

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Mejorando la calidad asistencial mediante la gestión de riesgos

Marta María Martínez Cifuentes. Enfermera de Salud Mental en Unidad de Hospitalización breve.

INTRODUCCIÓN

Atendiendo a la *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS(2005)* en la que se proponía desarrollar soluciones que prevengan y mitiguen daños provenientes de la atención sanitaria y así mejorar la calidad asistencial surge “**LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN**”: proceso que Intenta prevenir errores de medicación que ocurren en la transición asistencial de los pacientes. Los errores de medicación son comunes y conducen a un incremento de la morbilidad, mortalidad y de los costes económicos. Una manera de analizar este proceso es mediante el

Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE),

OBJETIVOS

- Detectar los fallos, causas y efectos en el proceso de conciliación de la medicación.
- Establecer acciones de mejora, según la prioridad de riesgo para minimizar o eliminar posibles efectos adversos debidos a la medicación.
- Garantizar que a lo largo de todo el proceso de atención sanitaria, los pacientes reciban los medicamentos necesarios.

MÉTODO

“Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)”

Herramienta para:

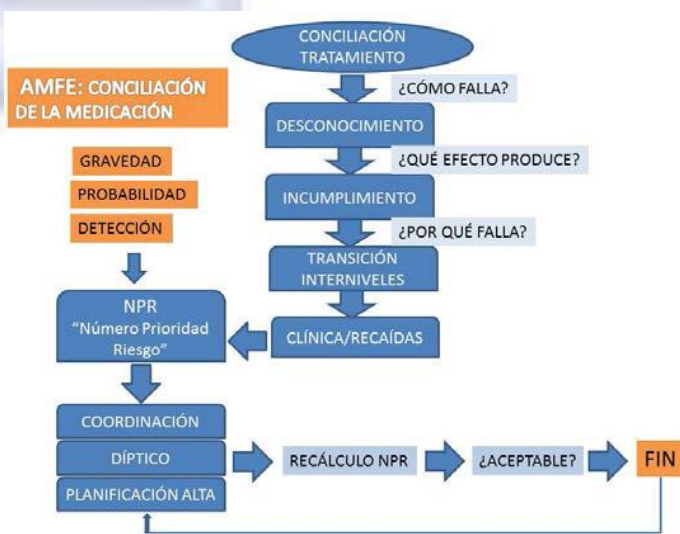
identificar los posibles fallos

Evaluando su probabilidad de aparición y posibilidad de detección

Los posibles efectos y su gravedad

Sus causas

Priorización para establecer acciones de mejora y poder prevenir y/o evitar dichos fallos.



RESULTADO

La conciliación del tratamiento ha demostrado su validez como herramienta para disminuir los errores en la medicación, habiendo conseguido reducciones de un 85% en 10 meses. Cabe destacar entre los fallos:

Modo de Fallo	Efecto	Causas	Acciones
El paciente no sabe el tratamiento total o parcialmente, o se equivoca en decirlo	No continuidad De tratamiento, Posible agravamiento	Déficit cognitivo, complejidad, desconocimiento	Contactaremos con el Equipo de Salud Mental de referencia del paciente en el caso de dudas. Incidiremos en recoger cualquier información relativa al tratamiento farmacológico
Error en la identificación del paciente, Error del profesional en la recogida de datos	Posible agravamiento, insatisfacción	Sobrecarga, descuido, prisas, Falta de formación, poca implicación	entrevista inicial de valoración incidiremos en recoger cualquier información del paciente y contrastarla con el
El paciente no colabora	No continuidad de tratamiento	Incapacidad psíquica	el momento del ingreso del paciente dar díptico informativo a sus familiares pidiendo colaboración de la familia.
Falta de coordinación entre profesionales interniveles	Abandono de tratamiento, recaída	Falta de comunicación, ausencia de protocolo	Mantendremos una comunicación fluida
No se da informe	Abandono, recaídas, desconfianza en el sistema	Falta de comunicación, ausencia de protocolo, sobrecarga	En el momento del alta reservaremos un momento y un espacio para revisar con el paciente y/o sus familiares, el tratamiento a seguir

CONCLUSIONES

La existencia de un programa de gestión de riesgos sanitarios proporciona beneficios para todos: Los pacientes, a quienes aporta una mayor seguridad en la atención recibida, los profesionales, incrementando la seguridad en sus actuaciones y una mayor satisfacción en el desempeño de su actividad, los responsables de la administración y la financiación, a los que proporciona un mayor rigor en la gestión.

La gestión del riesgo asistencial, también denominado riesgo clínico, es clave para la seguridad de los pacientes

BIBLIOGRAFIA

1. Grupo de trabajo: buenas prácticas en el uso de medicamentos. Buenas prácticas en la conciliación de la medicación en el ingreso, alta y transición interservicios. Sevilla: Observatorio para la Seguridad del Paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
2. Ruiz P, González C. El análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Una herramienta muy útil para la seguridad del paciente. JANO 2008; 1702:45-8.
3. Delgado Sánchez O, Martínez López I, Crespi Monjo M, Serra Soler G. Conciliación de la medicación: asumamos la responsabilidad compartida. Farm Hosp. 2008; 32(2):63-4.