

## BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez-Hernández JA, González-Parra E, Gutiérrez-Julián JM, Segarra-Medrano A, Almirante-Gragera B, Martínez-de Merlo MT, et al. Guías de acceso vascular en hemodiálisis (Guías SEN). *Nefrología*. 2005;25 Supl 1:S3-97.
- Otten TR, Stein PD, Patel KC, Mustafa S, Silbergleit A. Thromboembolic disease involving the superior vena cava and braquiocephalic veins. *Chest*. 2003;123:809-12.
- Rooden CJ, Teasselaar ME, Osanto S, Rosendaal FR, Huisman MV. Deep vein thrombosis associated with central venous catheters-a review. *J Thromb Haemost*. 2005;3:2409-19.
- Luciani A, Clement O, Halimi P, Goudot D, Portier F, Bassot V, et al. Catheter-related upper extremity deep venous thrombosis in cancer patients: A prospective study base on Doppler US. *Radiology*. 2001;220:655-60.
- Hussein FA, Mawla N, Befeler AS, Martin KJ, Lentine KL. Formation of downhill esophageal varices as a rare but serious complication of hemodialysis access: A case report and comprehensive literature review. *Clin Exp Nephrol*. 2008;12:407-15.

Ana Isabel Morales García<sup>a,\*</sup>, María Dolores Arenas Jiménez<sup>b</sup>, Rafael José Esteban de la Rosa<sup>a</sup> y Rafael Fernández-Castillo<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Nefrología, Complejo Hospitalario de Granada-IBS de Granada, Granada, España

<sup>b</sup> Servicio de Nefrología, Hospital Perpetuo Socorro de Alicante, Alicante, España

<sup>c</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, Granada, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [amoralesg@senefro.org](mailto:amoralesg@senefro.org)  
(A.I. Morales García).

0211-6995/© 2015 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2015.10.022>

## Grado de adherencia y conocimiento previo a la conciliación terapéutica en pacientes en diálisis peritoneal

### Degree of adherence and knowledge prior to medication reconciliation in patients on peritoneal dialysis

Sr. Director:

El empleo de medicamentos implica a pacientes y profesionales sanitarios, y puede dar lugar a errores con importantes repercusiones clínicas<sup>1</sup>. A estos errores contribuyen la pluri-patología, la polimedicación, la fragmentación del sistema de salud (con múltiples médicos prescriptores sin registro único de salud), así como al desconocimiento del tratamiento por parte del paciente, familiares o cuidadores. Para disminuir estos errores de medicación se han propuesto varios procesos entre los que se incluyen la conciliación de la medicación (crear lista de medicación exacta que recoja todos los fármacos que el paciente toma), revisión del tratamiento (evaluar la lista para adecuación, efectividad, seguridad y conveniencia en conjunción con el estado de salud del paciente) y manejo individualizado de la terapia (comprobando adherencia, conocimiento de fármacos y lista de medicación «en la cartera»). La conciliación terapéutica debería ser realizada por un grupo multidisciplinar (médicos, enfermeros, farmacéuticos), en todos los pacientes, incluyendo todos los medicamentos y en todos los procesos asistenciales (hospitalarios y ambulatorios). Dado que es un proceso costoso, se han priorizado pacientes crónicos polimedicados y pluripatológicos, generalmente en transición asistencial y para grupos de fármacos implicados con mayor frecuencia en reacciones

adversas (con preferencia aquellos que deben ser conciliados en las primeras 4 h del ingreso, primeras 24 h, fármacos de estrecho margen terapéutico, y con múltiples interacciones y alto riesgo)<sup>2,3</sup>. Dado que los pacientes en diálisis pertenecen al grupo de alto riesgo de presentar estos problemas, hemos realizado un estudio para conocer los fármacos que se prescriben en nuestra unidad, así como la adherencia y conocimiento de la medicación por parte de los pacientes y/o cuidadores como punto de partida para la conciliación<sup>4-7</sup>.

Hemos realizado un estudio observacional, prospectivo sobre una cohorte de pacientes en diálisis peritoneal desde febrero a mayo del 2015. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo en diálisis, condiciones comórbidas (diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial), número de fármacos, número de pastillas al día, tipo de medicación (fármacos que precisan conciliación en las primeras 4 h de ingreso hospitalario, 24 h, estrecho margen terapéutico, múltiples interacciones y alto riesgo) y número de médicos prescriptores. La adherencia se calculó mediante el cuestionario de Morisky-Green<sup>8</sup> y el conocimiento mediante la escala de valoración de habilidad y conocimiento (adaptación de 2 escalas DRUGS y Med-Take)<sup>9</sup>. El análisis estadístico se llevó a cabo con el software SPSS® versión 15.0.

Se incluyeron 17 pacientes, 4 mujeres (23,8%) con una edad media de 65,29 años (47-86), tiempo en diálisis 38,7 meses

**Tabla 1 – Conocimiento según el grupo terapéutico (escala de valoración de habilidad, y conocimiento de adaptación de DRUGS y Med-TAKE)**

Fármaco	Porcentaje de pacientes tratados	Porcentaje de conocimiento indicación
Antidiabéticos	23,5	100
Tratamiento cardiológico	35,3	100
Antiagregantes	47,1	100
Analgésicos	17,6	100
Sintrom®	11,76	100
Omeprazol	58,8	90
Hipotensores	94,1	81,25
Furosemida	64,5	72,72
AEE	82,4	71,4
Estatinas	64,5	63,63
Vitamina D	94,1	62,5
Quelantes del fósforo	88,2	26,66

(3-93), y la siguiente comorbilidad: diabetes mellitus 23,5%, enfermedad cardiovascular 23,5%, hipertensión arterial 100%, número de médicos prescriptores en los últimos 24 meses 8 (6-11). Datos relacionados con la medicación: número de fármacos, 12,59 (9-17); número de pastillas, 13,59 (8-27); pacientes con fármacos que requieren conciliación 4 h de ingreso, 13 (76,5%); conciliación en 24 h, 17 (100%), fármacos con múltiples interacciones, 16 (94,2%); fármacos de estrecho margen terapéutico, 3 (17,6%); fármacos de alto riesgo, 17 (100%). Cinco pacientes (29,4%) precisaban ayuda para cumplimentación. La adherencia fue del 76,6% y el desconocimiento global de la indicación terapéutica del 52,94%; el conocimiento según el grupo terapéutico se muestra en la [tabla 1](#).

Nuestros pacientes presentan alto riesgo de problemas relacionados con la medicación: múltiples fármacos, gran cantidad de pastillas diarias y elevado número de médicos prescriptores. La mayoría recibe fármacos que requieren conciliación en 4 h de ingreso, con múltiples interacciones o medicamentos de alto riesgo. Presentan buen nivel de adherencia (76,6%), con amplio conocimiento de la medicación cardiológica (antiagregantes, antiarrítmicos, anticoagulantes), hipotensores, protectores gástricos, antidiabéticos y analgésicos, y bajo conocimiento de tratamientos relacionados con complicaciones de la enfermedad renal y diálisis (quelantes del fósforo y AEE).

Dado que según C. Everett Koop «los medicamentos no funcionan en aquellos pacientes que no los toman», debemos crear una lista que refleje todos los medicamentos que toma el paciente y como los toma, asegurar que recibe la medicación apropiada, efectiva y segura para su situación clínica, recordando la indicación de cada fármaco y la conveniencia de tomarlo (los pacientes incluidos en nuestro estudio presentaban bajo conocimiento de fármacos relacionados, sobre todo, con su enfermedad renal). El centro de diálisis debería ser el «centro de salud» y de información de la medicación dado que ningún otro médico conoce mejor a los pacientes que el equipo de diálisis. Se deben detectar errores a intervalos regulares (3-4 meses) o en cada transición (visita a otros especialistas, cambio de medicación o ingreso hospitalario)

recibiendo una copia impresa de la lista de medicación conciliada y, hasta que exista un sistema electrónico integrado, el paciente debe ser advertido de llevar en su cartera la lista de medicación conciliada siempre disponible, para cualquier personal sanitario en cualquier ámbito de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado Sánchez O, Anoz Jiménez L, Serrano Fabia A, Nicolás Pico J. Conciliación de la medicación. *Med Clin (Bar)*. 2007;129:343-7.
2. Example guidelines for Time Frames for Completing Reconciling Process. Massachusetts Hospital Association Medication. Error Prevention [consultado 5 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.macoalition.org/Initiatives/RecMeds/4hrMeds.pdf>
3. Guía para la conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias. Grupo Redfaster, SEFH. [consultado 5 Oct 2015]. Disponible en: [http://www.serviciofarmaciamaanchacentro.es/images/stories/recursos/recursos/docinteres/conciliacion/guia\\_conciliacion.pdf](http://www.serviciofarmaciamaanchacentro.es/images/stories/recursos/recursos/docinteres/conciliacion/guia_conciliacion.pdf)
4. St Peter WL. Improving medication safety in chronic kidney disease patients on dialysis through medication reconciliation. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2010;17:413-9.
5. Mason NA. Polypharmacy and medication-related complications in the chronic kidney disease patient. *Curr Opin Nephrol Hypertens*. 2011;20:492-7.
6. Pai AM, Cardone KE, Manley HJ, St Peter WL, Shaffer RJ, Somers M, et al. Medication reconciliation and therapy management in dialysis-dependent patients: Need for a systematic approach. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2013;8:1988-99.
7. St Peter WL. Management of polypharmacy in dialysis patients. *Semin Dial*. 2015;28:427-32.
8. Nogues Solán X, Sorli Redo ML, Villar García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna*. 2007;24:138-41.
9. Mejora de la adherencia terapéutica al paciente polimedicado [consultado 5 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/programas-proyectos/programa-paciente-polimedicado>

Anunciación González López\*, Álvaro Nava Rebollo, Beatriz Andrés Martín, Francisco Herrera Gómez, Henar Santana Zapatero, Julia Diego Martín, Fernando Casquero Fernández, Ángel Chocarro Martínez, Cipriano Escaja Muga, Hugo Díaz Molina y Jesús Grande Villoria

Servicio de Nefrología, Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [gonzaleza@senefro.org](mailto:gonzaleza@senefro.org) (A. González López).

0211-6995/© 2015 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2015.10.021>