



Farmacia
HOSPITALARIA

www.elsevier.es/farmhosp



COMUNICACIONES PÓSTER

56.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Santiago de Compostela, 18-21 de octubre de 2011

CONCILIACIÓN, INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS AL PACIENTE

1100. ¿ES EL MODELO "PATIENT OWN DRUGS" UN AHORRO PARA EL SISTEMA SANITARIO?

J.F. Sierra-Sánchez, T. González-Carrascosa Vega, J. Díaz Navarro, J.M. Borrero Rubio, R. Castaño Lara y S. Fénix Caballero

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. España.

Objetivos: Comparar dos estrategias de abordaje de la gestión de la medicación dentro del protocolo de conciliación de la medicación domiciliaria.

Material y métodos: Análisis comparativo de dos estrategias de gestión de la medicación domiciliaria no incluida en la Guía Farmacoterapéutica del hospital (GFT) de aquellos pacientes que fueron atendidos dentro del protocolo de conciliación de la medicación domiciliaria en el paciente quirúrgico. La estrategia actualmente aplicada consiste en la combinación del "Protocolo de manejo perioperatorio de la medicación domiciliaria" (PMPMD) de la Sociedad Catalana de Farmacia Clínica, que divide a los medicamentos en aquellos que deben suspenderse y aquellos que deben mantenerse, en relación al ingreso quirúrgico, y la aplicación de un programa de Equivalentes Terapéuticos. En la aplicación de ambos protocolos, toda medicación que deba mantenerse durante el ingreso que no pueda ser sustituida por un equivalente terapéutico, debe ser adquirida como medicación no incluida en GFT. La estrategia alternativa, conocida como "Patient's own drugs" (POD), consiste en la donación temporal por el paciente, al servicio de farmacia, de toda su medicación, siendo el servicio de farmacia el responsable de su gestión a través del sistema de dispensación correspondiente. La comparación contempló costes económicos y costes en recursos humanos. El coste económico se circunscribió al coste de la medicación. El coste en recursos humanos contempló: personal administrativo: 3 min de trabajo por medicamento no incluido en GFT adquirido; personal de enfermería: 5 min por cada paciente atendido en la entrega de su medicación domiciliaria; personal técnico de farmacia: 10 min por recepción, acondicionamiento e identificación de la medicación de cada paciente que entrega su medicación y 5 min por la devolución de medicación a cada paciente en el momento del alta. La comparación se hizo

suponiendo la aplicación de la estrategia POD a toda la medicación que, según el PMPMD, debería mantenerse en el tratamiento durante el ingreso.

Resultados: Durante ocho meses se concilió el tratamiento domiciliario de 198 pacientes (38,5% de los ingresos). Fueron conciliados 2.108 medicamentos, de los que 785 (37%) tuvieron indicación de mantenimiento durante el ingreso, y formaban parte del tratamiento de 137 pacientes. Entre estos, 80 (3,8%) eran medicamentos no incluidos en la GFT, realizándose intercambio terapéutico en 37 casos (1,8%). Fue necesaria la adquisición de medicación en 43 ocasiones (2,0%), por no estar contemplados dentro del programa de equivalentes terapéuticos. El coste de toda la medicación domiciliaria fue de 8.997,51€ (65,68€/paciente). Fue necesario adquirir medicación en 43 ocasiones, suponiendo un total de 2h y 9 min de trabajo de personal administrativo. La estrategia POD no habría supuesto coste en medicación. POD habría conllevado 11h y 25 min de trabajo del personal de enfermería y 34h y 15 min de trabajo del personal técnico del Servicio de Farmacia.

Conclusiones: Aunque un programa basado en la estrategia POD podría suponer un ahorro en costes de medicación, los costes en recursos humanos serían superiores a los de una estrategia basada en el uso de un protocolo de Intercambio Terapéutico, y difíciles de cuantificar económicamente.

58. ACEPTACIÓN MÉDICA DE LA CONCILIACIÓN FARMACÉUTICA EN UN HOSPITAL DE NEUROREHABILITACIÓN

A. Pérez Miras y A.J. Fierro Banzo

Institut Guttmann. Hospital de Neurorehabilitació. Barcelona. España.

Objetivos: Evaluar el grado de aceptación por parte del médico prescriptor de las recomendaciones farmacéuticas (RF) realizadas durante el proceso de conciliación de la medicación de los pacientes que ingresan en el hospital.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de revisión de las conciliaciones farmacéuticas realizadas desde julio a diciembre de 2010. Se utilizó la aplicación informática de interconsulta a farmacia para la conciliación de la medicación integrada en la historia clínica electrónica (HCE). Además de detectar las posibles discre-

pancias entre la medicación prescrita cuando el paciente ingresa en nuestro hospital respecto a su medicación habitual y/o del hospital de procedencia, se llevaron a cabo una serie de RF destinadas a optimizar la terapia farmacológica.

Resultados: Se analizaron un total de 415 conciliaciones de la medicación que realizó el médico (conciliación primaria) en el momento del ingreso hospitalario. El farmacéutico efectuó la conciliación secundaria en 139 pacientes (33%) dando lugar a 86 RF. El médico aceptó un total de 55 RF (64%) mientras que en las 31 restantes (36%) no realizó ningún cambio de la prescripción farmacológica inicial. Si desglosamos el nivel de aceptación del médico según el tipo de RF se observa un 100% de aceptación en: -Omisión de algún medicamento necesario para el paciente (23 de 23). -Prescripción de medicamento inapropiado (1 de 1). -Vías de administración incorrectas (2 de 2). -Interacciones farmacológicas del tipo inhibidores de la bomba de protones con clopidogrel (2 de 2). -Adecuación de la forma farmacéutica a la vía de administración (1 de 1). -Control de niveles séricos de fármacos (2 de 2). El nivel de aceptación en las propuestas de corrección de dosis de medicamentos fue del 54% (13 de 24) y del 50% (3 de 6) en los casos de duplicidad terapéutica, frecuencia de administración y nombres incorrectos de fármacos. Se aceptó un 32% (8 de 25) de las RF relacionadas con adaptaciones a la guía farmacoterapéutica (intercambios terapéuticos y supresión de fármacos de dudosa eficacia). El nivel de aceptación por parte del médico de las RF relacionadas con la efectividad y seguridad fue del 77% y el porcentaje relacionado con la eficiencia fue del 32% (prueba chi-cuadrado, $p < 0,01$).

Conclusiones: El hecho de integrar la conciliación de la medicación en la HCE, facilita la interacción entre médico y farmacéutico para llevar a cabo una optimización de los tratamientos farmacológicos, de acuerdo con la patología de los pacientes en el momento del ingreso hospitalario. Cuando la RF está relacionada con la efectividad del tratamiento o la seguridad del paciente el grado de aceptación del médico es mayor que cuando está vinculada a la eficiencia. Según este estudio parece conveniente la implementación de un programa de intercambio terapéutico asociado la prescripción médica electrónica para obtener una mayor implicación del médico en los procesos de adaptación de los medicamentos a la guía farmacoterapéutica.

814. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M.A. Allende Bandrés, M. Arenere Mendoza, M. Sánchez Berriel, M. Gimeno Gracia, M.A. Alcácer López y B. Abad Bañuelos

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Objetivos: Analizar las intervenciones realizadas por un farmacéutico de enlace en una planta de Medicina Interna durante el año 2010.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de todas las intervenciones farmacéuticas registradas durante el año 2010. Se utilizó el programa Isofar® versión 1.2, desarrollado por Nicase software®, Societat Catalana de Farmacia Clínica y Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y promovido por Pfizer® para el registro y cuantificación de las intervenciones farmacéuticas. El farmacéutico de enlace diariamente elabora la historia farmacoterapéutica del paciente y realiza la conciliación de los tratamientos al ingreso a todos los pacientes. Durante la estancia, valida las órdenes médicas mediante el programa de prescripción electrónica Farmatools® y proporciona información al alta a los pacientes utilizando el programa Infowin®.

Resultados: Se revisaron los tratamientos de 661 pacientes realizando un total de 583 intervenciones de las cuales el 98% (572) fueron aceptadas. El impacto de las intervenciones fue de eficacia en 171 (30%) y seguridad en 412 (70%). En relación al momento de

la intervención, 151 intervenciones (26%) se realizaron al ingreso, 99 (17%) durante la estancia y 333 (57%) se realizaron al alta. De las 583 intervenciones realizadas, las más frecuentes fueron: 365 (62%) por una incorrecta cumplimentación de las ordenes médicas; en 72 casos (12%) se recomendó iniciar un tratamiento no prescrito en el hospital (64 casos por omisión de su tratamiento crónico domiciliario y en 8 porque necesitaba tratamiento adicional); en 56 casos (9,6%) se recomendó el cambio de medicamento (31 se sustituyeron por fármacos de la guía farmacoterapéutica y 15 sustituciones se ajustaron a los protocolos de intercambio terapéutico); en 36 (6%) se recomendó la modificación de la dosis (21 por sobredosificación y 15 infradosificación) y en 13 se recomendó la suspensión del tratamiento (cuatro por duración excesiva, cuatro por no estar indicado, tres por duplicidad, uno por prevención de reacción adversa a medicamento y uno por contraindicación). Clasificando las intervenciones por grupo anatómico, los grupos en los que hubo más intervenciones en número y porcentaje fueron: Aparato Cardiovascular ($n = 189$, 32,0%), Sistema Nervioso ($n = 113$, 19,0%), Aparato digestivo y Metabolismo ($n = 69$, 12,0%), Terapia Antiinfecciosa ($n = 64$, 11,0%) y Aparato Respiratorio ($n = 44$, 7,5%). Por grupo terapéutico los grupos mayoritarios fueron J01 Antibacterianos de uso sistémico ($n = 57$, 9,7%), C09 Fármacos activos sobre el sistema renina-angiotensina ($n = 53$, 9,0%) R03 Medicamentos para alteraciones obstructivas pulmonares ($n = 39$, 6,6%), N06 Psicoanalépticos ($n = 38$, 6,5%) y A02 Fármacos para alteraciones relacionadas con acidez ($n = 37$, 6,3%).

Conclusiones: El impacto de las intervenciones fue encaminado fundamentalmente a aumentar la seguridad de la farmacoterapia. Los principales grupos terapéuticos implicados fueron los del grupo del Aparato Cardiovascular siendo los mayoritarios los del subgrupo C09. La mayoría de las intervenciones hacen referencia a la cumplimentación de órdenes médicas, por lo que se pueden aumentar las intervenciones de otros tipos poniendo en marcha programas de ajuste posológico en insuficiencia renal, o terapia secuencial.

548. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO

C. Romero Delgado, I. Plasencia García, M.A. Moreno García, A. González Rodríguez, N. Román González y J. Merino Alonso

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

Objetivos: Evaluar un programa de atención farmacéutica al alta al paciente trasplantado hepático. Mejorar la información de los medicamentos que recibe el paciente al alta, prevenir posibles errores de medicación (omisión, conciliación) y prevenir el gasto sanitario que pudiera derivarse los mismos.

Material y métodos: Se estableció junto al Servicio de Digestivo un programa de información oral y escrita de medicamentos al alta hospitalaria de los nuevos pacientes trasplantados. El farmacéutico realiza dos entrevistas al paciente, en la primera, durante el ingreso, nos identificamos como farmacéuticos del hospital y le solicitamos información sobre la medicación que tomaba previamente al trasplante. También se le solicita un teléfono de contacto para realizar una encuesta telefónica posteriormente. En la segunda entrevista, al alta hospitalaria, se dispensa la medicación para 5-15 días dependiendo de si se trata de medicamentos que requieren visado de inspección o no; se entrega un calendario con horario de administración e información sobre medicamentos a través del programa Infowin® y medidas higiénico-sanitarias. En todos los casos se revisa el informe de alta y se comenta con el médico responsable. Esta actividad se ha incluido en el programa de formación del residente de tercer año, dentro del periodo de rotación por la Unidad de Pacientes Externos.

Resultados: Desde abril de 2010 a abril de 2011 se ha informado a 33 pacientes trasplantados (94%), con una media de 2.75 pacientes/mes. La media de medicamentos por paciente al alta fue de 10,4 (rango: 8-15). Se realizaron las siguientes intervenciones: Conciliación de medicación: tratamiento previo al episodio del trasplante que no se había prescrito al alta (4) y medicamento que se suspendió al alta por no presentar sintomatología de próstata (1), tras consulta de un paciente sobre los suplementos de magnesio que no están financiados por la Seguridad Social se prescribe al alta la especialidad de menor coste y se detectan tres errores en informe de alta: prescripción de dos tipos de insulina de liberación lenta, prescripción de fluconazol cuando por protocolo debería estar suspendido y omisión de la insulina que debería inyectarse el paciente. A 21 pacientes se les pudo realizar telefónicamente una encuesta de satisfacción sobre la información recibida, tras una media de 14,5 días tras recibir el alta, obteniendo en la pregunta de satisfacción global una media de 9,5/10.

Conclusiones: La atención farmacéutica al alta hospitalaria del trasplantado hepático ha permitido prevenir errores de medicación y mejorar el conocimiento de los medicamentos de los pacientes. Este programa supone un valor añadido a la calidad asistencial y es percibido por el paciente con un altísimo grado de satisfacción.

411. CONCILIACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN AMBULATORIA Y HOSPITALARIA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS: ESTUDIO DE INTERVENCIÓN

M. Gómez-Valent, I. López Rico, M. García Argelaguet, C. Pontes García, M. Cabré Serres y M.Q. Gorgas Torner

Corporació Sanitària Parc Taulí. Barcelona. España.

Objetivos: Analizar el manejo postoperatorio de la medicación crónica del paciente quirúrgico ingresado en el área de Cirugía General y Digestiva. Evaluar la eficiencia de una intervención farmacéutica destinada a disminuir el número de discrepancias encontradas entre la medicación crónica ambulatoria del paciente y la prescrita durante su ingreso hospitalario.

Material y métodos: Estudio prospectivo casi experimental realizado en dos fases, una descriptiva y otra de intervención farmacéutica durante un periodo de nueve meses en un hospital universitario de segundo nivel de 800 camas. A partir de los programas de prescripción hospitalaria y ambulatoria se determinaron número y tipo de discrepancias entre la medicación habitual y la prescrita durante el ingreso. Durante la fase descriptiva se realizó un análisis de las discrepancias entre medicación crónica del paciente y prescripción hospitalaria en el momento del alta. Durante la fase de intervención se identificaron y analizaron las discrepancias durante el ingreso del paciente comunicando las posibles diferencias al equipo médico responsable mediante unas hojas de conciliación elaboradas por el Servicio de Farmacia. Se recogió información sobre la aceptación de las recomendaciones durante la fase de intervención.

Resultados: De un total de 200 ingresos analizados durante el período en estudio, se identificaron 222 discrepancias en la fase descriptiva y 132 en la de intervención. El tipo y número de discrepancias no justificadas obtenidas en ambas fases se debieron a omisión de la medicación (81,68%), diferencia de vía, dosis o pauta (12,98%), prescripción incompleta (3,05%), diferencia de medicamento (1,53%) y medicamento innecesario (0,76%). Durante la fase de intervención farmacéutica se realizaron intervenciones farmacéuticas relativas a la prescripción de 73 pacientes, con un grado de aceptación por parte del prescriptor del 62,61%. La aceptación de estas intervenciones se tradujo en una reducción significativa del 43,5% de las discrepancias no justificadas al alta respecto a la fase descriptiva.

Conclusiones: La implementación de un sistema de conciliación con intervención farmacéutica basado en la detección, evaluación

de información sobre las discrepancias entre las prescripciones ambulatoria y hospitalaria, es efectiva para reducir errores en la prescripción.

1063. CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN DURANTE LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES DE LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UNA RESIDENCIA SOCIO SANITARIA

M.J. Mauriz Montero, M.T. Rabuñal Álvarez e I. Martín Herranz

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña. España.

Objetivos: Describir un programa de conciliación de la medicación de los pacientes de una residencia socio sanitaria (RSS) durante las transiciones asistenciales con atención primaria (AP) y atención especializada (AE).

Material y métodos: Estudio prospectivo de todos los episodios de nuevos ingresos y de las transiciones asistenciales en una RSS de 172 pacientes, durante el periodo abril 2010-abril 2011, mediante la revisión del perfil farmacoterapéutico (PFT) del 100% de los pacientes. Fuentes de datos: historia clínica electrónica de atención especializada y primaria (IANUS[®], SIFAR[®]), programa de dispensación en dosis unitaria del hospital (SINFHOS[®]), de dispensación a pacientes externos, informes de alta y consulta de centros sanitarios privados y los informes de urgencias. Datos recogidos: demográficos, diagnósticos, tratamientos farmacológicos y analíticos (creatinina, hemoglobina). Se consideró discrepancia a toda intervención farmacéutica destinada a resolver una adaptación a la guía farmacoterapéutica (GFT) del centro o a la resolución de un problema de medicación.

Resultados: Se incluyeron 204 pacientes. Se realizó y actualizó el PFT tras cada transición asistencia (32 ingresos en la residencia, 50 altas hospitalarias, 63 consultas externas y 7 servicios de urgencias). El 79% de estas transiciones asistenciales originaron discrepancias. En 83 pacientes (41%) se detectó al menos una discrepancia, siendo 53 mujeres y 30 hombres, con una edad media $81,5 \pm 9,3$ años. El número de discrepancias detectadas fue de 170, de las cuales 62 se originaron al ingreso en la RSS procedente de AP, 54 de altas de AE, 50 tras una consulta externa y 4 tras la atención del paciente en el servicio de urgencias. El 100% de las discrepancias fueron corregidas tras la actuación del farmacéutico. Se intervino con el médico de AE (64 casos), con el médico de AP (95 casos) y en 89 casos se informó al personal de enfermería y al paciente. Las discrepancias según su tipología fueron: 38 intercambios terapéuticos para adaptación a la GFT (IECAS y ARA II, preparados de hierro y vitaminas, HBPM, antagonistas de calcio, analgésicos, antibióticos, bifosfonatos, IBP), 29 omisión de medicación (habitual del paciente 20: antidepresivos, neurolepticos, antiépilépticos, corticoides; necesaria por la situación clínica del paciente 9: hierro, protección gástrica, laxantes y antiagregantes plaquetarios), 25 suspensiones de medicación (medicamentos de dudosa eficacia, hipnóticos, antihistamínicos, analgésicos, nutrición enteral y espesantes), 20 ajuste/cambio de principio activo (por reacción adversa 6: neurolepticos, benzodiacepinas, antidepresivos, IECA; por situación clínica del paciente 14: antihipertensivos, antidiabéticos), 11 finalización de tratamiento al alta hospitalaria (antibióticos, HBPM, corticoides), 8 propuesta de monitorización farmacocinética, 9 finalizaciones de duración de tratamiento, 5 duplicidad (psicofármacos), 3 intervalo posológico incorrecto, 3 selección de antibiótico por antibiograma, 1 principio activo erróneo, otras 18.

Conclusiones: En los pacientes que ingresan en una RSS y durante sus transiciones asistenciales se hace necesario intensificar las acciones para la conciliación de la medicación dado que en un 41% de los pacientes se detecta una oportunidad de intervención para resolver una discrepancia. Un elevado número de las discrepancias (79%) afectan a la eficacia/seguridad del paciente.

987. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL TRATAMIENTO CON METOTREXATO ORAL

B. Ortiz Martín, S. Peña Cavia, M.A. Lucena Campillo, F.J. Hidalgo Correas, B. García Díaz e I. Ricote Lobera

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. España.

Objetivos: Descripción y análisis de los errores de medicación detectados en el tratamiento con metotrexato oral en un hospital universitario de 400 camas.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo que analiza los errores de medicación relacionados con el uso inadecuado de metotrexato oral, comunicados al "Programa de Notificación Voluntaria de Errores de Medicación" de un hospital universitario de 400 camas, desde mayo 2006 hasta abril de 2011. La recogida de datos se realizó a partir de la aplicación informática del Programa de notificación y de la revisión de las historias clínicas de los pacientes afectados. Se elaboró una hoja de recogida de datos en la que se incluyó: tipo de error, etapa de la cadena terapéutica en la que ocurrió el error, consecuencias del error para el paciente, dónde se produjo el error, quién lo produjo y quién lo detectó.

Resultados: Se analizaron 9 errores que afectaron a un total de 8 pacientes. La edad media de la población, era de 69 años, el 25% eran hombres. Dos de los errores se debieron a una dosis errónea (una de ellas superior y otra inferior a la dosis correcta). Un error se produjo por falta de ajuste de la dosis a la función renal. Seis errores se debieron a la administración de metotrexato diaria en lugar de semanal. El error alcanzó a 5 de los 8 pacientes (62,5%) produciendo daño en 4 de ellos (80%) (100% mucositis y 25% toxicidad hematológica). Las consecuencias del error fueron motivo del ingreso en 3 pacientes (75%) por mucositis y en un paciente (25%) prolongó la estancia hospitalaria por desarrollo de pancitopenia. En un paciente (25%) fue motivo del fallecimiento del mismo. El error tuvo lugar en el momento del ingreso en el 55,6% (5 errores), en el alta hospitalaria en el 11,1% (1 error), en el domicilio del paciente en el 22,2% (2 errores), y se desconoce en 11,1% (1 error). El error se produjo en la prescripción médica en 66,7% de los casos (6 errores), en la transcripción farmacéutica en el 11,1% (1 error) y en la administración por el propio paciente en el 22,2% de los casos (2 errores). El error fue detectado por un médico en el 33,3% de los casos (3 errores), por un farmacéutico en el 55,6% (5 errores), y por el propio paciente en el 11,1% (1 error).

Conclusiones: Los errores de medicación relacionados con metotrexato oral detectados en nuestro centro se produjeron en su mayoría en la prescripción médica hospitalaria principalmente en las transiciones asistenciales (con mayor frecuencia en el momento del ingreso hospitalario). En menor medida, los errores se debieron a la administración errónea por parte del paciente. Dados estos resultados, la prevención de nuevos errores podría conseguirse con la implantación de un programa de conciliación de tratamientos realizado por un farmacéutico y así como una adecuada educación a los pacientes en tratamiento con metotrexato oral.

323. EFECTIVIDAD DEL INTERCAMBIO TERAPÉUTICO DE ARA-II EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

R. Veiga Gutiérrez, J. González-López, C. Crespo Diz, M.I. Cadavid Torres y M.E. Concheiro Nine

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Objetivos: Evaluar la efectividad del intercambio terapéutico (IT) utilizado en la práctica clínica habitual de medicamentos ARA-II en pacientes hipertensos ingresados en un hospital clínico universitario.

Material y métodos: Estudio retrospectivo transversal en el cual se incluyeron pacientes hipertensos a tratamiento con ARA-II no

incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital, en los que se realizó un IT normalizado a losartán durante el mes de enero de 2011. Variable respuesta principal: proporción de pacientes que mantienen los valores de presión arterial (PA) dentro del objetivo terapéutico establecido para la prevención de accidentes cardiovasculares (130/80 en pacientes diabéticos y 140/90 en el resto de pacientes). Otras variables: valores de PA el mes previo al ingreso (PA-dom) y tras 8 días del intercambio terapéutico (PA-F). Se analizaron 71 pacientes en global, con una edad media de 75,5 años (rango: 39-95) y por subgrupos de comorbilidades: diabéticos (42%) y dislipémicos (54%).

Resultados: En el análisis del total de la población, la PA-dom (TAD \pm DE/TAS \pm DE) media encontrada fue de 73,8 \pm 11,2/138,1 \pm 16 mmHg y la PA-F 70,3 \pm 10/134,2 \pm 20,1 mmHg. La proporción de pacientes que mantenían los valores de PA dentro del objetivo terapéutico establecido en el domicilio era del 56%. Tras el intercambio terapéutico, se elevó esta proporción hasta el 69%. El 55% de los pacientes que ingresaron con valores de PA superiores a los recomendados controlaron su PA después de realizar el IT. En el grupo de pacientes diabéticos, la PA-dom fue de 73,3 \pm 10,9/139,1 \pm 16,6 mmHg y la PA-F 68,2 \pm 10,2/135,1 \pm 21,1 mmHg. La proporción de pacientes controlados en domicilio fue del 36%. El intercambio terapéutico en este grupo no provocó la pérdida de control de PA en ningún paciente. De los pacientes diabéticos con falta de control de PA en domicilio, el 32% alcanzaron cifras de PA adecuadas tras el IT. En el grupo de pacientes dislipémicos, la PA-dom fue de 73,2 \pm 11,2/138,3 \pm 18,3 mmHg y la PA-F 70,4 \pm 9,7/136,1 \pm 19,8 mmHg. La proporción de pacientes controlados en domicilio fue del 53%, y del 68% tras el IT. El 67% de los pacientes que ingresaron con presiones superiores a las recomendadas se controlaron después del IT.

Conclusiones: La efectividad del intercambio terapéutico de antihipertensivos ARA-II en los pacientes estudiados es elevada, permitiendo no solo conservar, sino incluso aumentar el control de la PA. Los pacientes diabéticos, con un intervalo objetivo de PA más estricto, no sufrieron pérdida de control de PA en ningún caso. En dislipémicos aumenta el número de pacientes que consiguen controlar la PA al realizarse el IT. En el aumento del control de la PA encontrado debe valorarse también una posible mejor adherencia al tratamiento en el entorno hospitalario respecto al domicilio. Es necesario realizar posteriores estudios al objeto de determinar la influencia que sobre el incremento de la PA tiene la adherencia al tratamiento en el entorno hospitalario respecto al domiciliario.

174. EL PROCESO DE CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO AL ALTA HOSPITALARIA: UNA NECESIDAD ASISTENCIAL

J.C. Yáñez Rubal, L. España Valiño, P. Cid Silva e I. Martín Herranz

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña. España.

Objetivos: Describir un programa de conciliación del tratamiento farmacológico al alta hospitalaria y los resultados derivados de su implantación.

Material y métodos: Al alta hospitalaria el médico realiza el informe de alta que es enviado por correo electrónico desde la unidad administrativa de la unidad clínica al Servicio de Farmacia (SF). El farmacéutico compara el perfil farmacoterapéutico del paciente en el momento del alta con el informe de alta definitiva. Las diferencias observadas se comentan con el médico prescriptor. Como resultados posibles: la no existencia de discrepancias, discrepancias justificadas y discrepancias no justificadas (errores de conciliación).

Resultados: El estudio abarca el 100% de las altas hospitalarias recibidas en el correo del SF desde agosto de 2010 a abril de 2011.

Número de pacientes: 101. Duración media del proceso de conciliación/paciente: 10 minutos. El 11,9% de los pacientes no vieron modificado sus tratamientos al alta, al 88,1% restantes se les modificó el tratamiento resultando que un 24,7% de los pacientes presentaban discrepancias no justificadas calificadas como errores de conciliación (33,3% medicamentos no indicados, 23,1% dosis inadecuadas, 12,8% medicamento inadecuado, 12,8% medicamento no prescrito, 7,7% duplicidad de medicamentos, 5,1% informe de alta confuso, 2,6% intervalo inadecuado, 2,6% asociaciones de medicamentos inadecuadas). Dentro de las discrepancias justificadas el número de medicamentos analizados fue de 261 con una media/DE de $3,22 \pm 2,08$ medicamentos por informe de alta (1-12). El análisis de los motivos de las discrepancias justificadas se distribuye: suspensión de medicamentos 67,3% (heparinas de bajo peso molecular 18,4%, analgesia "si precisa" 22,4%, otros medicamentos pautados 40,8%, otros medicamentos "si precisa" 18,4%), cambios de dosis al alta 17,7%, nuevo medicamento al alta 15%. Utilizando la clasificación del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention se evalúa la gravedad de los errores de conciliación: No error, pero posibilidad de que se produzca 18,5%, error que no alcanza al paciente; no causa daño 7,4%, error que alcanza al paciente, pero no es probable que cause daño 37,1%, error que alcanza al paciente y hubiera necesitado monitorización y/o intervención para evitar el daño 22,2%, error que hubiera causado un daño temporal 7,4%, error que hubiera causado un daño que requeriría hospitalización o prolongación de la estancia 3,7%, error que hubiera requerido soporte vital 3,7%. El índice de aceptación de la intervención del farmacéutico por parte de los médicos fue del 100%.

Conclusiones: 1. El 24,7% de los pacientes al alta hospitalaria presentaban errores de conciliación. 2. Se señala el momento del alta hospitalaria como un punto crítico en el proceso asistencial que se beneficia de la intervención del farmacéutico.

1147. ERRORES DE CONCILIACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E.R. Alfaro Lara, M.D. Vega Coca, M. Galván Banqueri, B. Santos Ramos, M.D. Nieto Martín y M. Ollero Baturone

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Objetivos: Conocer la incidencia de errores de conciliación en el ingreso hospitalario en una muestra de pacientes pluripatológicos. Analizar los tipos de errores y determinar el más frecuente en este grupo de pacientes, así como, el porcentaje de aceptación de la intervención. Valorar la gravedad de dichos errores, según la categorización de The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention's (NCCMERP).

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo (octubre'10-abril'11). La población de estudio fueron pacientes pluripatológicos, según definición recogida en el Proceso Asistencial Integrado de Andalucía, que ingresaron en un hospital de tercer nivel durante el período de estudio. Los pacientes a los que no se les pudo realizar conciliación en las primeras 48h tras el ingreso fueron excluidos. La fuente de información principal utilizada fue la historia clínica digital, tanto la hospitalaria, como la de Atención Primaria. Se recogieron las siguientes variables: número de fármacos prescritos, número de discrepancias que requirieron aclaración con el prescriptor, número de errores de conciliación, tipo de error (omisión, comisión, diferencias de dosis, vía o pauta, prescripción incompleta) y porcentaje de aceptación. Se valoró la gravedad de cada uno de ellos según la clasificación de NCCMERP.

Resultados: Se incluyeron un total de 37 pacientes, de los que 29 (78,3%) presentaron al menos un error de conciliación. Los pa-

cientes tenían 409 fármacos prescritos, de los cuales 68 (14,7%) presentaron discrepancias no justificadas en la historia clínica. De las 68 discrepancias no justificadas, en 57 discrepancias, el médico las aceptó como errores de conciliación. Estos datos dan una cifra de errores de conciliación en el 83,8% de las discrepancias (uno de cada 7,1 medicamentos prescritos). Los tipos de error fueron por omisión de los medicamentos (94%), diferencia en las dosis o en la pauta (4%) y por prescripción incompleta (2%). En cuanto a la gravedad, el 4% fueron errores potenciales, el 9% de los errores producidos no alcanzaron al paciente, el 83% alcanzó al paciente pero no le causó daño y el 4% no causaron daño, pero podrían haber requerido monitorización del paciente.

Conclusiones: Existe una alta incidencia de errores de conciliación al ingreso en estos pacientes. El error más frecuente es la omisión del medicamento y generalmente se tratan de errores que alcanzan al paciente, pero sin haber causado daño. Esto pone de manifiesto la necesidad de implementar programas de conciliación estandarizados en el subgrupo de pacientes pluripatológicos.

560. ESTUDIO DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

B. Rodríguez Vargas, E. Delgado Silveira y T. Bermejo Vicedo

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Objetivos: Cuantificar y analizar las discrepancias encontradas al ingreso hospitalario en pacientes mayores, así como los errores de conciliación detectados.

Material y métodos: Estudio prospectivo de tres meses de duración. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 65 años y más de cuatro fármacos como tratamiento habitual. Se seleccionaron los pacientes de manera aleatoria y estratificada (1:1) en función del tipo de servicio médico o quirúrgico. El proceso de conciliación se realizó comparando la orden médica intrahospitalaria con la medicación previa del paciente, obtenida mediante entrevista al mismo o familiar en las primeras 24 horas a su ingreso, así como mediante la revisión de antecedentes en la historia clínica. Para el análisis de discrepancia se siguieron las pautas del "Documento de Consenso en Terminología y Clasificación en Conciliación de la Medicación de la SEFH". Las discrepancias que requirieron aclaración fueron comunicadas al médico para su resolución. Se llevó a cabo una prueba t de Student para muestras independientes para comparar la tasa de errores de conciliación encontrada en los pacientes en función del tipo de servicio (médico o quirúrgico). Se utilizó el paquete estadístico SPSS 13.0. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación clínica y se obtuvo el consentimiento informado de todos los pacientes incluidos.

Resultados: Se incluyeron 74 pacientes. El 55,4% fueron varones. La edad media fue $79,1 \pm 7,0$ años. Los pacientes incluidos tenían una media de $8,8 \pm 3,3$ principios activos en su tratamiento previo al ingreso y presentaron $4,4 \pm 2,0$ comorbilidades. Se encontraron 752 discrepancias, de las cuales 158 requirieron aclaración. El 53,8% de éstas supusieron un error de conciliación y el 10% no fueron resueltas. Respecto al total de pacientes, el 72,97% de los pacientes presentaron discrepancias que requirieron aclaración, con una media de $1,7 \pm 1,6$ por paciente. La media de errores de conciliación fue $1,1 \pm 1,3$ por paciente. Dichos errores se produjeron en un 56,8% de los pacientes. El 67,6% de los errores de conciliación fue debido a la omisión de algún medicamento, el 14,9% debido al cambio en la dosis vía o frecuencia de un medicamento y el 5,4% a una prescripción incompleta. Los grupos de medicamentos más implicados en errores de conciliación fueron Sistema Nervioso (28%), Aparato Cardiovascular

(26,7%) y Órganos de los Sentidos (14,7%). La media de errores de conciliación por paciente en servicio médicos fue $1,3 \pm 1,2$ y en los quirúrgicos fue $1,03 \pm 1,36$, siendo la diferencia no estadísticamente significativa ($p = 0,432$).

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes mayores de 65 años presentan discrepancias al ingreso que suponen errores de conciliación. La tasa de errores de conciliación por paciente fue similar en servicios médicos y quirúrgicos.

264. EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FARMACÉUTICA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

I. Sarria Gallego, M. Esteban-Sánchez, M.P. Blázquez Bea, M. Merchante Andreu, R. Santos del Prado y S. Martínez-Isturriaga

Hospital San Pedro. La Rioja. España.

Objetivos: Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas en un Servicio de Cirugía General (SCG).

Material y métodos: Estudio observacional y prospectivo de 2 meses de duración (enero 2011-febrero 2011) en hospital de 620 camas durante la rotación de un residente de 4º año. Diariamente, el farmacéutico revisaba las historias clínicas informatizadas de los pacientes ingresados (Estación Clínica Selene®), realizaba el pase de vista junto con el equipo médico para seguir la evolución clínica y validaba las prescripciones médicas. Para llevar a cabo el estudio se diseñó una hoja de recogida de datos en la que se incluyeron: datos demográficos, datos analíticos relevantes, diagnóstico, tratamiento habitual, tratamiento en SCG, tratamiento al alta, IF y grado de aceptación. Las IF realizadas se dividieron en: discrepancias de la conciliación (al ingreso y alta) y detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM). Las discrepancias se clasificaron según el Documento de Consenso de Conciliación (SEFH). Los PRM se agruparon en: necesidad, seguridad y efectividad según el Documento de Consenso de Atención Farmacéutica (enero 2008). Todas las IF fueron comunicadas verbalmente al equipo médico.

Resultados: Se estudiaron 41 pacientes ingresados con en SCG. El 65,8% fueron hombres y la edad media fue de 65,4 años (14-93). El 53,6% tomaban 3 o más fármacos como medicación habitual. Se registraron 63 IF en 28 pacientes. La media de IF por paciente intervenido fue de 2,25. La media IF por paciente ingresado fue de 1,5. El 87,3% (55) de las IF registradas fueron discrepancias en el proceso de conciliación, de las cuales el 81,8% (45) fueron detectadas al ingreso y el resto (10) al alta. Las discrepancias encontradas al ingreso fueron justificadas en el 42,2% (19): 2 casos por adecuación a la Guía Farmacoterapéutica (GFT) y 17 por decisión médica de no prescribir. El 57,8% de las discrepancias (26) fueron no justificadas: 23 por omisión del medicamento, 2 por tratarse de cambios en la dosis y 1 por prescripción incompleta. El 88,5% (23) de las discrepancias no justificadas fueron aceptadas y supusieron cambios en las prescripciones médicas. Al alta, se hallaron 10 discrepancias entre la medicación crónica habitual y la prescrita en el SCG, siendo justificadas en un 10% (1) y no justificadas en el 90% (9): 5 casos por omisión, 3 por inicio de medicación y en caso dosis incorrecta. El grado de aceptación de las IF realizadas al alta fue del 100%. El 12,7% (8) de las IF fueron PRM que se detectaron durante la estancia: 6 fueron de indicación, 2 de efectividad y 2 de seguridad. Todos los PRM detectados fueron aceptados por el equipo médico.

Conclusiones: La conciliación del tratamiento es la causa principal de IF (87,3%), sobre todo al ingreso y favorece la reducción de PRM durante la estancia. La mayoría de las discrepancias no justificadas detectadas en la conciliación son debidas a la omisión de medicamentos. La integración del farmacéutico en el equipo favorece la aceptación de las IF.

742. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

M.T. López Mancha, M. Elviro Llorens, G. Elizondo Rivas, M.E. Carrasco del Amo, M.C. Nagore Indurain y S. Berisa Prado

Complejo Hospitalario de Navarra Hospital B. Navarra. España.

Objetivos: Implantar un programa piloto de conciliación del tratamiento farmacológico y evaluar los resultados obtenidos en pacientes que, cumpliendo unos criterios de inclusión, ingresan en un Servicio de Medicina Interna a través del Servicio de Urgencias.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado durante 3 meses por un equipo multidisciplinar. Los pacientes seleccionados debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: edad mayor o igual a 65 años, tratados con 4 o más medicamentos de forma habitual y afectados de dos o más patologías crónicas. Las fuentes de información utilizadas fueron: Historia Clínica Informatizada, prescripción de Atención Primaria, entrevista clínica, prescripciones en ingresos anteriores e informes de residencias geriátricas. Se diseñó una hoja de recogida de datos donde se anotaron los fármacos habituales de cada paciente, incluyendo dosis, frecuencia y vía de administración. Se comparó esta medicación con la prescrita durante su estancia en Urgencias, analizándose las discrepancias generadas, así como los errores de conciliación (discrepancias no justificadas) y la gravedad de los mismos, según los criterios de The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention.

Resultados: Se estudiaron 58 pacientes, 50% hombres y 50% mujeres, con una edad media de 74,2 años (rango 65-96) y con un promedio de 8 medicamentos habituales. De las 464 prescripciones revisadas, el 73% no presentaba discrepancias, un 14% presentaba discrepancias justificadas y un 13% discrepancias no justificadas. De estas últimas, el 62% estaban causadas por vía, dosis o pauta horaria incorrecta, el 22% por omisión del medicamento, el 8% por medicamento duplicado y el 8% por medicamento equivocado. La gravedad de estos errores fue: un 40% errores potenciales, un 35% no alcanzaron al paciente, un 23% alcanzaron al paciente sin producirle daño y un 2% alcanzaron al paciente y fue necesaria monitorización y/o intervención. Un 64% del total de los pacientes analizados presentaba al menos un error de conciliación.

Conclusiones: 1. Los resultados obtenidos confirman que la conciliación del tratamiento farmacológico al ingreso hospitalario es un punto crítico en la seguridad del paciente, principalmente en ancianos y polimedcados, que constituyen una población de especial riesgo. 2. La implantación de un programa de conciliación en el Servicio de Urgencias constituye una herramienta muy útil que contribuye a garantizar que el paciente recibe su medicación habitual con la dosis, vía y frecuencia correcta y que esta medicación es adecuada a su nueva situación clínica. 3. Validación de una metodología de trabajo para su implantación en todo el hospital.

303. IMPLEMENTATION OF A MEDICATION RECONCILIATION PROGRAM IN A MEDICAL WARD

E. Cunha Proença, M.J. Rocha, P. Dias y J.D. Vieira

University Hospital of Coimbra. Portugal.

Objectives: Purpose: The aim of this study was to characterize and evaluate the impact of implementing a medication reconciliation program in a medical ward.

Material and methods: Prospective study of one year (March 2010-March 2011), which implemented a medication reconciliation program in a ward with 33 beds. The inclusion criteria were: multiple medications (> 3 drugs) and more than one chronic illness or comorbidity. The exclusion criterion was cognitive impairment.

Data were collected by the pharmacist during the first 48 hours of admission in order to obtain: a list of medications that the patient was taking at home, self-medication and homeopathic/natural medicines, tobacco, alcohol or tea consumption and allergies. Then the medication reconciliation form was completed. The pharmacist checked the drug history of patients admitted and reviewed the prescriptions made at the time of admission. Main outcome measures were the number of substituted drugs, self-medication, the number of homeopathic medicines and/or natural drugs and the number of medications per patient. The data were processed using the Access program.

Results: During twelve months of study a total of 103 patients were interviewed with an average age of 66.1 ± 16.0 years (13 male, 90 female). Of the total of 604 drugs analyzed, in order to adjust medication from home to the National Hospital Drugs Formulary, it has been found that 59% was to continue. On the remaining 41%, there were four options: discontinue 17%, reviewed with clinical 51%, therapeutic suggestion 4% and interchange 28%. Of these 28%, the main groups that have suffered therapeutic interchange were: antihypertensive 22.9%, antiplatelet 17.1%, antidiabetics 10%, statins 8.6%, and proton pump inhibitors 7.1%. We also found that 10.7% of patients had allergies to antibiotics and 4.9% to other drugs. The percentage of patients who consumed tea, alcohol and tobacco was 41.7%, 16.5% and 7.8%, respectively. All patients who met the inclusion criteria showed good acceptance of the program and none of them refused the interview.

Conclusions: The admission reconciliation process aimed to provide information about the details of patient usual medication and work in conjunction with the physician in making decisions about medications the patient has been taking. The degree of satisfaction of patients and their relatives interviewed confirmed the usefulness of this process in improving the quality of care received. The percentage of interventions needed shows the importance of the pharmacist in this reconciliation process and patient follow-up in hospital setting. Medication reconciliation is excellent to ensure medication safety and improve patient's quality of life.