

Implicancia de los eventos adversos a drogas en la hospitalización

Fajreldines, A; Pellizzari, M, Davide, L, Malvicini, A; Valerio, M
Dpto. de Calidad y seguridad del paciente
Servicio de Farmacia
Hospital Universitario Austral

Resumen

Antecedentes: en los años 1964 y 1981 Schimmel et al y Steel et al respectivamente, hallaron un 20% y 36% de eventos adversos asociados a la hospitalización y en ambos estudios los eventos más frecuentes fueron los eventos adversos a drogas (ADES). El estudio Bates, D (1997)ⁱ mostró sobre una población de más de 2000 pacientes que los ADES prolongan la hospitalización en valores de 2.2-4.6 días/paciente. La OMS propone una categorización de daño asociado a medicación con una escala que va de la A a la I, donde I es muerte asociada a medicación. **Objetivo:** medir los ADES en una población de pacientes adultos y su implicancia en la prolongación de la hospitalización. **Material y métodos:** estudio de prevalencia de corte transversal con una intervención de mejora. El estudio se realizó en el Hospital Austral, el periodo fue: enero-septiembre 2013. Los pacientes incluidos fueron 800 distribuidos en dos muestras de 400, una pre intervención y una post intervención. La muestra total fue emparejada por distribución de edad y sexo. La fuente de datos fue la historia clínica electrónica (HCE). Se usó para la valoración de ADES el algoritmo de Naranjo y la metodología Trigger Tools del Institute for Healthcare Improvement para su detección. Se volcaron los datos en una plantilla Excel con los datos de cada paciente y los ADES. Se consideró días de estancia prolongada por ADES a toda aquella consecuencia clínica de categoría F según el estándar de daño de la OMS (Categorías A-I), que prolongo la hospitalización y cuyo elemento causal no fue la patología de base del paciente sino la/s drogas administradas (comparativamente se analizo pacientes de condiciones similares sin ADES y la diferencia en la longitud de estancia se atribuyó a prolongación por ADES). Se trabajó estadísticamente con el programa SPSS21 (análisis de regresión logística multivariada y odd ratio). La intervención de mejora fue el entrenamiento a médicos, farmacéuticos y enfermeros en farmacovigilancia, monitoreo y conciliación de la medicación para evitar duplicidades terapéuticas y fármacos innecesarios. **Resultados:** se analizaron 800 pacientes, media de edad: 53,2, distribución por sexo: 59% mujeres, 41% varones. La aparición de ADES en la pre intervención fue: 40,67% y 11,33% en la post intervención. La prolongación de la hospitalización fue 93 días totales (media de 0.23 días/paciente) y 8 días (0.02 días/paciente) en la pre y post intervención respectivamente, $p=0,01$. El OR para la aparición de ADES se redujo de 10,5 (pre) a 0,094 (post) con una significancia estadística de $p=0.0001$. El análisis de regresión logística mostró asociación significativa de aparición de ADES a sexo masculino $p=0.001$, y a polifarmacia (más de 5 fármacos prescritos concomitantemente): 0.001, **Discusión** La prolongación de la estancia dio valores menores a los estudios de Bates, D (1997) pero se trata de estudios con una población mayor de pacientes (2000) y una población ajustada por índice de morbilidad y mortalidad. Hay que seguir estudiando el tema en mayor profundidad mediante un diseño de cohortes y un modelo de incidencia para disponer de información más consistente. **Conclusiones:** la intervención redujo significativamente la prevalencia de ADES, se abre una nueva oportunidad de mejora en el diseño de futuros estudios del tema.

Palabras clave: eventos adversos a drogas (ADES), hospitalización, prolongación de la estancia hospitalaria.

Bibliografía

1. The cost of adverse drug events in hospitalized patients. Bates et al. Disponible en: <http://www.wales.nhs.uk/sites3/documents/841/Bates%20DW,%20Spell%20N,%20Cullen%20DJ,%20et%20al%201997.pdf>
2. Rozich J, Resar R. Medication safety: one organization's approach to the challenge. *Qual Manag Health Care*. 2001; 8:27-34.
3. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med*. 2005;165:424-9.
4. Gleason KM, Groszek JM, Sullivan C, Rooney D, Barnard C, Noskin GA. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *Am J Health Syst Pharm*. 2004;61: 1689-95.
5. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med*. 2003;138:161-7.
6. Rogers G, Alper E, Brunelle D, Federico F, Fenn CA, Leape LL, et al. Reconciling medications at admission: safe practice recommendations and implementation strategies. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2006;32:37-50.
7. Faris RJ. Preventable drug-related morbidity and seamless care. En: *Seamless care: A pharmacist's guide to continuous care programs*. Ottawa: 2003; p. 13-8.
8. Thompson CA. JCAHO views medication reconciliation as adverse-event prevention. *Am J Health Syst Pharm*. 2005;62:1528-32.
9. Pickrell L, Duggan C, Dhillon S. From hospital admission to discharge: an exploratory study to evaluate seamless care. *Pharm J*. 2001;267:650-3.
10. The National Coordinating Council for medication Error Reporting and Prevention. Disponible en : www.nccmep.org/MedErrorCatIndex.htm
11. Lessard S, DeYoung J, Vazzana N. Medication discrepancies affecting senior patients at hospital admssion. *Am J Health Syst Pharm*. 2006;63: 740-3.
12. Boockvar K, Fishman E, Kyriacou CK, Monias A, Gavi S, Cortes T. Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes in patients transferred between acute and long-term care facilities. *Arch Intern Med*. 2004;164:545-50.
13. Kliethermes MA. Continuity of care: the significance of the pharmacist's role. *Am J Health Syst Pharm*. 2003;60:1787-90.
14. Errores de medicación en las admisiones hospitalarias. Necesidad de una historia farmacoterapéutica única. *Noticias Farmacoterapéuticas*. 2005;42:11-2.
15. The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP). NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors [citado 27 Mar 2007]. Disponible en: <http://www.nccmerp.org/pdf/indexColor2001-06-12.pdf>.
16. Institute for Safe Medication Practice. ISMP's List of High-Alert Medications [citado 27 Mar 2007]. Disponible en: <http://www.ismp.org/Tools/highalertmedication.pdf>
17. Gurwich EL. Comparison of medication histories acquired by pharmacists and physicians. *Am J Hosp Pharm*. 1983;40:1541-2.
18. Shane R, Gouveia WA. Expanding pharmacy's reach across the care continuum. *Am J Health Syst Pharm*. 2005; 62:430-1.
19. Manual de estándares de la Joint Commission International. 2011.

ⁱ Los costos asociados a ADES son calculados por autores americanos en función de algoritmos que identifican la causa de la morbilidad o daño asociado o no a medicamentos, y sobre ellos calculan días de hospitalización prolongados, pruebas de monitoreo solicitadas para controlar el efecto del daño, horas de monitoreo de personal sanitario, insumos utilizados, antídotos entre otros.