Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):956

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EA-146 - CONCILIACIÓN FARMACOLÓGICA: UNA URGENCIA INAPLAZABLE

I. Gómez Gárate[1], M. Ibáñez López[2], E. González Ibáñez[2], R. Esquisábel Martínez[2], A. Etxagibel Galdós[2], P. Ruiz Panalés[1], A. Ibáñez de Gauna López de Robles[1], S. Cantera Sáez de Argandoña[1]

[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).[2]Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Martín. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Resumen

Objetivos: Analizar el número de discrepancias justificadas (DJ) y no justificadas (DNJ) en el tratamiento de los pacientes y desarrollar un sistema para asegurar la conciliación universal sostenible a largo plazo. Este estudio forma parte del proyecto PaSQ (European Union Network for Patient Safety and Quality of Care).

Métodos: Liderazgo: dos investigadoras principales y un grupo de trabajo de conciliación (GTC) integrado por Farmacia hospitalaria (FH), oficinas de farmacia (OF), Medicina Interna (MI) y médicos de Atención Primaria. Período de estudio 1.11.2013 a 30.10.2014. Se incluyeron los pacientes de un centro de salud (cs) de nuestra área de influencia, dados de alta de MI. Al ingreso FH cotejaba el tratamiento prescrito en el sistema informático (presbide) y el del ingreso. MI realizaba la mejor historia farmacológica posible (MHFP) y conciliaba la medicación tanto al ingreso como al alta (cotejando el presbide, información del paciente y cuidador o “la bolsa”). El tratamiento al alta se desglosaba en: tratamiento habitual, dosis modificadas, tratamiento nuevo y tratamiento suspendido. Los cambios debían estar justificados en el informe de alta. Tras el alta, el Equipo Conciliador de AP revisaba de nuevo el tratamiento, recogiendo DJ y DNJ, avisaba al médico de AP del paciente, al paciente y al médico responsable del ingreso. Al paciente se le recomendaba que acudiera con el informe de alta a la OF, que lo cotejaba con el presbide y avisaba a su MAP de las posibles discrepancias. El GTC se reunía mensualmente, analizaba datos y sugería cambios.

Resultados: Se presentan en la tabla.

	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Total discrepancias	39	81	76	71	30	85	53	63	58	26	78	48
DNJ	8	22	14	17	5	13	6	19	18	4	10	12
% DNJ	88	42,8	33,3	53,3	22,2	38,09	18,8	44,4	47,05	36,36	40	26,6
Media DNJ por paciente	0,88	1,57	0,93	1,13	0,55	0,61	0,54	1,05	1,05	0,36	0,5	0,8

Discusión: “Conciliar” es un “trabajo experto” que se resiente cíclicamente por la sobrecarga asistencial. Las DNJ se mantienen estables con un techo que justifica la revisión de todas las altas por AP. La prescripción electrónica compartida, debidamente “mantenida”, puede ser el esqueleto de la MHFP.

Conclusiones: La pluripatología, polifarmacia y fragmentación de cuidados hacen de la conciliación una urgencia ineludible que debe ser reconocida e incentivada. Entendemos que debe ser universal y no limitada a grupos de pacientes o fármacos Parece útil crear equipos multidisciplinares que pueden recoger y analizar resultados y sugerir mejoras (sistemas de aviso de altas, integración gradual de todos los médicos de AP, expansión a otros CS y servicios, etc.) La conciliación al alta por parte de AP parece insustituible.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.