

NOTAS INFORMATIVAS para utilizar con SEGURIDAD los medicamentos 1/ 13

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SALAMANCA



Errores de medicación en las transiciones asistenciales

En los últimos años se ha constatado que un importante porcentaje de los errores de medicación se producen durante las transiciones entre niveles asistenciales o en los cambios de responsables de los pacientes. Los tipos de errores más frecuentes suelen ser: omisión de medicamentos necesarios, diferencias en dosis o pautas, prescripción de medicamentos equivocados o duplicados, administración de dosis extras en los traslados, retrasos en la administración de medicamentos no disponibles, etc. Estos errores se deben fundamentalmente a fallos en la comunicación de los tratamientos, entre los profesionales sanitarios o entre éstos y los pacientes o cuidadores.

Diversos estudios han mostrado errores entre la medicación domiciliaria y la medicación prescrita al ingreso hasta en un 67% de las prescripciones indicadas en el momento del ingreso hospitalario. Al alta se observan problemas similares, encontrándose omisiones de medicamentos necesarios, duplicidades terapéuticas y otras discrepancias no justificadas entre la medicación domiciliaria al ingreso y la prescrita al alta, hasta en un 66% de los informes de alta. Estos errores tienen una importante repercusión clínica; por ejemplo, se ha observado que del 10-14% de los reingresos en pacientes de edad avanzada se producen por una información incompleta o incorrecta sobre la medicación al alta.

Para reducir estos errores se recomienda implantar procedimientos que aseguren una continuidad de la información sobre medicación en las transiciones asistenciales, de forma que cuando se trasladan de nivel

asistencial, los pacientes reciban todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente, y con la dosis, vía y frecuencia correcta.

Se trata de que la información que se transmite sobre la medicación en los momentos de traspaso asistencial sea única, precisa y completa. Para ello, los puntos esenciales radican en que al ingreso hospitalario se revise y registre toda la medicación domiciliaria del paciente, que durante su ingreso hospitalario en todo momento se encuentre disponible una lista precisa de la medicación que está recibiendo el paciente para todos los profesionales que le atienden, y que al alta hospitalaria, se facilite al paciente y a los siguientes profesionales que le atiendan, una lista detallada de los medicamentos que deba tomar y dejar de tomar.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha promovido la implantación de estas prácticas en los centros sanitarios. El Plan de Gestión en la Calidad y Seguridad del Paciente del SACYL incluye entre sus proyectos la conciliación de la medicación al alta. Por este motivo, se ha considerado conveniente recoger a continuación algunas medidas recomendadas al respecto.

1) Safer Healthcare Now! Medication reconciliation in acute care. Getting started kit. ISMP Canada and Canadian Patient Safety Institute; 2011. **2)** ISMP-España. Errores en la conciliación de los tratamientos con medicamentos. Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. Diciembre 2011; 34: 1-4. **3)** Greenwald JL, Halasyamani L, Green J, et al. Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinical relevant and implementable: A consensus statement on key principles and necessary first steps. J Hosp Med. 2010; 5: 477-85.

Para evitar errores de medicación en las transiciones asistenciales se aconseja seguir las siguientes

RECOMENDACIONES:

• Al ingreso hospitalario:

- ✓ Obtener un listado único, completo y preciso de toda la medicación domiciliaria del paciente, que especifique dosis, frecuencia y vía de administración, así como información complementaria sobre alergias (reflejando expresamente "sin alergias conocidas", si es el caso) y efectos adversos.

Este listado se incluirá en la Historia Clínica y se obtendrá a partir de todas las fuentes disponibles (hoja de medicación de Atención Primaria, informes médicos, "bolsa de las medicinas", etc.) y se completará y verificará mediante entrevista con el paciente, sus familiares o cuidadores.

- ✓ Cotejar la medicación prescrita al ingreso con el listado de la medicación domiciliaria para resolver posibles discrepancias.
- ✓ Toda la medicación domiciliaria que se continúe durante el ingreso se debe prescribir de forma completa y explícita, indicando dosis, frecuencia y vía de administración. Se deben evitar frases como: "continuar con su medicación habitual".

• Al alta hospitalaria:

- ✓ Recoger en el informe de alta, una lista completa con toda la medicación que el paciente deberá tomar y deberá dejar de tomar, detallando: dosis, frecuencia, vía de administración, así como indicación y duración del tratamiento. Se deben evitar frases como: "continuar con su medicación habitual".
- ✓ Diferenciar y especificar en dicha lista los medicamentos nuevos prescritos en el hospital, la medicación domiciliaria previa al ingreso que se ha decidido continuar y la que se ha modificado o suspendido.

Esta información se ha elaborado por el Grupo de Trabajo para la Seguridad en el Uso de los Medicamentos y el Servicio de Farmacia del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.
Para comunicar cualquier sugerencia o incidente con la medicación pueden contactar a través del teléfono 55257.