

SALA 3

FILOMENA GARCIA SANCHEZ

Enfermera Gestora de Casos. Distrito Sanitario Granada. Servicio Andaluz de Salud. España.



LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

SALA 3

La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Comunitaria

D^a. Filomena García Sánchez.

Diplomada en Enfermería (Univ. Granada España). Experta Univ. Epidemiología e Investigación Clínica. Especialista en Salud Pública (Univ. Murcia España). Enfermera Gestora de Casos. Distrito Sanitario Granada. Servicio Andaluz de Salud. España.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE CRÓNICO AL ALTA HOSPITALARIA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

El envejecimiento de la población en los países occidentales conlleva un incremento de las enfermedades crónicas. Estas se manifiestan mediante la tríada edad, comorbilidad y polimedicación .

La integración de la atención se ha convertido en una prioridad en muchos países, especialmente para resolver problemas de salud crónicos que requieren la atención de múltiples profesionales y servicios. Numerosos estudios ponen de relieve los problemas de la falta de coordinación e integración entre niveles asistenciales, presentes en buena parte de los sistemas de salud.

Los medicamentos son la intervención más común en la mayoría de los servicios sanitarios. Al igual que con todos los tratamientos, las personas que ingieren medicamentos necesitan información suficiente: que les permita tomar y usar los medicamentos de modo efectivo, comprender los daños y beneficios potenciales y tomar una decisión fundamentada acerca de ellos. Se calcula que alrededor de la mitad de los pacientes no toma medicamentos prescritos lo que lleva a un desperdicio de recursos y una asistencia sanitaria subóptima. En los años 70 y 80 se supuso que el simple aumento del conocimiento del tratamiento en los pacientes sería una medida efectiva de reducción del incumplimiento. Más recientemente, se ha desarrollado un entendimiento de la complejidad de los factores que subyacen al uso de medicamentos de los pacientes. Cada vez más, los pacientes se reconocen como gestores activos de su propia asistencia sanitaria.

Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario y el coste que suponen es de tal relevancia que las principales organizaciones de salud (OMS, OPS, Unión Europea), agencias y organismos internacionales como la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), la National Patient Safety Agency (NPSA) y la OCDE han desarrollado estrategias para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los efectos adversos evitables en la práctica clínica.

El Ministerio de Sanidad y Consumo en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos se contempla como una de las áreas fundamentales, los errores en la medicación son los tipos más frecuentes Este hecho ha sido recientemente constatado en el estudio ENEAS, cuyos hallazgos indican que un 37% de los acontecimientos adversos detectados en pacientes ingresados estaban causados por medicamentos.

Otros estudios realizados en España, centrados específicamente en analizar los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos, han puesto de manifiesto también la elevada repercusión asistencial y económica de los errores de medicación.

La no adherencia al tratamiento farmacológico es frecuente y resulta costosa para los sistemas sanitarios públicos. Un promedio del 50% de los pacientes con enfermedades crónicas no se adhiere a toda la medicación que tiene prescrita.

Los errores de medicación (EM) son comunes en el ámbito hospitalario y conducen a un incremento de morbilidad, mortalidad y de los costes económicos. Los más frecuentes ocurren en las etapas de la prescripción y administración. Se ha determinado que hasta un 67 % de prescripciones médicas tienen uno o más errores y que de éstos, un 46% ocurren en el ingreso y en alta hospitalaria, es decir en la transición de los pacientes entre diferentes niveles asistenciales.

Al ingresar el paciente en el hospital o traslado a una unidad asistencial diferente, es necesario que quede registrado una prescripción completa con toda la terapia medicamentosa. No se aceptan las prescripciones

de continuar con los mismos medicamentos o tomar la medicación que seguía en domicilio"

Al Realizar el informe de alta hospitalaria debe incluir informe de medicamentos con el tratamiento actualizado (medicamento, dosis, vía de administración y frecuencia) y los cambios realizados con respecto a su tratamiento al ingreso hospitalario (nuevos medicamentos y suspensiones) indicando la causa del cambio. Así mismo, se debe dar información oral y escrita al paciente y/o familiar al alta hospitalaria. Los profesionales sanitarios debemos asegurar la comprensión del nuevo tratamiento y de los cambios realizados en su tratamiento habitual y comunicar el informe de medicamentos al alta hospitalaria a los profesionales de Atención Primaria implicados en el cuidado del paciente. Los EM que ocurren en la transición de los pacientes entre niveles asistenciales (ingreso, alta y transición interservicios) se deben al desconocimiento, total o parcial, del tratamiento actual de los pacientes, con lo que se omiten medicamentos ambulatorios necesarios, se producen duplicidades, se prescriben dosis y formas incorrectas, etc.

Las reacciones adversas de medicamentos, y lo que se denomina prescripción subóptima (polimedicación, uso inadecuado, uso insuficiente), se presenta con frecuencia en personas de edad avanzada con patología crónica.

Hay que tener en cuenta el uso de procedimiento estandarizado para conciliar los medicamentos que el paciente ha estado tomando antes del ingreso con los medicamentos prescritos en el ingreso y al alta; y que el paciente ha recibido antes y después de su traslado dentro del centro a otra unidad asistencial o servicio diferente.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen pruebas sustanciales de que el apoyo informal o formal de los pacientes puede mejorar la adherencia terapéutica. Las conclusiones de investigación en este área son claras:

Los problemas de adherencia terapéutica se observan siempre que se requiere autoadministrar el tratamiento, independientemente del tipo y la gravedad de la enfermedad y de la accesibilidad a los recursos de salud.

Son muchos los factores que contribuyen a causar los problemas de adherencia. También influyen notoriamente las características de la enfermedad y su tratamiento y los atributos del sistema de asistencia sanitaria y la prestación de servicios.

Las intervenciones de asesoramiento deben ser continuadas en el tiempo, con aumento de soporte sanitario, como puede ser la Gestión de Casos.

No existe una solución universal para mejorar la adherencia. Lo ideal sería una combinación para obtener sinergias que multipliquen el resultado. Es necesaria la personalización para cada tipo de paciente. ,

En la revisión de Cochrane, algunos autores concluyen que para los tratamientos a corto plazo varias intervenciones muy sencillas aumentaron la adherencia y mejoraron los resultados de los pacientes.

Los pacientes ancianos, con frecuencia presentan diversas comorbilidades que requieren un tratamiento específico adicional, produciendo así una polimedicación. La polifarmacia se define como el uso crónico de cinco o más medicamentos. Esto sugiere la necesidad de nuevos modelos de atención primaria para mejorar la gestión de los pacientes que presentan Insuficiencia Cardíaca o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), por ejemplo .

La normativa GOLD(Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), considera una agudización en la EPOC como "episodio en el curso de la enfermedad, caracterizado por un cambio en la disnea basal, tos y/o expectoración, que va más allá de la variabilidad diaria, de inicio agudo, y que puede requerir un cambio en la medicación en un paciente con EPOC".

La EPOC representa la cuarta causa de mortalidad en los países desarrollados, causante del 10-15% del total de visitas de Atención Primaria, el 30-35% de las consultas externas de Neumología y supone el 7.8% de los ingresos hospitalarios.

Así se ha establecido cómo un mayor número anual de agudizaciones se asocian con mayores puntuaciones del St George Respiratory Questionnaire, que indica peor estado de salud y se ha establecido una relación entre la frecuencia de las agudizaciones y el empeoramiento anual de la calidad de vida. Realizando el tratamiento adecuado, la calidad de vida mejora tras algunas semanas, sin embargo pueden ser necesarios de 3 a 6 meses para que vuelva a su situación basal pre-exarcebación, ésta es una de las causas por las que debemos mantener una adecuada continuidad de cuidados y, una óptima planificación al alta hospitalaria. Durante las agudizaciones se incrementan tanto los costes directos (derivados de la asistencia sanitaria y la medicación) como los indirectos.

En un estudio realizado en Andalucía se indica cómo en el año 2000 las exacerbaciones de la enfermedad provocaron 10.386 ingresos. Los costes mínimos provocados por estos ingresos fueron de 27 millones de euros al año, no incluyendo el coste generado por el ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos .

Los efectos adversos por medicamentos comunes e interacciones medicamentosas presentan asociación de

elevada frecuencia en pacientes de edad avanzada. Con el fin de minimizar estos riesgos , se debe evitar prescribir medicamentos innecesarios, ajustar dosis del medicamento para equilibrar de manera óptima los beneficios y los efectos secundarios , y permanecer alerta a la posibilidad de medicamentos que pudiesen causar o contribuir a eventos adversos clínicamente importantes y problemas de calidad de vida .

Pacientes con medicamentos prescritos para las enfermedades crónicas están en riesgo de interrupción después de su ingreso hospitalario. Cuando se produce un alta hospitalaria, puede haber, en general, déficit en la comunicación de la situación clínica del paciente, y en particular en la comunicación sobre los medicamentos de nueva prescripción, sobre todo la que el paciente tomaba antes que se produjese ingreso hospitalario. Las lagunas en la continuidad de la atención son un área de vulnerabilidad para la seguridad del paciente

En un estudio realizado en 2011 muestra que los pacientes dados de alta en el hospital tienen un elevado riesgo de no continuar sus medicamentos a largo plazo para enfermedades crónicas y que el tratamiento en la UCI parece aumentar aún más este riesgo.

Los resultados subrayan la importancia de un enfoque sistemático para las transiciones en el cuidado de la salud para garantizar la continuidad de la medicación. De esta manera, el éxito en el tratamiento de pacientes hospitalizados se puede traducir en el éxito en el tratamiento de los pacientes de la comunidad. La admisión en una UCI se asoció con un riesgo adicional de la interrupción del tratamiento en 4 de 5 grupos de medicamentos contra las hospitalizaciones sin un ingreso en la UCI. El seguimiento de un año de pacientes que interrumpieron la medicación mostró una OR ajustada de 1.07 (95% CI, 1.03-1.11) de morir, visitar las urgencias o tener una hospitalización urgente para el grupo de la estatinas y una OR ajustada de 1.10 (95% CI,1.03-1.16) para el grupo de anticoagulantes / antiplaquetarios.

En el Programa de Notificación Espontánea de Reacciones Adversas a medicamentos En 2010 la tasa de notificación de reacciones adversas fue de 12,6 por 100.000 habitantes, con mayor notificación en hospitales y menor en atención primaria.

El porcentaje de usuarios en seguimiento tras el alta hospitalaria es un indicador básico de continuidad asistencial interniveles.

Estudios observacionales en el Reino Unido han mostrado que el control inadecuado de la presión arterial se asocia con un riesgo significativo de accidente cerebro-vascular y muertes evitables por causas vasculares. En el control deficiente de la presión arterial están implicados el proceso de atención que reciben los pacientes con hipertensión, las características del paciente, del profesional sanitario y del sistema. Resultados obtenidos en varias investigaciones motivaron a sugerir que el control deficiente de la presión arterial en la comunidad puede deberse al tratamiento ineficaz y a la inadecuada organización de la práctica médica, descritos conjuntamente como "inercia clínica".

Nos vemos inmersos en una evaluación y seguimiento inadecuado en este tipo de pacientes, bien por la variabilidad en la práctica clínica, bien por la variabilidad en los equipos de soporte, tanto sanitarios, como los que proporcionan un adecuado soporte social.

Las intervenciones dirigidas a la adherencia terapéutica deben adaptarse a las necesidades particulares relacionadas con la enfermedad del paciente, y requieren proceso continuo y dinámico. Los errores de medicación motivan entre el 4.7% y el 5.3% de los ingresos hospitalarios con un coste medio por estancia de 3000 euros. En estudio observacional prospectivo realizado en 2010 se concluyó:

1. Los pacientes que han sido dado de alta hospitalaria no han sido informados de efectos adversos de su medicación en un 77%. Casi todos los pacientes fueron informados sobre la dosificación.
2. De los 51 pacientes que estaban en tratamiento con diurético sufrieron caídas en un 57%, con un riesgo de caídas, 23 veces mayor que los pacientes que no seguían dicho tratamiento.
3. En el análisis multivariante al menos existe un riesgo 12 veces mayor de caídas en los pacientes que toman diuréticos.
4. Se encontró significación estadística en asociación de reingresos hospitalarios y pacientes polimedicados.
5. Se debe aumentar la información sobre la medicación al alta hospitalaria

La planificación del alta en enfermería es un proceso sistemático que se inicia durante la hospitalización del paciente y finaliza con la elaboración de un informe de Continuidad de Cuidados de enfermería al alta (ICC) a todos los pacientes que al abandonar el hospital establece una vía de comunicación. Un hecho que influye en la seguridad del paciente en el ámbito de hospitalización es el del seguimiento del mismo al alta hospitalaria

La incorporación de indicadores de actividad en el programa de farmacovigilancia, estimula la participación de los profesionales sanitarios en materia de seguridad de fármacos. Desde el año 2011 en Andalucía, existe la posibilidad de que pacientes, familiares o personas cuidadoras notifiquen las sospechas de reacciones adversas a los medicamentos vía internet (www.cafv.es), de acuerdo con la nueva normativa de la Unión Europea.

Debido a que la causa es multifactorial, debemos establecer planes de acción que sean integrales, por ello la valoración de paciente en los diversos ámbitos de atención sanitaria, y dentro de la Atención Primaria con especial relevancia en el domicilio del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

(1) M.A. Llauger Roselló et al. Atención a la EPOC en el abordaje al paciente crónico en atención primaria.// Arch Bronconeumol. 2011;47(11):561-570

(2) Vázquez Navarrete, M^a L; Vargas Lorenzo, I; Farré Calpe, J; Terraza Núñez, R Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Rev. Esp. Salud Pública [online]. 2005, vol.79, n.6, pp. 633-643.

(3) Nicolson DJ, Knapp P, Raynor DK, Spoor P. Información escrita sobre medicamentos individuales para los consumidores (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3

(4) Buenas prácticas en la conciliación de la medicación en el ingreso, alta y transición Interservicios. Grupo de trabajo: Buenas prácticas en el uso de medicamentos.

<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente.PortalObservatorio/usuarios/egurodemedicamentos/>

(5) Bender BG. Nonadherence in chronic obstructive pulmonary disease patients: what do we know and what should we do next? .Curr Opin Pulm Med. 2014 Mar;20(2):132-7

(6) Zullig LL, Peterson ED, Bosworth HB. Ingredients of Successful Interventions to Improve Medication Adherence. JAMA. 2013 Dec 25;310(24):2611-2.

(7) Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4

(8) Mastromarino V, Casenghi M; Testa M, Gabriele E, Coluccia R, Rubattu S, Volpe M. Polypharmacy in Heart Failure Patients. Curr Heart Fail Rep. 2014 Feb 4.

(9) Documento de consenso de Neumosur sobre Atención Integral de las agudizaciones de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Revista Española de Patología Torácica. Suplemento 1. Sevilla. 2012

(10) Heart Fail Rev. 2012 Sep;17(4-5):589-95. Doi: 10.1007/s10741-011-9263-1. Pharmacotherapy of heart failure in the elderly: adverse events. Rich MW. Author information Washington University School of Medicine, 660 S. Euclid Ave., St. Louis, MO 63110, USA. Mrich@wustl.edu

(11) Bell CM, Brener SS, Gunraj N, Huo C, Bierman AS, Scales DC, Bajcar J, Zwarenstein , Urbach DR. Association of ICU or hospital admission with unintentional discontinuation of medications for chronic diseases. JAMA. 2011 Aug 24;306(8):840-7

(12) Liam G Glynn, Andrew W Murphy, Susan M Smith, Knut Schroeder, Tom Fahey. Intervenciones para mejorar el control de la presión arterial en pacientes hipertensos (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

(13) García Sánchez, F; Vázquez Teja, T; Gálvez Ramírez, F. Conocimiento del paciente de su medicación al alta hospitalaria. Congreso Hospitalización a Domicilio. 2010. Granada