 de 17 estudios)
- reducción de eventos adversos potenciales (5 de 6)
- reducción de eventos adversos (2 de 2)
- solo 2 de 8 **reducción de recursos sanitarios** al alta:
 - intervención farmacéutica intensas** (entrevista, conciliación al ingreso y al alta, educación sanitaria al paciente, comunicación con MAP)
 - inclusión de **pacientes alto riesgo**: >70 y >80 años

Conclusión

Intervenciones eficiente con alta implicación farmacéutica y pacientes de riesgo



¿Cómo hacer más eficiente el proceso de conciliación? Las fronteras de la conciliación

MEDICATION REVIEW

REVISION DE
TRATAMIENTO

MEDICATION
RECONCILIATION

CONCILIACION

COUNSELLING AND
MEDICATION
OPTIMIZATION

OPTIMIZACIÓN Y
EDUCACIÓN

¿CONCILIAMOS EN URGENCIAS O ESPERAMOS AL INGRESO?



A PROPÓSITO DE UN CASO

ELADIO

INFORME DE URGENCIAS

MOTIVO DE CONSULTA: Amaurosis

PROCEDENCIA: Petición propia

ÁREA DE ATENCIÓN ASIGNADA: BOXES RÁPIDOS

ANTECEDENTES PERSONALES:

Crisis de gota.

LMC estuvo en tto. con Imatinib.

DL sin tto actual

ALERGIAS Y REACCIONES ADVERSAS:

Sin alergias y reacciones adversas.

TRATAMIENTO HABITUAL:

Zyloric 300 (0-1-0) , Simvastatina 20 MG (0-0-1) , Adiro 100 mg (0-0-1)

SITUACIÓN BASAL:

IASBVD

PROBLEMA ACTUAL:

Paciente varón de 52 años con los antecedentes descritos , acude por episodio de cefalea tipo opresivo de 4 h de evolución refiere que mientras conducía sufre pérdida súbita de visión binocular con mareo y desorientación asociadas , no episodios previos , no fiebre , no dificultad respiratoria , no dolor torácico , no náuseas , no vómitos no focalización ; lo que ocasiona accidente de tráfico con impactación de su camión en rotonda



A propósito de un caso

- ▶ **EXPLORACION FISICA:** anodina
- ▶ **EXPLORACION NEUROLOGICA:** no hay focalidad neurológica, ni signos meníngeos
TAC sin hallazgos significativos
- ▶ **Pruebas complementarias:** BQ, hematología sin hallazgos significativos
- ▶ **INTERCONSULTA OFTALMOLOGIA**
- ▶ JC: no signos de patología urgente en el momento actual
- ▶ Plan: seguimiento por medicina



FICHA TECNICA IMATINIB

Trastornos oculares

<i>Frecuentes:</i>	Edema palpebral, aumento del lagrimeo, hemorragia conjuntival, conjuntivitis, ojo seco, visión borrosa
<i>Poco frecuentes:</i>	Irritación ocular, dolor ocular, edema orbital, hemorragia escleral, hemorragia retiniana, blefaritis, edema macular
<i>Raras:</i>	Catarata, glaucoma, papiloedema
<i>Frecuencia no conocida:</i>	Hemorragia vítrea*



A propósito de un caso

OBSERVACIÓN DE URGENCIAS:

- 10/08/2015 2017 ([REDACTED])

Paciente varón de 52 años con los antecedentes descritos TAC sin evidencia de proceso parenquimatoso cerebral , queda en observación para seguimiento y/o observación de nueva aparición de clínica neurológica.

- 11/08/2015 11:22 [REDACTED]

Paciente que permanece en Urgencias tras presentar ayer episodio presincope de 2-3 segundos de duración con recuperación espontánea y completa sin ninguna secuela neurológica. En PPCC incluido TAC no se objetivan alteraciones, tampoco en exploración oftalmológica.

Revisado por farmacia su ttº QT si tiene descritas las alteraciones visuales como posible efecto secundario frecuente por lo que se comenta el caso con HEMATOLOGIA, se propone cambio de tratamiento al paciente que decide retrasar la decisión hasta la próxima cita en septiembre.

Actualmente estable y asintomático por lo que se decide alta.

Realizamos ECG en ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización ni alargamiento del QT

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

- PROBABLE EFECTO ADVERSO NO ESPECIFICADO DE FARMACO, SUSTANCIA MEDICAM (995.20)

DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS:

- PERTURBACION VISUAL AUTOLIMITADA (368.9)



CASO 2: JGR

- ▶ Paciente varón de 78 años que trae el SUMMA
- ▶ No se dispone de informes en el sistema, por lo que se recoge información de la familia:
- ▶ **Antecedentes:**
 - ▶ - FRCV: No HTA. No DM. DL en tratamiento farmacológico.
 - ▶ - Hace 6-7 meses ingreso en el Hospital X por crisis convulsiva según refiere, iniciándose tratamiento con Depakine.

- ▶ **TRAMIENTO HABITUAL:**

Depakine (ac. Valproico) 500 mg (0-0-1)

Simvastatina 20 mg (0-0-1)

Adiro 100mg (0-1-0)

Losartan 50 mg (1-0-0)



JGR

DIA 1

PROBLEMA ACTUAL:

- ▶ Paciente varón de 78 años que acude al servicio de Urgencias **traído por el SUMMA** por cuadro caracterizado por **desconexión con el medio** sin clara pérdida de conocimiento de 1-2 minutos de duración y rigidez de boca. Estos episodios son **iguales que los que motivaron el ingreso hace 7 meses en el Hospital X** en S°Neurología y motivo por el cual está en tratamiento con **Depakine**.
- ▶ No alteraciones del ciclo sueño vigilia, no consumo de alcohol ni otras sustancias. **Los familiares (hijo) refiere no saber si la medicación la esta tomando adecuadamente.**



- ▶ **Exploración neurológica:** (complicada de realizar una adecuada exploración por la escasa colaboración voluntaria por parte del paciente): Consciente y orientado en las tres esferas. Habla fluida, coherente y comprensible. PPCC:
-----Pupilas isocóricas y normorreactivas a la luz, no nistagmo, no claras asimetrías faciales. Sensibilidad táctil facial conservada. Resto normal. Fuerza 5/5, sensibilidad y tono conservados en las cuatro extremidades. RCP flexor bilateral. Marcha no explorada. No signos meníngeos ni rigidez de nuca.
- ▶ **TC de cráneo** : sin cambios respecto a TC previo del 2011.
EKG: Ritmo sinusal a 74 lpm. Eje derecho. PR en límite alto de la normalidad. BCRDHH
- ▶ **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**
- ▶ Hemograma: normal
Bioquímica:
- ▶ Glucosa (Basal) * 198 mg/dl 74 - 106 mcc
Acido valproico 56 µg/ml (50 – 100)
- ▶ Orina elemental (DRAS): leucocituria
Leucocitos * 250 x µL mcc
Urocultivo: Se aislan - 10.000 UFC/ml. Recuento bajo no valorable de varios gérmenes
- ▶ **Leucocituria como signo de probable ITU no complicada y como probable desencadenante de las crisis, sin otras alteraciones. Niveles de Acido Valproico en rango**





▶ **DIAGNÓSTICO:**

- ▶ Crisis comicial en paciente epiléptico conocido
- ▶ ITU no complicada (posible desencadenate)

▶ **PLAN:**

- ▶ Observación para vigilancia

TRATAMIENTO PRESCRITO EN URGENCIAS

- ▶ Omeprazol 20 cena
- ▶ Clexane 40 mg cada 24 h
- ▶ Adiro 100 mg comida
- ▶ Losartan 50 en desayuno
- ▶ Simvastatina 20 mg cena
- ▶ Ciprofloxacino 500 mg cada 12 h
- ▶ Paracetamol 1 g cada 8 h
- ▶ Depakine 500 mg dno

Identificar algún error de dosis

Depakine liberación normal : administración 2-3 veces día

Depakine 500 mg 1 vez dia= depakine cronos (no disponible en hospital)





▶ EVOLUCIÓN

▶ A la mañana siguiente:

▶

Refiere haber sufrido **tres episodios de desconexión** del medio en ultimas 24h a pesar **de normalidad en los niveles de valproico**.
Comentado con familia refieren dosis de **500mg de ac. valproico al día**.

Antes de haber estado 24 h
en urgencias

¡de forma cronos!

- ▶ Se recomienda pauta **de 500mg depakine cada 12h** y administracion de 500mg iv durante su permanencia en servicio de urgencias manteniendo antibioterapia
Se comprueba tolerancia oral

Ajusto tratamiento y mantengo en observacion hasta mañana

▶



Día siguiente: Alta.

RECOMENDACIONES/TRATAMIENTO:

Depakine 500mg cada 12h

Ciprofloxacino 500mg cada 12h durante 5 días

Vigilancia domiciliaria

Control por map

Acudira a consulta de neurologia el proximo 5/2/14 a las 10.00h en CIDT



¿Hay que hacerlo en urgencias o esperamos al ingreso?

Cuanto antes mejor

Resolvemos problemas de disponibilidad

Los errores de conciliación pueden prolongar la estancia en urgencias o provocar ingreso

Evaluamos diagnósticos alertantes

Presencia de familiares/cuidadores

Los equipos de urgencias son multidisciplinares



IDEAS CLAVE



La conciliación de medicación **no es solo contrastar listas.**

El **paciente/cuidador** es el único elemento constante en todo el proceso

Es un proceso es multidisciplinar que requiere **formación y soporte bibliográfico**

Las herramientas **electrónicas son una ayuda**, pero no sustituyen el juicio clínico





Muchas gracias