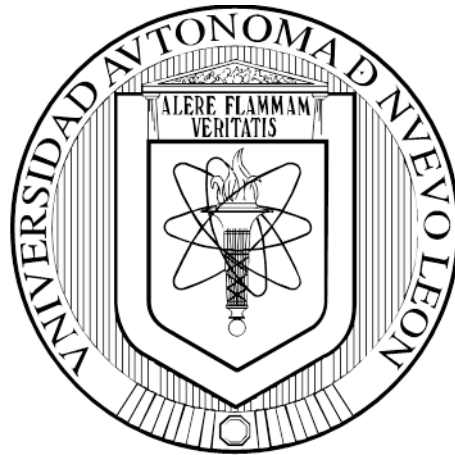


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



MANEJO DE LA MEDICACIÓN AL ALTA HOSPITALARIA EN EL  
PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA

POR

LIC. ASTRID DE ANDA VALDEZ

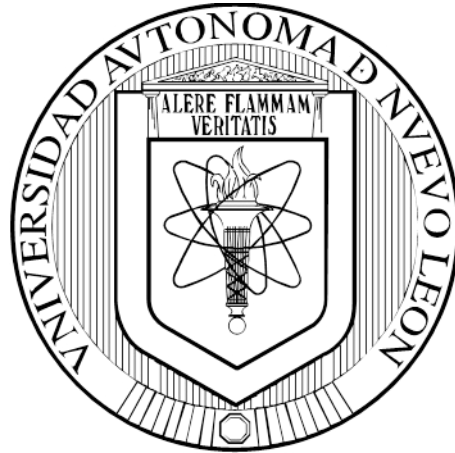
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MANEJO DE LA MEDICACIÓN AL ALTA HOSPITALARIA EN EL  
PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA

POR

LIC. ASTRID DE ANDA VALDEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

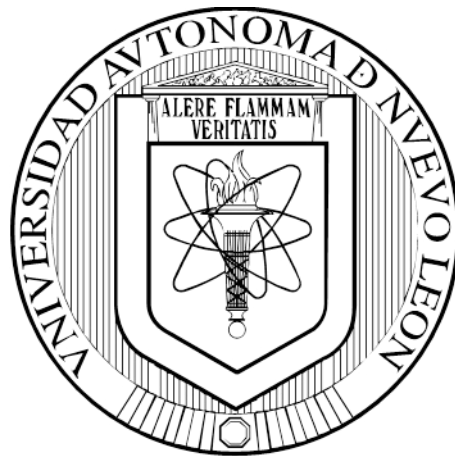
DIRECTOR DE TESIS  
DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MANEJO DE LA MEDICACIÓN AL ALTA HOSPITALARIA EN EL  
PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA

POR

LIC. ASTRID DE ANDA VALDEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

CO-DIRECTOR DE TESIS

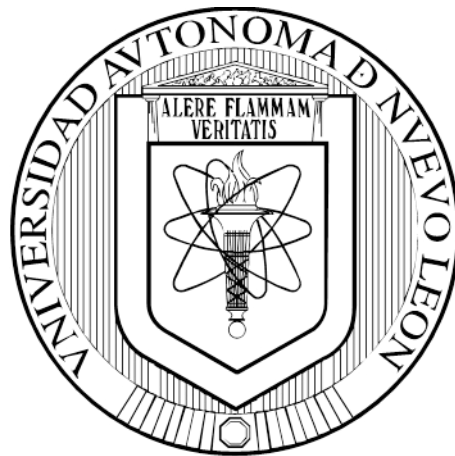
ME. JULIA TERESA LÓPEZ ESPAÑA

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MANEJO DE LA MEDICACIÓN AL ALTA HOSPITALARIA EN EL  
PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA

POR

LIC. ASTRID DE ANDA VALDEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ASESOR ESTADÍSTICO

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PHD.

AGOSTO, 2017

## **Agradecimientos**

A Dios y a la Virgen María quienes me han brindado la fuerza y voluntad para seguir adelante con mis sueños.

A mi madre, quien ha sido mi mejor maestra de vida, quien me ha enseñado la capacidad que tiene la mujer para cumplir sus metas y buscar nuevos retos día con día.

A mi padre, quien a pesar de no estar enrolado en el mundo de la enfermería, comprendía mi sacrificio y me expresaba lo orgulloso que se sentía de mis esfuerzos.

De manera especial, a mi asesora y directora de tesis, la Dra. Lupita Moreno Monsiváis, a quien respeto y admiro por su gran talento. Gracias por su apoyo incondicional.

A la Dra. Raquel Benavides Torres, quien fue mi tutora durante mi servicio social de pregrado, quien me inspiró a realizar mis estudios de posgrado.

A la Dra. Mercedes Gutiérrez Valverde, quien en pregrado me incluyó en los programas internacionales de la Facultad y me enseñó una visión más amplia de la Enfermería.

A mis compañeras de clase, quienes se convirtieron en buenas amigas durante este recorrido. Valeria, Cindy, Reyna, Mary Cruz y Graciela, gracias por su apoyo y por brindarme palabras de aliento cuando eran necesarias.

A la ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez y a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, por brindarme la oportunidad de realizar mis estudios en el programa de Maestría en Ciencias de Enfermería en modalidad semipresencial, así mismo, a los docentes del programa por haberme brindado sus conocimientos.

A los directivos del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” por las facilidades otorgadas para la realización del estudio en esta institución.

Finalmente, a mis familiares y amigos, quienes mostraron palabras de admiración y apoyo hacia mi esfuerzo.

## **Dedicatoria**

A mis padres, quienes desde pequeña me enseñaron el valor de la educación y superación, quienes durante una gran parte de su vida trabajaron duro para darme lo mejor. Gracias por ser mí mejor ejemplo de vida y perseverancia, mi logro también es suyo.

A mi amigo, compañero, consejero y complemento de felicidad: mi novio. Gracias por ser un gran motor en mi vida y apoyarme incondicionalmente.

A mis sobrinos, quienes me inspiran a ser mejor cada día, gracias por sus muestras de cariño.

A mis hermanos, por el apoyo brindando durante este recorrido.

## Resumen

Lic. Astrid de Anda Valdez  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2017

**Título del Estudio:** MANEJO DE LA MEDICACIÓN AL ALTA HOSPITALARIA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA

**Número de páginas:** 68

Candidato para obtener el grado de  
Maestría en Ciencias de Enfermería

### **LGAC: Gestión de Calidad en Salud**

**Propósito y Método del Estudio:** Identificar las discrepancias en la medicación al alta hospitalaria, así como determinar el conocimiento del paciente acerca del manejo de la medicación al momento del alta hospitalaria y su relación con algunos factores de tipo personal como son la edad, sexo, escolaridad, así como con la polifarmacia y los días de estancia. Adicionalmente se identificaron las deficiencias en el manejo de la medicación en el hogar posterior al alta hospitalaria mediante una llamada telefónica de seguimiento. El diseño fue descriptivo correlacional, se utilizó un muestreo por conveniencia. La muestra se conformó de 170 participantes mayores de 18 años con enfermedad crónica en alta hospitalaria en los servicios de un hospital público ubicado en Monterrey, Nuevo León, de los cuales 122 fueron pacientes y 48 cuidadores principales. Se dio seguimiento posterior al alta hospitalaria a 45 participantes de los cuales 20 fueron pacientes y 25 cuidadores principales.

**Contribución y Conclusiones:** El índice global de deficiencias en el manejo de la medicación al alta hospitalaria presentó una media de 6.1 ( $DE=11.2$ ) en el paciente y de 13.3 ( $DE=16.5$ ) en el cuidador principal. En el hogar tanto en el paciente como en el cuidador principal aumentaron las deficiencias, se reportó una media de 19.2 ( $DE=19.2$ ) y 19.1 ( $DE=15.1$ ), respectivamente. Las deficiencias en el manejo de la medicación reportadas por el paciente al alta hospitalaria se relacionaron únicamente con la escolaridad en el índice global de deficiencias ( $r_s=-.19, p=.02$ ). Las deficiencias en el hogar en cuanto a cómo obtener los medicamentos se asociaron a la escolaridad ( $r_s=-.63, p=.003$ ) y los días de estancia se asociaron con el índice global de deficiencias ( $r_s=.47, p=.03$ ). En el cuidador principal las deficiencias en cuanto a cómo tomar los medicamentos se relacionaron con la polifarmacia ( $r_s=.33, p=.02$ ), así mismo, la escolaridad del cuidador principal se relacionó con las deficiencias en cuanto a cómo obtener los medicamentos ( $r_s=.38, p=.008$ ). En relación a las deficiencias en el manejo de la medicación de acuerdo al sexo en el paciente al alta hospitalaria no se presentaron diferencias; sin embargo, en el cuidador principal el sexo femenino tiene mayores deficiencias en relación al conocimiento de la medicación ( $U=72, p=.01$ ). Cabe destacar que al alta hospitalaria solamente el 13% de los profesionales en enfermería brindó educación al paciente y/o cuidador principal respecto a su medicación, lo cual representa un área de oportunidad.

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:** \_\_\_\_\_

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco conceptual	6
Estudios relacionados	10
Definición de términos	17
Objetivos	18
Capítulo II	
Metodología	19
Diseño del estudio	19
Población, muestreo y muestra	19
Criterios de inclusión	20
Instrumentos de medición	20
Procedimiento de recolección de la información	22
Consideraciones éticas	24
Estrategia de análisis de datos	25
Capítulo III	
Resultados	27
Características de los participantes	27
Características de la medicación al alta hospitalaria	29
Manejo de la medicación al alta hospitalaria reportado por el paciente	31
Manejo de la medicación al alta hospitalaria reportado por el cuidador principal	33



Contenido	Página
Manejo de la medicación en el hogar posterior al alta hospitalaria (seguimiento telefónico)	36
Índices de deficiencias en el manejo de la medicación	40
Deficiencias en el manejo de la medicación relacionadas a la edad, escolaridad, días de estancia y polifarmacia en el paciente y cuidador principal	42
Deficiencias en el manejo de la medicación de acuerdo al sexo del paciente y del cuidador principal	43
Capítulo IV	
Discusión	44
Conclusiones	49
Recomendaciones para la práctica	49
Recomendaciones para la investigación	50
Referencias	51
Apéndices	55
A. Carta de autorización	56
B. Consentimiento informado	57
C. Cédula de datos del participante	60
D. Instrumento MedMaiDE al alta hospitalaria	63
E. Instrumento MedMaiDE en el hogar	66

## Lista de Tablas

Tablas	Página
1. Diagnósticos médicos e institución donde recibe la atención médica	28
2. Frecuencias y porcentajes del apoyo recibido en el manejo de la medicación	29
3. Medicación previa al ingreso y prescrita al alta hospitalaria reportada por el paciente sin apoyo o apoyo parcial y por el paciente que recibe apoyo total	30
4. Conocimiento del paciente acerca de la medicación al alta hospitalaria	31
5. Conocimiento del paciente de cómo tomar los medicamentos al alta hospitalaria	32
6. Conocimiento del paciente de cómo obtener los medicamentos y el acceso a ellos al alta hospitalaria	33
7. Conocimiento del cuidador acerca del manejo de la medicación al alta hospitalaria	34
8. Conocimiento del cuidador de cómo tomar los medicamentos al alta hospitalaria	35
9. Conocimiento del cuidador acerca de cómo obtener los medicamentos y el acceso a ellos	36
10. Conocimiento de la medicación en el hogar posterior al alta hospitalaria	37
11. Conocimiento de cómo tomar los medicamentos en el hogar posterior al alta hospitalaria	38
12. Conocimiento de cómo obtener los medicamentos y el acceso a ellos en el hogar posterior al alta hospitalaria	39
13. Índices de deficiencias en el manejo de la medicación al alta reportadas por el paciente	40
14. Índices de deficiencias en el manejo de la medicación al alta reportadas por el cuidador	41

Tablas	Página
15. Índices de deficiencias en el manejo de la medicación en el hogar posterior al alta hospitalaria reportada por el paciente	41
16. Índices de deficiencias en el manejo de la medicación en el hogar posterior al alta hospitalaria reportada por el cuidador principal	42
17. Correlación de deficiencias en el manejo de la medicación con edad, escolaridad y polifarmacia en el cuidador principal al alta hospitalaria	43

## **Capítulo I**

### **Introducción**

El manejo y uso de los medicamentos es considerado uno de los sistemas críticos para la seguridad del paciente, así lo refieren organismos nacionales e internacionales, como el Consejo de Salubridad General (CSG, 2015) y la Joint Commission International (JCI, 2011). El riesgo de errores de medicación se incrementa durante las transiciones en la atención del paciente (CSG, 2015). El periodo de transición tras el alta hospitalaria constituye una etapa de riesgo para todos los pacientes, especialmente en aquellos con enfermedades crónicas ya que demandan mayor uso de medicación (Pérez et al., 2012).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014) refiere que las enfermedades crónicas, como enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos, son las principales causas de muerte en México en personas mayores de 60 años. En base a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), existen 6.4 millones de personas con diabetes y 22.4 millones con hipertensión en México.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) estima que en los países en desarrollo la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas es solo del 50%. Además, a nivel mundial el 50% de los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de manera inapropiada y en igual porcentaje, los pacientes los toman de manera incorrecta. Una de las causas más comunes de su uso inadecuado es la polifarmacia (OMS, 2006), ésta se define como el consumo de tres o más medicamentos en forma simultánea (Romero et al., 2008). La polifarmacia es muy difícil de manejar y susceptible de numerosos errores y problemas relacionados con los medicamentos (Núñez et al., 2013).

Se estima que entre el 54% y el 67% de los pacientes que ingresan en los hospitales tienen al menos una discrepancia no justificada entre la medicación registrada

en la historia clínica y la que realmente toman en el hogar (Roure, 2010), así mismo, López, Aquerreta, Faus e Idoate (2014) refieren que las discrepancias entre la medicación que tiene el paciente previo a su ingreso y la prescrita al ingreso hospitalario alcanzan niveles del 30 al 70%. Los problemas relacionados con la medicación representan el motivo de ingreso entre el 1 y el 28.2% del total de ingresos hospitalarios, éstos son particularmente comunes después del alta hospitalaria, cuando múltiples cambios en el tratamiento del paciente pueden ir acompañados de una inadecuada información al mismo, lo que genera complicaciones que requieren atención hospitalaria (Sánchez et al., 2011).

Bishop, Cohen, Billings y Tomas (2015) refieren que en los pacientes dados de alta los errores en la medicación pueden ocurrir hasta en el 41 a 56.3%. Evitar los errores al alta hospitalaria reduciría la tasa de eventos adversos en la medicación en los 30 días posteriores al egreso hospitalario y los reingresos relacionados a dichos eventos, así mismo, se disminuiría el costo directo al paciente, el cual se estima que es por encima de los \$400 dólares por paciente.

Para evitar los errores de medicación, tales como omisiones, duplicaciones o errores de dosificación se utiliza la conciliación de medicamentos, que se define como un proceso en el cual se interroga al paciente o cuidador principal acerca de los medicamentos que tomaba previo a su ingreso hospitalario y se comparan con los medicamentos prescritos actuales, con la finalidad de detectar discrepancias (JCI, 2006). Ésta ha demostrado que es una estrategia útil y capaz de reducir los errores de la medicación de un 42 a 90% y los efectos adversos en un 15 a 18% (Alfaro et al., 2014).

El 12% de 2022 errores de conciliación reportados ante la Farmacopea de los Estados Unidos (US Pharmacopeia), ocurrieron al momento del alta hospitalaria (JCI, 2006). Este proceso se considera relevante para asegurar que el paciente al egreso cuenta con información clara acerca de la medicación habitual y la que se haya agregado de acuerdo a su estado de salud (Sánchez et al., 2011). La falta de conciliación de

medicamentos, así como la inadecuada planificación de las altas hospitalarias, atentan contra la seguridad de aquellos pacientes que pese a estar en condiciones de abandonar el hospital son todavía muy vulnerables para el manejo seguro de la medicación en el hogar (Vítolo, 2012).

Moreno, Garza e Interrial (2013) refieren que el alta hospitalaria se considera un momento crítico en el que el personal de salud debe proporcionar la educación para el manejo de la medicación en el hogar y avalar que el paciente a su egreso tenga conocimiento de los medicamentos indicados, cómo administrarlos y cómo proveerse de ellos. Estos aspectos son relevantes y están directamente vinculados con la calidad y seguridad en la atención. Sin embargo, algunas veces los profesionales de la salud no son notificados de las altas hospitalarias de sus pacientes con el tiempo adecuado, lo que les impide poder brindarles la educación respecto a sus cuidados para guiarlos en la transición del hospital al hogar, esta falta de comunicación pone en riesgo la enfermedad crónica del paciente, aumenta los efectos adversos de la medicación y el costo de salud al paciente y sistema de salud (Hammond, 2015).

Coleman, Parry, Chalmers y Min (2006) refieren que la calidad y la seguridad del paciente se ve comprometida durante las transiciones en la atención, como lo es el alta hospitalaria, considerada como un proceso vulnerable debido a las altas tasas de errores de medicación, a la falta de información y a la falta de seguimiento. Las transiciones mal ejecutadas desde el hospital contribuyen a reingresos potencialmente evitables, generando un costo anual estimado de \$15 a \$17 mil millones al sistema de salud, además de la carga física y emocional en los pacientes y familias (Naylor, Aiken, Kurtzman, Olds & Hirschman, 2011).

La tasa de reingreso es mayor en las personas que están más enfermas, en las que refieren alguna limitación de sus actividades, así como en las que tienen con dos o más condiciones crónicas (Sommers & Cunningham, 2011). Las medidas que han demostrado evitar los reingresos hospitalarios son la aplicación del plan de alta, la

educación al paciente y el seguimiento al cuidado por medio de visitas domiciliarias y llamadas telefónicas (Alonso, Llorente, Echegaray, Urbieto & González, 2001). Por otra parte, Misky, Wald y Coleman (2010) mencionan que frecuentemente la educación que se le brinda al paciente y familia es al momento del alta hospitalaria, saturándolo de información, lo que aumenta el riesgo de olvidar las instrucciones de sus cuidados, así mismo, los pacientes que no obtienen un seguimiento posterior a su egreso hospitalario son 10 veces más propensos a tener un reingreso hospitalario.

De acuerdo a la revisión de literatura, existen diversos factores vinculados con el manejo de la medicación, los cuales pueden contribuir a un inadecuado manejo del mismo. Al respecto, Núñez et al. (2013) señalan que la polifarmacia, la acumulación de fármacos, la confusión de genéricos, la complejidad de la indicación farmacológica, la duplicidad terapéutica, los problemas cognitivos, la falta de información al paciente y las creencias negativas acerca del efecto de la medicación disminuyen la adherencia al tratamiento.

Moreno et al. (2013) refieren que existen factores individuales que pueden predecir el riesgo del manejo inadecuado en la medicación. Se ha encontrado que el sexo femenino se considera un grupo más vulnerable por presentar una mayor prevalencia de polifarmacia; sin embargo, los hombres reportan menor adherencia al tratamiento farmacológico pero este resultado mejora si se cuenta con una persona que colabore en su manejo de la medicación. Por su parte, Nuñez et al. (2013) mencionan que el incumplimiento es mayor en los individuos que viven solos. Así mismo, el déficit en el manejo de la medicación se incrementa conforme avanza la edad del paciente. La baja escolaridad también se considera un factor de riesgo, esto debido a la falta de comprensión en el tratamiento, lo que genera mayor presencia de errores.

Ziaecian, Araujo, Van y Horwitz (2012) señalan que la educación del paciente acerca del manejo de su medicación se ve disminuida a medida que los días de estancia se reducen; sin embargo, Bishop et al. (2015) refieren que los pacientes con mayor

número de discrepancias en la medicación cuentan con un mayor número de días de estancia. Los riesgos de discrepancias aumentan al momento del ingreso y alta hospitalaria del paciente, ocasionando significantes eventos adversos de la medicación.

Otro factor que genera riesgo en el manejo de la medicación es la incorrecta conciliación en el momento del alta hospitalaria (Sánchez et al., 2011). La elevada presión asistencial, el elevado número de ingresos y rotaciones del personal conlleva a que el tiempo para la historia clínica sea reducido y que, en muchos casos, la historia farmacoterapéutica no se pueda realizar en profundidad y se produzcan discrepancias (Soler et al., 2011). Entre las causas de los errores de conciliación se encuentran las enfermedades concomitantes y la polifarmacia (Mármol & Rodríguez, 2015).

Las transiciones óptimas pueden disminuir las tasas de hospitalizaciones potencialmente evitables, así como el riesgo de eventos adversos asociados a la medicación. El impacto de las intervenciones en el cuidado transicional se evidencia en menores reingresos hospitalarios y costos, mejor calidad de vida, entendimiento y habilidad de los pacientes para empoderarse de su nueva situación de salud, satisfacción del paciente, menor incidencia de depresión y ansiedad, mejoría en la autoestima, menor número de visitas a urgencias y mejoría de la adherencia a las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas (Rodríguez, 2016).

En la transición del cuidado el rol del profesional de enfermería como educador se considera relevante para orientar a pacientes y cuidadores acerca de sus cuidados específicos en el hogar. Esta actividad es fundamental en las instituciones hospitalarias; sin embargo, en la práctica clínica es común observar el deficiente apego a un plan de alta que permita asegurar que el paciente a su egreso cuenta con el conocimiento adecuado para la continuidad en el cuidado, esto a pesar de que ya exista al interior de las instituciones un programa de educación de alta hospitalaria para el paciente y su familia y que se cuente con el indicador de plan de alta como uno de los criterios de calidad.



En el caso de la medicación es fundamental asegurar que al alta hospitalaria el paciente conoce el manejo de la medicación en el hogar, así mismo, Coleman et al. (2006) refieren que es relevante la continuidad del apoyo en el manejo de la medicación mediante el seguimiento domiciliario y telefónico, esto ha demostrado ser efectivo porque permite identificar oportunamente dudas o dificultades en la medicación posteriores al egreso hospitalario, y así evitar la presencia de discrepancias, complicaciones y potenciales reingresos hospitalarios.

Por lo anterior el propósito del presente estudio descriptivo correlacional fue identificar las discrepancias en la medicación al alta hospitalaria, así como determinar el conocimiento del paciente acerca del manejo de la medicación al momento del alta hospitalaria y su relación con algunos factores de tipo personal como son la edad, sexo, escolaridad, así como con la polifarmacia y los días de estancia. Adicionalmente se identificaron las deficiencias en el manejo de la medicación en el hogar posterior al alta hospitalaria mediante una llamada telefónica de seguimiento.

### **Marco conceptual**

La Transición del Cuidado se define como una amplia gama de servicios de duración limitada, diseñada para garantizar la continuidad de la atención de salud, evitar los malos resultados que se puedan prevenir entre las poblaciones en riesgo y promover la transferencia segura y oportuna de los pacientes de un nivel de atención a otro o de un tipo de entorno a otro (Naylor et al., 2011). Existen distintos modelos para manejar la transición del cuidado en el paciente, uno de ellos es el Modelo de Intervención de Transición del Cuidado de Coleman et al. (2006), el cual se considera el más adecuado para abordarse en el presente estudio.

La intervención de transición del cuidado es un modelo de autogestión aplicable en pacientes con enfermedades crónicas, es de bajo costo y basado en la evidencia. El modelo está diseñado para tratar las amenazas a la calidad y seguridad de la transición

del cuidado. Dentro de la intervención de transición del cuidado, el rol de enfermería es fundamental, ya que en el alta hospitalaria el profesional de enfermería revisa y se asegura de que el paciente a su egreso tenga claridad acerca del manejo post hospitalario.

En la intervención de transición del cuidado el rol del profesional de enfermería es como facilitador del cuidado y le brinda al paciente y al cuidador las herramientas necesarias para asumir un papel más activo en su cuidado durante la transición del hospital al hogar, a la vez facilita nuevos comportamientos, habilidades para el cuidado y estrategias de comunicación para el paciente y cuidadores para fomentar la confianza y que ellos puedan responder satisfactoriamente a problemas comunes que surjan durante la transición. El modelo considera orientar al paciente en el hospital y le da seguimiento con una visita domiciliaria y tres llamadas telefónicas en un período de cuatro semanas.

Debido a que los pacientes crónicos son propensos a experimentar otras transiciones en el futuro, el modelo tiene como objetivo hacer frente a las necesidades actuales y futuras del paciente. Al aplicarlo, los pacientes son menos propensos a reingresar al hospital y tienen menos probabilidad de generar más costo. Estos resultados se mantienen durante al menos seis meses posteriores a su aplicación. La intervención de transición del cuidado cuenta con las siguientes cuatro áreas fundamentales o pilares, (1) la asistencia con el manejo de la medicación prescrita; (2) un registro de salud personal claramente identificado por el paciente para ayudar con la transferencia de información entre los proveedores; (3) seguimiento oportuno con la atención primaria; e (4) instrucciones sobre cómo identificar y manejar las complicaciones de las condiciones de salud.

Para fines del presente estudio se retomó el primer pilar de este modelo vinculado con el manejo de la medicación, el cual se considera relevante por ser un proceso crítico y susceptible de errores si no se proporciona a los pacientes de manera adecuada la información acerca de sus pautas farmacológicas durante la transición del

hospital al hogar. Este pilar tiene como objetivo que el paciente esté bien informado acerca del manejo de los medicamentos en el hogar por lo que se abordó a través de una visita hospitalaria previa a su egreso y seguimiento telefónico al alta hospitalaria. Estas dos medidas con la finalidad de identificar el conocimiento del paciente acerca de su medicación e identificar posibles deficiencias de manera oportuna, para así poder ser canalizados con el profesional de la salud responsable.

Al respecto, Orwig, Brandt y Gruber (2006), refieren que el manejo de la medicación por parte del paciente es un proceso complejo que está integrado por tres dominios que permiten asegurar su cumplimiento, el primero es el conocimiento de la medicación, el segundo, conocer cómo los debe tomar y el tercero, conocer cómo los puede obtener y el acceso a ellos. El paciente necesita conocer la indicación, cómo y cuándo se deben administrar, la duración del tratamiento y cómo obtener sus medicamentos para asegurar el cuidado integral y la continuidad del cuidado en el hogar; además, como parte integral del adecuado manejo de la medicación es importante confirmar que el paciente conoce cómo almacenar de manera adecuada los medicamentos (luz, temperatura y humedad).

En el manejo de la medicación la conciliación de medicamentos es relevante, esta se debe de realizar en cada transición en el cual sean indicados nuevos medicamentos o las indicaciones existentes se vuelvan a escribir. El CSG (2015) la define como un proceso consciente y deliberado en el cual una persona competente obtiene, a partir de un interrogatorio al paciente o su familia, un listado de los medicamentos que el paciente tomaba antes del ingreso para que en el momento entre la prescripción hecha por el médico y la administración de los medicamentos, se comparen estas listas con el propósito de detectar discrepancias.

El proceso de conciliación consta de cinco pasos: 1) se elabora una lista de medicamentos actuales; 2) se elabora una lista de los medicamentos que serán prescritos; 3) se comparan los medicamentos de las dos listas, 4) se toma una decisión clínica en

base a la comparación; y 5) se comunica la nueva lista a los cuidadores y al paciente, así como a los profesionales de salud en caso de que el paciente este hospitalizado (JCI, 2006). El resultado de una inadecuada conciliación de la medicación es la discrepancia, la cual se define como cualquier diferencia entre la medicación que el paciente tomaba de forma habitual para su tratamiento crónico antes del ingreso y la medicación prescrita en el hospital. Las discrepancias se clasifican en justificada y no justificada. La primera corresponde a la que obedece a la adaptación de la medicación crónica al nuevo estado clínico del paciente, es decir, los ajustes en el tratamiento de acuerdo al estado de salud del paciente; mientras que, la discrepancia no justificada es la que si constituye errores en el proceso asistencial (omisiones, duplicidades, cambio de medicación, errores de dosificación, horario y vía de administración) y pudiera afectar en los resultados de la farmacoterapia en el paciente (Soler et al., 2011).

Bishop et al. (2015) mencionan que los pacientes que experimentan la transición en su cuidado están en riesgo de discrepancias en la medicación. Estas pueden presentarse al momento del ingreso hospitalario, en el traslado entre unidades y al momento del alta hospitalaria; sin embargo, diversos estudios demuestran que las discrepancias en la medicación son más comunes en los pacientes que son dados de alta, por lo cual la conciliación de la medicación del paciente resulta fundamental en la transición del cuidado. Roure (2010) refiere que el alta hospitalaria es un proceso complejo, con frecuentes relevos entre profesionales y organizaciones, con múltiples cambios en el plan terapéutico y en algunas veces en un entorno bajo presión que pone al paciente en una situación de riesgo ante posibles errores de medicación.

El plan de alta en enfermería es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de los cuidados para la salud y asistencia social antes y después del alta del paciente. En relación con el manejo de la medicación, el plan de alta se considera un documento importante que contribuye a la continuidad del tratamiento farmacológico en el hogar e integra al paciente y/o el

cuidador como el eje principal del mismo (Tixtha, Alba, Córdoba & Campos, 2014). En el plan de alta los pacientes deben recibir instrucciones claras a fin de asegurar que se cubran todas sus necesidades posteriores a su egreso, así mismo se debe incluir a la familia cuando el estado o la capacidad de un paciente le impiden comprender las instrucciones de seguimiento o cuando desempeña un papel dentro del proceso de atención. (CGS, 2015). Por lo cual, es necesario identificar al cuidador y orientarlo para que participe en la transición del cuidado del paciente.

El profesional de enfermería debe emitir recomendaciones y proporcionar orientación al paciente o cuidador al alta hospitalaria con el fin de reincorporar al paciente a la sociedad, por lo que todo plan siempre debe brindar información de acuerdo con las necesidades del paciente en función de su diagnóstico (Tixtha et al., 2014). De acuerdo a la literatura el manejo de la medicación en el hogar se relaciona con diferentes factores de tipo personal como son la edad, sexo, escolaridad, así como con la polifarmacia, los días de estancia y las discrepancias en la medicación.

### **Estudios relacionados**

A continuación, se presentan los estudios relacionados con el manejo de la medicación en relación a las variables de tipo personal como son la edad, el sexo, la escolaridad, así como con la polifarmacia, los días de estancia y discrepancias en la medicación.

Moreno et al. (2013) desarrollaron un estudio en México con el objetivo de identificar el manejo de la medicación en el adulto mayor al alta hospitalaria y su asociación con las características individuales edad, escolaridad, sexo y polifarmacia. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional con una muestra de 162 adultos mayores. Un 26.5% de los participantes presentaron al menos una deficiencia en el manejo de su medicación. El 21% mostró dificultad para señalar para qué toma los medicamentos y un 17.9% para mencionar la dosis correcta, en cuanto a la vía de

administración un escaso porcentaje reportó dificultad para identificarla. El 26.5% reportó que el cónyuge es la persona que les ayuda en la administración de los medicamentos, una mayor proporción de hombres recibe ayuda en la medicación (29.5% de hombres / 3.6% de mujeres).

En cuanto al conocimiento de cómo tomar el medicamento, las deficiencias se atribuyeron principalmente a mencionar el número de pastillas para la dosis indicada (3.7%), seguido de la dificultad para mencionar cómo los administra (2.5%). Se identificó que el 15% de ellos no almacena los medicamentos de forma adecuada. En cuanto a la obtención de los medicamentos, sólo un paciente tenía dudas acerca de a quién contactar para resurtirlos y el 2.5% desconocía si debía resurtirlos. También se encontró que el 30.9% de los pacientes no revisaba la caducidad y 11.7% no revisaba que el medicamento surtido correspondiera a la presentación solicitada. Las deficiencias se asociaron con la edad ( $r_s=.240$ ;  $p=.001$ ), escolaridad ( $r_s=-.158$ ;  $p=.04$ ) y polifarmacia ( $r_s=.370$ ;  $p=.001$ ).

Núñez et al. (2013) realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal en España con una muestra de 375 individuos mayores de 65 años con el objetivo de valorar el nivel de adherencia al tratamiento y los factores relacionados en pacientes con polifarmacia. Los resultados demostraron que el 13.1% incumplía las recomendaciones en la toma de la medicación, un 42.4% olvidaba alguna toma, un 3.2% duplicaba alguna toma, un 50.1% había cometido algún error de dosis y un 62.1% un error de frecuencia. Con respecto al número de medicamentos, la mayoría de los sujetos de la muestra tuvieron más de ocho medicamentos, de tal forma que, a mayor número de medicamentos, menor es el cumplimiento. El incumplimiento fue mayor en individuos que viven solos.

Bishop et al. (2015) llevaron a cabo un estudio observacional y prospectivo en Estados Unidos en un periodo de siete meses, con el objetivo de determinar si el farmacéutico identifica y corrige las discrepancias en la conciliación de medicamentos al

alta médica. Se incluyeron a 104 pacientes mayores de 18 años dados de alta con al menos tres medicamentos, también fueron incluidos los pacientes que tuvieran menos de dos medicamentos si alguno de esos era un medicamento de alto riesgo. La familia pudo participar como apoyo en el interrogatorio al paciente respecto a la medicación. Se revisó la lista de medicamentos, la cual tenía el número total de medicamentos prescritos y el número de cambios que se hizo en la medicación. Fueron registrados el número total de discrepancias, como el cambio de medicación, la duplicación, la prescripción sin la apropiada indicación y omisiones.

Se encontró que el 41% tenía al menos una discrepancia. Hubo una fuerte asociación entre el número de medicamentos al alta hospitalaria y la probabilidad de discrepancia. Los pacientes con discrepancias tuvieron significativamente un mayor número de días de estancia que los pacientes sin discrepancia. Se encontró que las características que ponen en riesgo de discrepancia a los pacientes son la edad mayor a 80 años ( $p=.039$ ), tomar al menos 8 medicamentos al ser dados de alta ( $p <.001$ ) y un mayor número de días de estancia ( $p=.017$ ). Se concluye que, por cada cinco pacientes dados de alta, en dos de ellos se identifican discrepancias.

Soler et al. (2011) realizaron un estudio observacional prospectivo en España con una muestra de 136 pacientes con el objetivo de valorar la calidad de la información proporcionada en relación con la medicación domiciliaria en un servicio de urgencias e identificar si las posibles deficiencias se tradujeron en errores de conciliación al ingreso. El farmacéutico elaboró un listado de la medicación domiciliaria del paciente antes del ingreso y se recolectó información sobre variables demográficas y farmacoterapéuticas. De los 136 pacientes, el 86.8% mostró errores de conciliación al ingreso. La farmacoterapia habitual de los pacientes en los que se detectaron las discrepancias no justificadas incluían cinco o más fármacos en un 92.3% de las ocasiones. El número total de discrepancias encontradas fueron 519, los subtipos más frecuentes fueron omisión de medicamento, falta de dosis y horario erróneo.

El número de fármacos indicados al paciente se asoció significativamente con el número de discrepancias ( $p=.003$ ). La probabilidad de presentar alguna discrepancia aumenta en un 32.8% al aumentar la indicación de uno de los fármacos. Y aunque no fue significativo, la probabilidad de alguna discrepancia es mayor para las mujeres y para los pacientes de mayor edad. Con una probabilidad del 95% se puede afirmar que por cada fármaco más, el número de discrepancias aumenta entre 1.003 y 1.019%. Se concluye que los errores de conciliación son elevados y se requieren medidas de mejora.

Sánchez et al. (2011) llevaron a cabo un estudio experimental, controlado, aleatorizado con dos grupos paralelos en España, con el objetivo de conocer la efectividad de una intervención farmacéutica en pacientes al alta hospitalaria y observar si repercute en el número de reingresos hospitalarios. Fueron incluidos 100 pacientes que consumieran cinco o más medicamentos, en caso de pacientes dependientes se incluyó a su cuidador. A los siete días posteriores al alta hospitalaria se realizó un cuestionario estructurado con preguntas tales como; medicamentos que toma, medicamentos que ha dejado de tomar durante los últimos siete días y mencionar dosis y horario de los medicamentos consumidos. Se compararon las respuestas obtenidas con la prescripción médica al alta y se registraron las discrepancias y para conocer el porcentaje de reingresos hospitalarios a los 30 y 60 días se consultó el sistema informático del censo hospitalario.

Del grupo de control 28 de los participantes eran pacientes y 22 cuidadores. Solo el 19.5% tomaba los medicamentos correctamente ( $p <.001$ ). De 772 medicamentos registrados en el estudio, el 85% se consumían de una manera distinta a la prescrita en pacientes del grupo control. Las discrepancias afectaron en mayor medida a fármacos prescritos en procesos crónicos. El reingreso a los 30 días posteriores al alta hospitalaria en el grupo de control fue de un 24.4%, mientras que a los 60 días fue de un 31.7%. Todos estos resultados fueron significativamente menores en el grupo de intervención por lo que se concluye que una intervención con el paciente al egreso hospitalario,



centrada en la correcta toma de la medicación, evita errores de administración, confusión de pautas y mejora la actitud del paciente frente a su tratamiento.

López et al. (2014) realizaron un estudio en España con el objetivo de evaluar un programa de conciliación al ingreso hospitalario en el paciente crítico. En el estudio participaron pacientes y familiares. Se utilizó un diseño prospectivo sobre los errores de conciliación con una muestra de 50 pacientes. Se analizaron las discrepancias entre el tratamiento habitual del paciente y la prescripción médica. Se encontró que la media de fármacos en el tratamiento habitual fue de 6.3%. En total, se encontraron discrepancias en el 62% de los pacientes, de éstas solo el 14% eran justificadas, mientras que el 48% tenía errores en la conciliación de la medicación. La mayoría de los errores de conciliación se relacionaron con omisión de fármacos. Los antihipertensivos representaron el principal grupo de fármacos con errores de conciliación. Se concluye que el paciente crítico es especialmente vulnerable a los errores de medicación.

Ziaecian et al. (2012) desarrollaron un estudio prospectivo y de cohorte en 377 pacientes mayores de 64 años, con falla cardíaca, síndrome coronario agudo y neumonía, dados de alta al hogar en un hospital de Estados Unidos, con el objetivo de determinar la prevalencia de los errores en la conciliación de medicamentos y la comprensión del paciente de la medicación al momento del alta hospitalaria. Se hicieron entrevistas telefónicas a pacientes o cuidadores (en el caso de pacientes dependientes) una semana posterior al alta hospitalaria. La evaluación de la adecuada conciliación de la medicación se obtuvo a partir de la comparación de la lista de medicación previa y la prescripción al alta hospitalaria y para la comprensión se basaron en la información obtenida posterior al alta hospitalaria y la prescripción médica. La media de fármacos consumidos fue de ocho medicamentos por paciente. Se identificó que 103 pacientes (27.3%) experimentaron al menos un error en la medicación. El 39.2% de los pacientes tuvo reducción en la dosis o suspensión de la medicación.

En cuanto a la comprensión del paciente el 69.3% no comprendieron la reducción en la medicación, el 81.6% la suspensión y el 62% la nueva medicación. El 79.1% de los pacientes no comprendió al menos uno de los cambios (dosificación o suspensión) y el 70.5% no comprendió las nuevas indicaciones. En promedio el 60% de los pacientes no comprendieron la suspensión, cambio de dosis y la nueva medicación. El 61.2% de los pacientes no comprendió los cambios en la medicación pertinente al diagnóstico primario y el 82.9% a la medicación no pertinente a éste. A pesar de no ser significativo, los autores refieren que el tiempo para orientar a los pacientes posiblemente se ve disminuido conforme los días de estancia se reducen. Se concluye que la conciliación de medicamentos y la comprensión del paciente son inadecuadas en pacientes mayores tras el alta hospitalaria.

Mármol y Rodríguez (2015) realizaron un estudio descriptivo en España con una muestra de 60 pacientes crónicos con el objetivo de analizar la adecuación de la continuidad del tratamiento de los pacientes ingresados y detectar el número, naturaleza e impacto de los errores de conciliación. La edad media fue de 62.5 años y se observaron 2.7 enfermedades crónicas por paciente. Se obtuvo información completa de la historia farmacoterapéutica previa al ingreso en el 28.6% de los pacientes, en el 50% de los casos incompleta y estuvo ausente en el 21.4% de los pacientes. En las historias clínicas incompletas se identificó que en 3.6 de 5 no se registraron los datos de dosis, 4.6 de 5 la vía de administración y 4 de 5 la frecuencia de la dosis. El 33.5% de los pacientes presentó discrepancias no justificadas, siendo el 47.3% de estas por omisión. Se presentaron 2.6 discrepancias por paciente. La calidad del protocolo de conciliación de la medicación se valoró en 52 puntos sobre 100. Se concluye que los protocolos de conciliación deben ser revisados para alcanzar en la práctica una reducción de errores en la medicación.

En síntesis, la evidencia reportada permitió identificar que un 21% de los pacientes al egreso hospitalario mostró desconocer para qué toma los medicamentos, de

un 17.9% hasta un 81.6% presentaron errores en la dosificación, suspensión de medicación y/o nuevas indicaciones. En general un 60% no comprendió los cambios en la medicación y 80.5% tomó sus medicamentos incorrectamente (Moreno et al., 2013; Núñez et al., 2013; Sánchez et al., 2011; Ziaeiian et al., 2012).

El inadecuado manejo de la medicación se incrementa conforme va avanzando la edad, así como el riesgo a las discrepancias es más frecuente en pacientes con edad superior a 80 años. La baja escolaridad también influye en el inadecuado manejo de la medicación, esto debido al déficit de comprensión en el tratamiento. Los hombres presentan menor adherencia al tratamiento, pero mejora si cuentan con la compañía de alguien que le ayude con la medicación, por lo que autores refieren que el incumplimiento en la medicación es mayor en pacientes que viven solos. Las mujeres son más vulnerables por tener mayor prevalencia de polifarmacia; ésta se ve asociada con el manejo inadecuado de la medicación. Los autores refieren que a mayor número de fármacos mayor déficit en la conciliación, así mismo, a mayor número de fármacos menor es la adherencia al tratamiento y a pesar de no ser significativo refieren que las mujeres tienen mayor discrepancia en la medicación. La media de fármacos consumidos por paciente es de ocho; por cada fármaco adicional el número de discrepancias aumenta (Bishop et al., 2015; Moreno et al., 2013; Núñez et al., 2013; Soler et al., 2011; Ziaeiian et al., 2012).

Se presentaron errores de conciliación en un 48% hasta un 86.8% de los casos, siendo lo más frecuente la omisión de los medicamentos, mientras que en un 21.4% no se realizó la conciliación de la medicación (López et al., 2014; Mármol & Rodríguez, 2015; Soler et al., 2011). Se presentaron discrepancias no justificadas de 24.2% hasta 62% en los pacientes. En general se presentaron 2.6 discrepancias por paciente (Bishop et al., 2015; López et al., 2014; Mármol & Rodríguez, 2015; Ziaeiian et al., 2012).

Algunos autores refieren que a menor días de estancias es mayor el riesgo de discrepancias en el manejo de la medicación en el hogar, esto debido a la falta de

educación al paciente (Ziaeeian et al., 2012). Sin embargo, se ha encontrado que los pacientes con mayor número de días de estancia y con al menos ocho medicamentos al egreso tienen más discrepancias en su medicación (Bishop et al., 2015).

### **Definición de términos**

Manejo de la medicación es el conocimiento que tiene el paciente o cuidador principal al momento del alta hospitalaria acerca de los medicamentos indicados. Está integrado por tres dominios, el conocimiento de la medicación, de cómo administrarlos y de cómo obtenerlos, que permiten identificar las deficiencias en el manejo de la medicación.

Conocimiento de la medicación se refiere al auto reporte del paciente o cuidador principal acerca de la medicación prescrita al alta hospitalaria, incluye el motivo por el cual toma el medicamento, dosis, vía, horario y tiempo por el cual debe tomar o administrar el medicamento.

Conocimiento de cómo administrar la medicación corresponde al auto reporte del paciente o cuidador principal al alta hospitalaria acerca de cómo tomar o administrar la medicación prescrita, incluye la habilidad para administrar y almacenar diferentes presentaciones como tabletas, inyectables, gotas, inhaladores, parches, entre otros.

Conocimiento de cómo obtener la medicación corresponde al auto reporte del paciente o cuidador principal respecto a cómo conseguir o proveerse de la medicación prescrita al alta hospitalaria; incluye si conoce si debe resurtir el medicamento y si cuenta con recursos de apoyo para surtir o resurtir su medicamento.

Edad es el número de años reportados por el paciente y/o cuidador principal al momento de la entrevista.

Sexo es una condición biológica del individuo en términos de masculino y femenino.

Escolaridad es el número de años de educación formal reportados por el paciente.

Polifarmacia corresponde al consumo o administración de tres o más medicamentos al día.

Días de estancia corresponde al total de días de internamiento registrados en el expediente del paciente.

Discrepancias en la medicación son las diferencias identificadas a través de la conciliación de medicamentos (comparación de la medicación previa al ingreso y a la prescrita al alta hospitalaria), tales como omisiones (medicamentos que tomaba previo a su ingreso y no le fueron prescritos injustificadamente al alta hospitalaria), duplicaciones (dos medicamentos con el mismo principio activo), cambio de medicación (que se haya cambiado el medicamento de manera no justificada) y errores de dosificación, horario y vía de administración (cambios que se hayan hecho en cuanto a la dosis, frecuencia y vía de administración, sin justificación alguna).

## **Objetivos**

1. Identificar las discrepancias a través de la conciliación de la medicación al alta hospitalaria (medicación al ingreso respecto a la medicación prescrita al alta hospitalaria).
2. Identificar las deficiencias en el manejo de la medicación de acuerdo a la persona responsable (paciente o cuidador principal) al alta hospitalaria y en el hogar posterior al alta hospitalaria.
3. Determinar la relación que existe entre el manejo de la medicación (conocimiento de la medicación, de cómo administrarla y cómo obtenerla) con edad, escolaridad, polifarmacia y los días de estancia de acuerdo con la persona responsable (paciente o cuidador principal).
4. Determinar el manejo de la medicación de acuerdo al sexo del paciente o cuidador principal.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

En el presente capítulo se describe el diseño de estudio, la población, el muestreo y muestra, así como los criterios de inclusión y la descripción de los instrumentos utilizados para la investigación. También se incluyen el procedimiento para la recolección de la información, las consideraciones éticas y las estrategias para el análisis de los datos.

#### **Diseño del estudio**

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional (Burns & Grove, 2012). Se identificaron las discrepancias en la medicación, así mismo, se describió el manejo de la medicación en el paciente crónico al alta hospitalaria y su relación con algunos factores de tipo personal como son la edad, sexo, escolaridad, así como con la polifarmacia y los días de estancia. Adicionalmente, se identificaron las deficiencias en el manejo de la medicación en el hogar posterior al alta hospitalaria mediante una llamada telefónica de seguimiento.

#### **Población, muestreo y muestra**

La población estuvo conformada por pacientes y cuidadores principales de pacientes con enfermedad crónica en alta hospitalaria en los servicios de hospitalización de una institución pública ubicada en Monterrey, Nuevo León, así mismo, se incluyó al cuidador principal cuando el paciente no manejaba su medicación de manera independiente. El tipo de muestreo para la selección de participantes fue por conveniencia. La muestra se estimó con el paquete nQuery Advisor versión 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede & Fotheringham, 2000), se calculó a través de un parámetro de correlación bilateral con una potencia de 90%, un efecto mediano de .30 (Cohen, 1998)

y un nivel de significancia de .05, dando un total de 170 participantes, de los cuales 122 fueron pacientes y 48 cuidadores principales y se les dio seguimiento a 45 participantes (20 pacientes y 25 cuidadores principales)

### **Criterios de inclusión**

1. Pacientes mayores de 18 años que manejaran su medicación de manera independiente o que recibieran apoyo parcial (recordar tomar o administrar el medicamento) en el manejo de la medicación.
2. Cuidadores principales mayores de 18 años que proporcionaran el apoyo total al paciente en el manejo de la medicación.
3. Pacientes que al alta hospitalaria tuvieran prescrito de tres a más medicamentos para su manejo en el hogar y que al menos un medicamento fueran de uso habitual para el manejo de su tratamiento crónico.
4. Que contaran con un número telefónico de contacto.

### **Instrumentos de medición**

Se registraron las características del paciente en una cédula de datos de identificación que en su contenido tenía información relacionada con su sexo, edad, años de escolaridad, días de estancia, diagnóstico médico, número de medicamentos prescritos al alta hospitalaria, si era o no responsable del manejo de su medicación, si recibía o no apoyo en el manejo de la medicación, si contaba o no con algún teléfono de contacto y lugar donde llevaba su control para el manejo de su padecimiento crónico. En el caso de los pacientes que no manejaban de manera independiente su medicación, se interrogó al cuidador principal y se registró la información relacionada a su sexo, edad y años de escolaridad. Se incluyó una pregunta para conocer si al ingreso del paciente se registró en el expediente clínico la conciliación de medicamentos (nombre del medicamento, dosis, frecuencia, vía de administración, y duración del tratamiento), así

mismo, se interrogó al participante para conocer los medicamentos que tomaba el paciente previos a su ingreso hospitalario y se compararon con los registrados en el expediente clínico, esto con la finalidad de detectar discrepancias. También se registraron los medicamentos prescritos al alta hospitalaria y se compararon con los medicamentos que tomaba el paciente en el hogar, con la finalidad de detectar discrepancias. En el registro de los medicamentos referidos por el paciente y prescritos al alta hospitalaria, se incluyó nombre del medicamento, dosis, frecuencia, vía de administración y duración del tratamiento.

Cuando se detectaron discrepancias en relación a los medicamentos previos al ingreso hospitalario con los registrados en el expediente clínico y los prescritos al alta hospitalaria, se registraron en el apartado donde se incluía el nombre del medicamento en donde se encuentra la discrepancia y se agregaron las opciones de omisión, duplicación, dosis, frecuencia, vía de administración y duración del tratamiento, en donde el encuestador seleccionó las opciones que aplican. Cada cédula de datos estuvo identificada por medio de una clave. Finalmente se incluyó un apartado para conocer que profesional de la salud le brindó la educación sobre la medicación.

Para identificar el manejo de la medicación se utilizó el MedMaiDE de Orwing et al. (2006), que consta de 19 reactivos divididos por tres dominios, el primero busca identificar lo que una persona debe de conocer acerca de su medicación con un subtotal de siete preguntas, de las cuales, las primeras cinco tienen una puntuación sumatoria total para identificar las deficiencias en el manejo de la medicación. El segundo dominio busca identificar si el paciente sabe cómo tomar sus medicamentos y que demuestre las habilidades para administrarlos, cuenta con seis reactivos, de los cuales solo los primeros cinco tienen valor en la sumatoria total. El último dominio busca determinar si el paciente conoce como obtener o resurtir los medicamentos, consta de seis reactivos de los cuales solo cuatro son los que tienen valor en la sumatoria total. El instrumento



cuenta con algunas preguntas que no tienen valor, sin embargo, fueron de interés para complementar la información en el manejo adecuado de la medicación.

El instrumento tiene opciones de respuesta dicotómica (sí/no). La respuesta “sí” equivale a cero puntos, mientras que la respuesta “no” equivale a un punto. Al final se sumaron los tres subtotales, donde el total de puntaje para la deficiencia en el manejo de la medicación es desde cero puntos como puntaje mínimo, identificado como no deficiencia en el manejo de la medicación, hasta los 14 puntos, puntaje máximo de deficiencia en el manejo de la medicación. La fiabilidad de este instrumento se ha medido a través de pruebas de estabilidad, como lo es la prueba test-retest con un resultado de .93. La consistencia interna reportada a través del Coeficiente Alpha de Cronbach es de .71. La versión original del instrumento se encuentra en el idioma inglés. Para el estudio se utilizó la versión en español aplicada previamente en población mexicana por Moreno et al. (2013) la cual reportó un Alpha de Cronbach de .75, y en el presente estudio reportó un valor de .76.

Adicionalmente, a este mismo instrumento se le agregó una columna de observaciones con la finalidad de ser utilizado en el seguimiento telefónico, en éste se reportaron los inconvenientes que presentó el participante en relación al manejo de la medicación en el hogar, así como si necesitó posterior a su egreso hospitalario atención médica vinculada a su problema de salud.

### **Procedimiento de recolección de la información**

Se obtuvo el dictamen de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como el permiso de la Dirección del Hospital (Apéndice A). Se informó acerca del estudio al jefe de enfermería de los servicios de hospitalización participantes, así como a supervisoras y encargadas del turno. Se recibió el apoyo para la recolección de la información de un encuestador entrenado y supervisado por el investigador.

Se visitaron los servicios de hospitalización en el turno matutino y vespertino para verificar a los pacientes que se encontraban en alta hospitalaria; esta información se obtuvo a través de la enfermera y trabajadora social. Una vez identificados los pacientes se corroboró en el expediente clínico los datos del diagnóstico médico y los días de estancia, así mismo se verificó que estuviera anexada la copia de la receta médica, posteriormente se confirmó con los participantes si ya se les había entregado su receta, en caso afirmativo, se verificó que cumplieran con los criterios de inclusión, posteriormente se les explicó el objetivo del estudio y se les informó que dentro de ocho días se les contactaría nuevamente por vía telefónica para fines del estudio.

En caso de aceptar se solicitó su participación de manera voluntaria mediante la firma del Consentimiento Informado (Apéndice B), el cual les fue leído. Una vez que los participante firmaban la autorización, se procedía a la recolección de datos con el siguiente orden, primeramente, se preguntó al participante la información correspondiente a la cédula de datos del participante (Apéndice C) donde se incluía la información relacionada a los medicamentos que tomaba el paciente previo a su ingreso hospitalario y se anotaron los nuevos en base a lo reportado en la receta médica, a través de esta información se identificaron las discrepancias.

Posteriormente, se aplicó el cuestionario MedMaIDE (Apéndice D) a través de la entrevista a los participantes. En caso de detectar deficiencias, se reportó a la enfermera encargada del paciente para que le resolvieran las dudas antes de su egreso hospitalario. Una vez terminada la aplicación del instrumento se le agradeció al participante por su participación y se le recordó que se le contactaría telefónicamente a los ocho días para hacerle preguntas relacionadas al manejo de su medicación en el hogar. El investigador contó con un formato en donde se registró una clave para cada participante (la misma registrada en la cédula de datos), así como el nombre y teléfono para contactarlo posterior al alta hospitalaria, éste se utilizó únicamente por el investigador como una medida de control del seguimiento del paciente en el hogar.

Finalmente, a los ocho días posteriores al alta hospitalaria, el investigador se contactó telefónicamente con el participante en el horario referido de su preferencia, cuando no se contactó al participante en la primera llamada se intentó nuevamente en un máximo de tres llamadas telefónicas en un período de tres días. Una vez que se contactó al participante se tenía disponible la información relacionada a los medicamentos que le fueron prescritos a su egreso. Al contactarlo telefónicamente se aplicó el instrumento MedMaIDE en el hogar (Apéndice E) y se reportó en el apartado de observaciones las dificultades a las que se enfrentó relacionadas al manejo de la medicación. En el caso de los participantes que tuvieron alguna duda relacionada a la medicación o a su padecimiento actual y no pudo ser resuelta por el investigador, se les recomendó asistir al lugar donde refirieron llevar su control médico. Una vez terminada la aplicación del instrumento, se le agradeció su participación en el estudio.

### **Consideraciones éticas**

El estudio se apegó a las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987). En la cual se establece que para el desarrollo de investigación en salud se deben considerar aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de los participantes en la investigación.

Con base en lo anterior, se consideró lo estipulado en el Título Segundo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, Artículo 13, concerniente a que en cualquier investigación en la que un ser humano participe, debe prevalecer el criterio de respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar, además los participantes deben ser tratados con cortesía y profesionalidad. De acuerdo al Capítulo I, Artículo 14 en sus Fracciones I, V, VI, VII y VIII se contó con el dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y con la autorización de las autoridades de la institución en donde se realizó la investigación.

Conforme al Artículo 16, se protegió la privacidad del participante, cuidando en todo momento su anonimato y confidencialidad. Así mismo, los instrumentos fueron anónimos y se respondieron de manera individual. Además, los datos obtenidos fueron confidenciales y los resultados sólo se presentaron de forma grupal, asegurando al participante que nunca se daría información personal. Los cuestionarios serán resguardados en un lugar seguro asignado por el autor principal del estudio durante un período de 12 meses y al término de éste serán destruidos.

En relación al Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, el presente estudio se considera de riesgo mínimo, debido a que, para la recolección de datos se utilizaron cuestionarios y no se realizó ninguna intervención, ni se manipularon variables fisiológicas, psicológicas o sociales en los participantes.

Para cumplir con el Capítulo I, Artículo 20 solo participaron los sujetos que otorgaron su previa autorización por medio del consentimiento informado (Apéndice B), además se respetó lo estipulado en los artículos 21 y 22, Fracciones I, V, VII y VIII, se les explicó a los participantes el objetivo del estudio, procedimiento, riesgos, beneficios, uso de la información obtenida y el derecho que tenía el participante a retractarse, además se le dio respuesta a cualquier pregunta o aclaración acerca del estudio.

Por último, se consideró de acuerdo a lo establecido en el Capítulo V Artículo 57 y Artículo 58 en su Fracción I y II de la investigación en grupos subordinados, que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o el retiro de su consentimiento durante el estudio, no afectaría en su atención médica.

### **Estrategia de análisis de datos**

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21. Para analizar las variables relacionadas con los factores personales se utilizó estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes y medidas de tendencia central y dispersión como media,

mediana y desviación estándar. Posteriormente, se identificó la distribución de los datos a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, así como, la consistencia interna de los instrumentos, a través de la prueba Alpha de Cronbach.

Para responder al objetivo uno que es identificar las discrepancias a través de la conciliación de la medicación al alta hospitalaria se utilizaron frecuencias y proporciones; para dar respuesta al objetivo dos que es identificar las deficiencias en el manejo de la medicación de acuerdo a la persona responsable al alta hospitalaria y en el hogar posterior al alta hospitalaria se utilizaron medias, medianas y desviación estándar; para responder al objetivo tres que es determinar la relación que existe entre el manejo de la medicación con edad, escolaridad, polifarmacia y días de estancia se utilizó el Coeficiente de correlación de Spearman; finalmente, para responder al objetivo cuatro que es determinar el manejo de la medicación de acuerdo al sexo del paciente o cuidador principal se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney debido a que los datos no presentaron distribución normal.

## Capítulo III

### Resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados del manejo de la medicación en el paciente con enfermedad crónica al alta hospitalaria y su relación con las variables edad, sexo, escolaridad, polifarmacia y los días de estancia, así como las discrepancias en la medicación y las deficiencias en el manejo de la medicación en el hogar posterior al alta hospitalaria.

#### Características de los participantes

Se obtuvo una muestra de 170 participantes, de los cuales 122 fueron pacientes y 48 cuidadores principales. Del total de participantes se dio seguimiento telefónico a 45, el resto no fue localizado debido a que no fue posible contactarlos telefónicamente. Cabe destacar que el 2.9% fue contactado pero no se pudo dar seguimiento por reingreso hospitalario. En relación con el perfil de los 170 pacientes de quienes se obtuvo información, predominó el sexo masculino con el 51.8%. La media de edad fue de 54.1 años ( $DE=15.1$ ), con una escolaridad de 7.8 años ( $DE=3.5$ ) y días de estancia 7.5 ( $DE=7.0$ ). Mientras que la media de edad de los 122 pacientes que participaron en el estudio fue de 51.8 ( $DE=13.0$ ) con una escolaridad de 8.1 ( $DE=3.3$ ) y días de estancia de 6.9 ( $DE=5.5$ ). Respecto a los 48 cuidadores principales predominó el sexo femenino con el 83.3%. La media de edad fue de 47.6 años ( $DE=10.2$ ) y la escolaridad de 8.1 años ( $DE=3.3$ ). La media de edad de los pacientes que recibía el apoyo total de un cuidador principal fue de 60.0 años ( $DE=18.2$ ), escolaridad de 7.0 ( $DE=3.8$ ) y días de estancia de 9.0 ( $DE=9.7$ ).

En la tabla 1 se muestran los diagnósticos de los pacientes, de los cuales destacan la hipertensión con el 18.2% y diabetes 16.4%. Así mismo, se muestra que el 33.6% de los pacientes llevan su control médico en servicio particular.

Tabla 1

*Diagnósticos médicos e institución donde recibe la atención médica*

Diagnóstico médico	<i>f</i>	%
Hipertensión	31	18.2
Diabetes	28	16.4
Hipertensión y diabetes	24	14.1
Hipertensión y enfermedad cardíaca	16	9.4
Hipertensión y otras (enfermedad neurológica, enfermedad pulmonar y lupus)	15	8.9
Insuficiencia renal crónica e hipertensión	14	8.2
Hipertensión, diabetes y enfermedad cardíaca	13	7.7
Insuficiencia renal crónica, hipertensión y diabetes	7	4.2
Diabetes y enfermedad cardíaca	7	4.2
Hipertensión, diabetes y enfermedad neurológica	5	2.9
Hipertensión, diabetes y enfermedad pulmonar	5	2.9
Diabetes y otras (enfermedad pulmonar, insuficiencia renal crónica, enfermedad neurológica)	5	2.9
Institución donde reciben atención médica	<i>f</i>	%
Servicio particular	57	33.6
Centro de salud	54	31.8
Servicios Médicos de la Universidad	31	18.2
Hospital Universitario	17	10.0
Otros (IMSS, ISSSTE, Sección 50, Hospital Metropolitano)	11	6.4

*Nota:*  $n=170$ ,  $f$ =frecuencias, %=porcentajes

En la tabla 2, se muestra que el 61.8% de los pacientes refiere no recibir apoyo en el manejo de la medicación, mientras que el 38.2% si recibe apoyo, este es proporcionado por el hijo (a) con un 17.7%, seguido por el esposo (a) con un 12.3%. Del total de pacientes que refirieron recibir apoyo el 73.8% recibía apoyo total, por lo que la recolección de datos se realizó al cuidador principal.

Tabla 2

*Frecuencias y porcentajes del apoyo recibido en el manejo de la medicación*

Apoyo recibido en el manejo de la medicación	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Recibe apoyo	65	38.2	105	61.8
Tipo de apoyo recibido	<i>f</i>		%	
Apoyo parcial	17		26.2	
Apoyo total	48		73.8	
Apoyo recibido de	<i>f</i>		%	
Esposo (a)	21		12.3	
Hijo (a)	30		17.7	
Padres	4		2.3	
Hermano (a)	6		3.6	
Otros (cuñado, abuela, nuera)	4		2.3	
Nadie	105		61.8	

*Nota:*  $n=170$ ,  $f$ =frecuencias, %=porcentajes

**Características de la medicación al alta hospitalaria**

De los 170 participantes se realizó la conciliación de medicamentos al ingreso hospitalario en el 54.7%. De los pacientes en los que se realizó la conciliación se



identificó que el 1.2% presentó discrepancias entre lo referido por el paciente y/o cuidador y lo registrado en el expediente clínico al ingreso hospitalario, éstas se asociaron a la omisión y duración del tratamiento. En relación a las discrepancias entre lo prescrito al alta hospitalaria y lo que el paciente tomaba previo a su ingreso hospitalario se identificaron 3.5% discrepancias, las cuales fueron asociadas a la omisión de los medicamentos.

En la tabla 3 se puede observar que la media de la polifarmacia al alta hospitalaria en el paciente que no recibe apoyo o que lo recibe parcial fue de 4.7 ( $DE=1.3$ ) y en el paciente que recibe apoyo total fue de 5.1 ( $DE=1.4$ )

Tabla 3

*Medicación previa al ingreso y prescrita al alta hospitalaria reportada por el paciente sin apoyo o apoyo parcial y por el paciente que recibe apoyo total*

Medicación	Paciente sin apoyo o apoyo parcial			Paciente con apoyo total		
	Media	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Media	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Previos al ingreso	2.0	2.0	1.4	2.5	2.0	1.8
Prescritos al alta	4.7	4.0	1.3	5.1	5.0	1.4

*Nota:*  $n$  pacientes sin apoyo o apoyo parcial=122,  $n$  pacientes con apoyo total=48,

*Mdn*= mediana, *DE*= desviación estándar

En relación al profesional de salud que brindó la educación de la medicación al alta hospitalaria, predominó el médico con el 84.7%. Solamente el 6.5% de los profesionales de enfermería brindó educación, mientras que en igual porcentaje lo hizo el médico y la enfermera y el 2.3% de los participantes refirieron no recibir orientación respecto a la medicación al alta hospitalaria.

### Manejo de la medicación al alta hospitalaria reportado por el paciente

En la tabla 4 se muestra el conocimiento acerca de la medicación al alta hospitalaria reportado por los pacientes, se identificó que el 12.3% de los pacientes no conoce todos los medicamentos que debe de tomar en el hogar, ni el motivo por el cual lo toma, seguido por un 10.7% que no conoce el horario en el que se los debe de tomar. Cabe destacar que el 23.8% tiene otros medicamentos disponibles en el hogar sin haber sido prescritos por el médico, siendo los analgésicos los más comunes.

Tabla 4

*Conocimiento del paciente acerca de la medicación al alta hospitalaria*

Conocimiento de la medicación al alta hospitalaria	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Menciona todos los medicamentos que toma	107	87.7	15	12.3
Menciona la hora en el día en que debe de tomar los medicamentos	109	89.3	13	10.7
Menciona como se deben de tomar	121	99.2	1	0.8
Menciona el motivo por el cual toma cada medicamento	107	87.7	15	12.3
Menciona la cantidad de medicamentos que toma diario	118	96.4	4	3.6
Recibe ayuda con la administración de medicamentos	17	13.9	105	86.1
Tiene otros medicamentos disponibles en el hogar	29	23.8	93	76.2

*Nota: n=122, f=frecuencias, %=porcentajes*

En la tabla 5 se muestran los resultados del conocimiento del paciente acerca de cómo tomar los medicamentos, se identificó que el 96.7% de los pacientes conoce como se administra, así como el 94.3% conoce el número de pastillas que debe de tomar para su dosis indicada. Sin embargo, el 49.2% no sabe dónde guardar los medicamentos o lo hace de manera inadecuada, se identificó que los tienen expuestos a la humedad y no se conservan a la temperatura adecuada.

Tabla 5

*Conocimiento del paciente de cómo tomar los medicamentos al alta hospitalaria*

Conocimiento de cómo tomar los medicamentos al alta hospitalaria	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Demuestra llenando un vaso de agua	120	98.4	2	1.6
Retira la tapa del medicamento	119	97.5	3	2.5
Menciona el número de pastillas que toma para su dosis indicada	115	94.3	7	5.7
Menciona como se administra el medicamento	118	96.7	4	3.3
Indique la cantidad de agua que toma para pasar el medicamento	117	95.9	5	4.1
Menciona como guardar los medicamentos correctamente	62	50.8	60	49.2

*Nota:*  $n=122$ ,  $f$ =frecuencias, %=porcentajes

En la tabla 6 se muestran los resultados del conocimiento del paciente acerca de cómo obtener los medicamentos y el acceso a ellos, se identificó que al 18% de los pacientes no se le explicó si debía de resurtir los medicamentos y el 53.3% no tiene

receta o guía para tomar sus medicamentos. Cabe resaltar que el 7.4% de los pacientes necesita algún medicamento y no lo puede obtener por cuestiones económicas. Entre los medicamentos que necesitan destacan los hipoglucemiantes y antihipertensivos.

Tabla 6

*Conocimiento del paciente de cómo obtener los medicamentos y el acceso a ellos al alta hospitalaria*

Conocimiento de cómo obtener los medicamentos al alta hospitalaria	Si		No	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Le explicaron si debe de resurtir los medicamentos	100	82.0	22	18.0
Conoce cómo debe o donde resurtir los medicamentos	119	97.5	3	2.5
Cuenta con recursos para resurtir su medicamento	120	98.4	2	1.6
Al resurtir el medicamento revisa que sea el indicado	117	95.9	5	4.1
Tiene receta o guía para tomar sus medicamentos	57	46.7	65	53.3
Hay medicamentos que necesita y que no puede obtener	113	92.6	9	7.4

*Nota: n=122, f=frecuencias, %=porcentajes*

### **Manejo de la medicación al alta hospitalaria reportado por el cuidador principal**

En la tabla 7 se muestra que el 100% de los cuidadores conoce como se debe de tomar el paciente el medicamento; sin embargo; el 33.3% no conoce la cantidad de

medicamentos que debe de tomar el paciente durante el día, el 27.1% no mencionó todos los medicamentos que tiene que tomar el paciente diariamente y el mismo porcentaje no conoce el horario en el que se deben de tomar.

Tabla 7

*Conocimiento del cuidador acerca del manejo de la medicación al alta hospitalaria*

Conocimiento de la medicación al alta hospitalaria	Si		No	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Menciona todos los medicamentos que toma	35	72.9	13	27.1
Menciona la hora en el día en que debe tomar los medicamentos	35	72.9	13	27.1
Menciona como se deben de tomar	48	100	0	0
Menciona el motivo por el cual toma cada medicamento	42	87.5	6	12.5
Menciona la cantidad de medicamentos que toma diario	32	66.7	16	33.3
Tiene otros medicamentos disponibles en el hogar	35	72.9	13	27.1

*Nota:*  $n=48$ ,  $f$ =frecuencias,  $%$ =porcentajes

En la tabla 8 se muestran los resultados del cuidador acerca del conocimiento de cómo tomar los medicamentos, se destaca que el 97.9% demuestra llenando un vaso de agua, seguido del 95.8% que conoce como retirar la tapa del medicamento, por otro lado, el 20.8% no sabe dónde guardar los medicamentos o no lo hace de manera adecuada, entre lo mencionado por el cuidador destaca que los tienen expuestos a la luz y humedad.

Tabla 8

*Conocimiento del cuidador de cómo tomar los medicamentos al alta hospitalaria*

Conocimiento de cómo tomar los medicamentos al alta hospitalaria	Si		No	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Demuestra llenando un vaso de agua	47	97.9	1	2.1
Retira la tapa del medicamento	46	95.8	2	4.2
Menciona el número de pastillas que toma para su dosis indicada	41	85.4	7	14.6
Menciona como se administra el medicamento	44	91.7	4	8.3
Indica la cantidad de agua que toma para pasar el medicamento	44	91.7	4	8.3
Menciona como guardar los medicamentos correctamente	38	79.2	10	20.8

*Nota:*  $n=48$ ,  $f$ =frecuencias,  $%$ =porcentajes

En la tabla 9 se muestran los resultados del conocimiento del cuidador acerca de cómo obtener los medicamentos y el acceso a ellos al alta hospitalaria, se destaca que el 25% después de resurtir el medicamento no lo revisa antes de tomarlo, este mismo porcentaje no tiene receta o guía para tomar los medicamentos. Al 16.7% no se le explicó si debe de resurtir los medicamentos, así mismo, el 20.8% refirió que el paciente necesita algún medicamento y no lo puede obtener, esto debido a motivos económicos o por falta de medicamento en la farmacia. Entre los medicamentos que no pueden obtener se encuentran hipoglucemiantes, antihipertensivos, inmunosupresores, antidepresivos y broncodilatadores.

Tabla 9

*Conocimiento del cuidador acerca de cómo obtener los medicamentos y el acceso a ellos*

Conocimiento de cómo obtener los medicamentos al alta hospitalaria	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Le explicaron si debe de resurtir los medicamentos	40	83.3	8	16.7
Conoce cómo debe o donde resurtir los medicamentos	46	95.8	2	4.2
Cuenta con recursos para resurtir su medicamento	44	91.7	4	8.3
Al resurtir el medicamento revisa que sea el indicado	36	75.0	12	25.0
Tiene receta o guía para tomar sus medicamentos	36	75.0	12	25.0
Hay medicamentos que necesita y que no puede obtener	10	20.8	38	79.2

*Nota: n=48, f=frecuencias, %=porcentajes*

### **Manejo de la medicación en el hogar posterior al alta hospitalaria (seguimiento telefónico)**

A continuación se presentan los resultados del manejo de la medicación en el hogar posterior al alta hospitalaria reportado por el paciente y cuidador. Se dio continuidad telefónica a 45 participantes, de los cuales, 20 fueron pacientes y 25 cuidadores principales.

En la tabla 10 se muestra que el 40% de los pacientes no menciona la hora en la que se debe de tomar los medicamentos, así como el 35% no menciona todos los medicamentos que toma, la cantidad que debe de tomar y desconoce el motivo por el cual los toma. Por otra parte el 56% desconoce el motivo por el cual el paciente los debe de tomar, seguido de un 36% que no menciona todos los medicamentos que se debe de tomar el paciente.

Tabla 10

*Conocimiento de la medicación en el hogar posterior al alta hospitalaria*

Conocimiento de la medicación en el hogar	Paciente				Cuidador			
	Si		No		Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Menciona todos los medicamentos que toma	13	65	7	35	16	64	9	36
Menciona la hora en el día en que debe de tomar los medicamentos	12	60	8	40	21	84	4	26
Menciona como se deben de tomar	19	95	1	5	25	100	0	0
Menciona el motivo por el cual toma cada medicamento	13	65	7	35	11	44	14	56
Menciona la cantidad de medicamentos que toma diario	13	65	7	35	20	80	5	20
Tiene otros medicamentos disponibles en el hogar	7	35	13	65	8	32	17	68

*Nota:* *n* pacientes=20, *n* cuidadores=25, *f*=frecuencias, %=porcentajes

En relación al conocimiento acerca de cómo tomar los medicamentos en el hogar posterior al alta hospitalaria, en la tabla 11 se muestra que el 10% de los pacientes no



menciona el número de pastillas que toma para su dosis indicada y en igual porcentaje no sabe cómo administrar el medicamento; por otro lado, el 8% de los cuidadores no menciona el número de pastillas que debe de tomar para su dosis indicada y en igual porcentaje no saben cómo retirar la tapa del medicamento.

Tabla 11

*Conocimiento de cómo tomar los medicamentos en el hogar posterior al alta hospitalaria*

Conocimiento de cómo tomar los medicamentos en el hogar	Paciente				Cuidador			
	Si		No		Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Puede llenar un vaso de agua	20	100	0	0	25	100	0	0
Sabe retirar la tapa del medicamento	20	100	0	0	23	92	2	8
Menciona el número de pastillas que toma para su dosis indicada	18	90	2	10	23	92	2	8
Menciona como se administra el medicamento	18	90	2	10	24	96	1	4
Indique la cantidad de agua que toma para pasar el medicamento	19	95	1	5	20	100	0	0
Menciona como guardar los medicamentos correctamente	19	95	1	5	24	96	1	4

*Nota: n pacientes=20, n cuidadores= 25, f=frecuencias, %=porcentajes*

En la tabla 12 se muestra los resultados acerca del conocimiento de cómo obtener los medicamentos en el hogar posterior al alta hospitalaria, se destaca que al 45% de los pacientes no le explicaron si debía de resurtir los medicamentos. En cuanto a los

cuidadores al 52% no se les explicó si debía de resurtir los medicamentos. Cabe resaltar que el 44% de los cuidadores y el 30% de los pacientes necesitan algún medicamento y no lo pueden obtener, debido en su mayoría por cuestiones económicas. Entre los medicamentos que necesitan y no pueden obtener se encuentran la eritropoyetina, hipoglucemiantes y antihipertensivos.

Tabla 12

*Conocimiento de cómo obtener los medicamentos y el acceso a ellos en el hogar posterior al alta hospitalaria*

Conocimiento de cómo obtener los medicamentos en el hogar	Paciente				Cuidador			
	Si		No		Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Le explicaron si debe de resurtir los medicamentos	11	55	9	45	12	48	13	52
Conoce cómo debe o donde resurtir los medicamentos	18	90	2	10	20	80	5	20
Cuenta con recursos para resurtir su medicamento	18	90	2	10	24	96	1	4
Al resurtir el medicamento revisa que sea el indicado	19	95	1	5	24	96	1	4
Tiene receta o guía para tomar sus medicamentos	10	50	10	50	19	76	6	24
Hay medicamentos que necesita y que no puede obtener	6	30	14	70	11	44	14	56

*Nota: n pacientes=20, n cuidadores=25, f=frecuencias, %=porcentajes*

### Índices de deficiencias en el manejo de la medicación

A continuación se presentan los resultados de los índices de deficiencias en el manejo de la medicación reportados por el paciente y cuidador principal al alta hospitalaria y en el hogar posterior al alta hospitalaria.

En la tabla 13 se muestra que en el manejo de la medicación al alta hospitalaria las mayores deficiencias reportadas por el paciente fueron en relación al conocimiento de la medicación.

Tabla 13

*Índices de deficiencias en el manejo de la medicación al alta reportadas por el paciente*

Paciente al alta hospitalaria	Media	Mdn	DE	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Conocimiento de la medicación	7.8	0	18.2	4.5	11.1
Conocimiento de cómo tomar	3.4	0	13.7	0.9	5.9
Conocimiento de cómo obtener	7.3	0	14.9	4.6	10.0
Global	6.1	0	11.2	4.1	8.2

*Nota: n=122, Mdn=mediana, DE=desviación estándar*

En relación al manejo de la medicación al alta hospitalaria reportada por el cuidador principal, se observa en la tabla 14 que el mayor número de deficiencias correspondió al conocimiento de la medicación, similar a lo reportado por el paciente.

Tabla 14

*Índices de deficiencias en el manejo de la medicación al alta reportadas por el cuidador*

Cuidador al alta hospitalaria	Media	Mdn	DE	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Conocimiento de la medicación	20.0	0	26.4	12.3	27.6
Conocimiento de cómo tomar	7.5	0	15.2	3.0	11.9
Conocimiento de cómo obtener	12.5	0	21.8	6.1	18.8
Global	13.3	7.1	16.5	8.5	18.2

*Nota: n=48, Mdn=mediana, DE=desviación estándar*

En la tabla 15 se muestra que el mayor número de deficiencias reportadas por el paciente en el hogar posterior al alta hospitalaria se relacionó al conocimiento de la medicación, seguido del conocimiento de cómo obtenerlo y el acceso a ellos.

Tabla 15

*Índices de deficiencias en el manejo de la medicación en el hogar posterior al alta hospitalaria reportada por el paciente*

Paciente en el hogar	Media	Mdn	DE	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Conocimiento de la medicación	30.0	20.0	32.7	14.6	45.3
Conocimiento de cómo tomar	5.0	0	11.0	0.1	10.1
Conocimiento de cómo obtener	23.7	12.5	29.7	9.8	37.6
Global	19.2	14.2	19.2	10.2	28.3

*Nota: n=20, Mdn=mediana, DE=desviación estándar*

En cuanto a las deficiencias reportadas por el cuidador principal en el manejo de la medicación en el hogar posterior al alta hospitalaria se muestra en la tabla 16 que destaca el conocimiento de cómo obtener los medicamentos y el acceso a ellos.

Tabla 16

*Índices de deficiencias en el manejo de la medicación en el hogar posterior al alta hospitalaria reportada por el cuidador principal*

Cuidador en el hogar	Media	Mdn	DE	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Conocimiento de la medicación	25.6	20.0	27.3	14.6	45.3
Conocimiento de cómo tomar	4.0	0	11.5	-.7	8.7
Conocimiento de cómo obtener	30.0	25.0	20.4	21.5	38.4
Global	19.1	14.2	15.1	12.9	25.3

*Nota: n=25, Mdn=mediana, DE=desviación estándar*

### **Deficiencias en el manejo de la medicación relacionadas a la edad, escolaridad, días de estancia y polifarmacia en el paciente y cuidador principal**

Las deficiencias en el manejo de la medicación reportadas por el paciente al alta hospitalaria, se relacionaron únicamente con la escolaridad del paciente en el índice global ( $r_s = -.19, p = .02$ ). La edad, días de estancia y polifarmacia no se relacionaron con las deficiencias en el manejo de la medicación al alta hospitalaria ( $p > .05$ ). Sin embargo, en el hogar las deficiencias en el manejo de la medicación en cuanto a cómo obtener los medicamentos se asociaron con la escolaridad ( $r_s = -.63, p = .003$ ) y los días de estancia se asociaron en el índice global de deficiencias ( $r_s = .47, p = .03$ ).

En relación al cuidador principal al alta hospitalaria, se muestra en la tabla 17 que las deficiencias en cuanto a cómo tomar los medicamentos se relacionan con la polifarmacia ( $r_s = .33, p = .02$ ). Así mismo, la escolaridad del cuidador se relacionó con las deficiencias en cuanto a cómo obtener los medicamentos y el acceso a ellos ( $r_s = .38, p = .008$ ). Cabe resaltar que la edad, escolaridad, polifarmacia y los días de estancia no se relacionaron a las deficiencias en el manejo de la medicación en el hogar ( $p > .05$ ).

Tabla 17

*Correlación de deficiencias en el manejo de la medicación con edad, escolaridad y polifarmacia en el cuidador principal al alta hospitalaria*

Características del cuidador	Deficiencias en el conocimiento	Deficiencias en como tomar	Deficiencias en cómo obtener	Deficiencias global
Edad	.91	.57	.42	.51
Escolaridad	.54	.12	.38**	.71
Días de estancia	.57	.59	.91	.66
Polifarmacia	.16	.33*	.84	.08

*Nota:* \*\* .01 Considerablemente significativo, \*.05 Significativo

### **Deficiencias en el manejo de la medicación de acuerdo al sexo del paciente y del cuidador principal**

En relación a las deficiencias en el manejo de la medicación reportadas por el paciente al alta hospitalaria no se encontró diferencia significativa de acuerdo al sexo; sin embargo, existe una mayor tendencia en los hombres en cuanto a las deficiencias en el conocimiento de cómo obtenerlos y en el índice global. Hallazgo similar se encontró en el hogar posterior al alta hospitalaria, los hombres mostraron mayor tendencia en relación a las deficiencias en el conocimiento de la medicación, de cómo tomarlo, como obtenerlo y en el índice global ( $p > .05$ ).

En cuanto a las deficiencias en el manejo de la medicación al alta hospitalaria de acuerdo al sexo del cuidador principal, las mujeres presentaron mayor deficiencia en relación al conocimiento de la medicación ( $U=72$ ,  $p<.01$ , mujeres  $mdn=20$ , hombres  $mdn=0$ ). En el hogar, no se identificó diferencia significativa de acuerdo al sexo del cuidador; sin embargo, los hombres mostraron mayor tendencia en cuanto a las deficiencias en el conocimiento de la medicación, como tomarlo y en el índice global.

## Capítulo IV

### Discusión

Los resultados del presente estudio permitieron identificar el apego a la conciliación farmacológica, así como las discrepancias en la medicación prescrita y las deficiencias en el manejo de la medicación al alta hospitalaria y en el hogar posterior al alta hospitalaria de acuerdo a lo reportado por la persona responsable de administrar la medicación (paciente o cuidador principal).

En relación a la conciliación de los medicamentos, esta no se realizó en una alta proporción de los pacientes o no fue evidente a través de la documentación en el expediente, esto concuerda con lo reportado por Mármol y Rodríguez (2015). Sin embargo, a pesar de la omisión en la evidencia de conciliación, se identificó que las discrepancias entre la medicación previa al ingreso del paciente y la registrada en el expediente clínico, fueron escasas, este hallazgo difiere con López et al. (2014), Mármol y Rodríguez (2015) y Soler et al. (2011). Así mismo, fueron pocas las discrepancias identificadas al alta hospitalaria, resultado que difiere con lo reportado por Bishop et al. (2015), López et al. (2014) y Ziaeeian et al. (2012) quienes reportan mayor número de discrepancias.

La omisión en la conciliación y las escasas discrepancias identificadas pudiera atribuirse a que el profesional de la salud sí interroga al paciente acerca de su medicación previa al ingreso; sin embargo, no lo registra en el expediente clínico debido a diversos factores. De acuerdo a Soler et al. (2011), generalmente la omisión en la documentación puede atribuirse a la elevada presión laboral, lo cual genera que el profesional de la salud no disponga del tiempo para documentar la historia clínica de manera adecuada. Cabe resaltar que la documentación en el expediente se considera importante por ser herramienta de comunicación entre los miembros del equipo de salud,

por lo cual el profesional de la salud debe de registrar en el expediente clínico toda la información relacionada al paciente.

Si bien a pesar de la omisión en la conciliación no se identificaron discrepancias, este hallazgo es relevante de considerar debido a que en el manejo de la medicación la conciliación farmacológica se considera una herramienta que permite detectar discrepancias y a la vez evitar errores de medicación que pueden afectar el apego al tratamiento, sobretodo en pacientes con enfermedad crónica como los participantes en el presente estudio.

En relación a las deficiencias en el manejo de la medicación al alta hospitalaria y en el hogar, de acuerdo a lo reportado por pacientes y cuidadores principales se identificó que las principales deficiencias se atribuyen al conocimiento de la medicación, seguido del conocimiento de cómo obtenerlo. Al alta hospitalaria los pacientes reportaron mayor déficit de conocimiento acerca de la medicación, donde predominó no mencionar todos los medicamentos que toma, el motivo por el que los toma, así como no mencionar el horario en el que los debe tomar o administrar. Este hallazgo coincide con lo reportado con Moreno et al. (2013), Núñez et al. (2013), Sánchez et al. (2011) y Soler et al. (2011).

En cuanto al conocimiento de cómo obtener la medicación, cerca de una cuarta parte de los pacientes refirió no haber recibido información respecto a si debía de resurtir los medicamentos, lo cual difiere a lo reportado por Moreno et al. (2013) quienes encontraron un menor porcentaje en participantes de un hospital privado. Esto se considera relevante por estar directamente vinculado con la continuidad en el tratamiento.

En cuanto a las deficiencias que reportaron los cuidadores principales al alta hospitalaria, estas fueron muy similares a las reportadas por los pacientes. Un poco más de la tercera parte de los cuidadores principales desconoce la dosis que tiene que tomar el paciente diariamente, que medicamentos debe tomar diariamente, así como el horario



de los mismos. En relación a las deficiencias asociadas al conocimiento de cómo obtener los medicamentos, una cuarta parte de los cuidadores principales no revisan que el medicamento sea el indicado después de resurtirlo. Dichos datos coinciden con lo reportado por Moreno et al. (2013). Este hallazgo es importante de considerar debido a que la falta de información y claridad respecto a la medicación que debe tomar o administrar al alta hospitalaria repercute en el apego al tratamiento farmacológico de acuerdo a sus necesidades.

Tanto pacientes como cuidadores principales reportaron deficiencias en el manejo de la medicación; sin embargo, fue mayor la proporción de deficiencias en los cuidadores principales, esto se puede atribuir a que los pacientes que requieren cuidador tienen una mayor edad, mayor polifarmacia y tuvieron mayores días de estancia, aspectos que pudieran indicar una mayor complejidad en el estado de salud del paciente y en el manejo farmacológico. De acuerdo a la literatura a mayor edad se presenta mayor cronicidad y esto se relaciona con mayor medicación y cuidados. Al respecto Bishop et al. (2015), Moreno et al. (2013) y Núñez et al. (2013) refieren que a mayor polifarmacia mayores deficiencias en el manejo de la medicación, así mismo, Bishop et al. (2015) refieren que a mayores días de estancia mayores son las deficiencias en la medicación y difiere con lo reportado por Ziaei et al. (2012), quienes consideran que a mayores días de estancia mayor es el tiempo que tiene el profesional de la salud para orientar a los pacientes, por lo que las deficiencias deben ser menores.

Un hallazgo relevante identificado en el hogar posterior al alta hospitalaria fue el incremento en las deficiencias en el manejo de la medicación reportadas tanto por pacientes como por cuidadores principales; sin embargo, dichas deficiencias predominaron en los pacientes. Esto coincide con lo reportado por Misky et al. (2010) y Sánchez et al. (2011), quienes refieren que posterior al alta hospitalaria hay mayor riesgo de olvidar las instrucciones en relación a sus cuidados si no se les brinda el seguimiento adecuado. Este hallazgo es importante de considerar por los administradores de los

servicios de salud, ya que es evidente que el paciente una vez que egresa del hospital presenta dudas para el manejo de su medicación lo que demanda un seguimiento que le permita llevar su tratamiento farmacológico de manera adecuada, lo cual pudiera tener impacto en la disminución de complicaciones y reingresos hospitalarios. Debido a lo anterior es importante que las instituciones de salud modifiquen sus modelos de atención y consideren implementar modelos de seguimiento al hogar que de acuerdo a la evidencia han demostrado ser efectivos para un adecuado manejo de la medicación en periodos de transición (Coleman et al., 2006).

De acuerdo a la literatura, las deficiencias en el manejo de la medicación difieren respecto al sexo de la persona responsable del manejo de la medicación. Así mismo se asocian con algunas características personales como la edad y escolaridad, así como con la polifarmacia y los días de estancia hospitalaria. Sin embargo, en el presente estudio, en los hallazgos en relación al paciente al alta hospitalaria, no se encontró relación entre las deficiencias en el manejo de la medicación con la edad, la polifarmacia y los días de estancia, únicamente se encontró asociación con la escolaridad.

Este resultado concuerda con Moreno et al. (2013), quienes refieren que a menor escolaridad mayores deficiencias en la medicación debido a la baja comprensión en el tratamiento. En cuanto a la edad y polifarmacia difieren con lo reportado por Bishop et al. (2015), Moreno et al. (2013), Núñez et al. (2013) y Soler et al. (2011), quienes refieren que las deficiencias son mayores conforme avanza la edad del paciente y aumenta el número de fármacos. Así mismo, difiere con lo mencionado por Bishop et al. (2015) en relación a los días de estancia. Este hallazgo pudiera atribuirse a la media de edad de los pacientes, así como a cantidad de medicamentos prescritos al egreso y días estancia, menores a lo reportado en los estudios señalados previamente.

Se encontró que en el hogar las deficiencias en el paciente en el manejo de la medicación se relacionaron con los días de estancia y en cuanto al conocimiento de cómo obtener los medicamentos se relacionó con la escolaridad. Este hallazgo es

importante considerar debido a que en los pacientes que tienen más días de estancia hospitalaria mayor es la oportunidad que tiene el profesional de la salud para asegurarse que el paciente al alta hospitalaria tenga claridad referente a la medicación que tomará en el hogar. Respecto a la escolaridad, este hallazgo pudiera atribuirse al factor económico considerando que una menor escolaridad pudiera estar asociada con menores ingresos, lo cual pudiera complicar el acceso del paciente a los medicamentos por cuestiones económicas.

En el cuidador principal, al alta hospitalaria se identificó que las deficiencias en el manejo de la medicación respecto al conocimiento acerca de cómo tomar o administrar la medicación se relacionaron con la polifarmacia, hallazgos similares se encontraron en los pacientes respecto a la escolaridad relacionada con el conocimiento de cómo obtener los medicamentos. La polifarmacia es un hallazgo relevante de considerar, ya que como lo refieren Núñez et al. (2013) es complicada de manejar y susceptible a deficiencias en la medicación. Es importante que el profesional de enfermería detecte a los pacientes que al alta hospitalaria egresan con polifarmacia y utilicen estrategias de orientación para que al paciente y/o cuidador principal no le queden dudas referente a la medicación.

En cuanto a las diferencias en el manejo de la medicación de acuerdo al sexo del paciente cabe resaltar que no se identificó diferencia significativa al alta hospitalaria ni en el hogar en el paciente. Sin embargo, existe mayor tendencia de deficiencia en el hombre, lo cual coincide con lo reportado con Moreno et al. (2013) y difiere con lo reportado por Soler et al. (2011) quien menciona que la mayor tendencia es en mujeres. En relación a los cuidadores principales al alta hospitalaria predominan las mujeres con mayores deficiencias, lo cual coincide con lo reportado por Soler et al. (2011). En el hogar no hay diferencia de acuerdo al sexo, sin embargo existe mayor tendencia en el hombre, estos resultados deben ser considerados con reserva debido a la poca cantidad de participantes a los que se les dio seguimiento.

## **Conclusiones**

Se identificó una alta proporción de pacientes en los que no se realizó la conciliación de medicamentos; sin embargo, fueron escasas las discrepancias no justificadas encontradas y éstas se asociaron en su mayoría a la omisión de medicamentos. Las deficiencias en el manejo de la medicación al alta hospitalaria y en el hogar se atribuyen al conocimiento de la medicación y al conocimiento de cómo obtener los medicamentos. Predominan las deficiencias de la medicación al alta hospitalaria en el cuidador principal, quien presentó un mayor índice de deficiencia en el manejo de la medicación al alta hospitalaria. En el hogar las deficiencias se incrementaron tanto en pacientes como cuidadores principales; sin embargo predominó el aumento de las deficiencias en los pacientes. La escolaridad del paciente se asoció con las deficiencias en la medicación al alta hospitalaria y en el hogar.

Los días de estancia se relacionaron con las deficiencias en la medicación en el hogar. En relación al cuidador principal se asociaron la polifarmacia y los días de estancia del paciente con las deficiencias en el manejo de la medicación al alta hospitalaria. No hay diferencia significativa de acuerdo al sexo del paciente con las deficiencias en la medicación al alta hospitalaria y en el hogar; sin embargo existe una mayor tendencia de deficiencias en los hombres. Respecto al sexo del cuidador principal, las mujeres tienen mayores deficiencias en relación al conocimiento de la medicación al alta hospitalaria. En el hogar no existe significancia estadística respecto al sexo; sin embargo, predominan los hombres con mayores deficiencias. Cabe destacar la escasa participación del profesional de enfermería como educador con el paciente y/o cuidador principal acerca del manejo de la medicación al alta hospitalaria.

## **Recomendaciones para la práctica**

Fortalecer el rol de educador en los profesionales de enfermería en relación con el manejo de la medicación, por ser una importante área de oportunidad identificada en

el estudio. Considerar fortalecer la educación en pacientes y cuidadores con edad avanzada, de baja escolaridad, con polifarmacia al alta hospitalaria y con una estancia prolongada por ser aspectos que de acuerdo a los resultados se relacionan con las deficiencias en el manejo de la medicación.

De acuerdo a los resultados del presente estudio, se recomienda contar con un programa de seguimiento al hogar que permita asegurar que el paciente está llevando su tratamiento farmacológico de manera adecuada, sobretodo en pacientes con patologías crónicas. Así mismo, se recomienda asegurar el apego a la conciliación de los medicamentos y su documentación en el expediente clínico como una medida que permite identificar discrepancias y evitar errores de medicación.

### **Recomendaciones para la investigación**

Desarrollar estudios de intervención que permitan fortalecer las competencias del profesional de enfermería en el manejo de la medicación.

Desarrollar estudios de intervención dirigidos a determinar la factibilidad y el efecto del seguimiento del paciente al hogar a través de llamadas telefónicas y visitas domiciliarias como medida para fortalecer el manejo de la medicación.

## Referencias

- Alfaro, E., Vega, M., Galván, M., Nieto, M., Pérez, C. & Santos, B. (2014). Metodología de conciliación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. *Elsevier*, 46(2), 89-99.
- Alonso, J., Llorente, B., Echegaray, M., Urbietta, M. & González, C. (2001). Reingreso hospitalario en medicina interna. *Revista Anales de Medicina. Interna*, 18(5), 248-254.
- Bishop, M., Cohen, B., Billings, L. & Tomas, E. (2015). Reducing errors through discharge medication reconciliation by pharmacy services. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 72(2), 20-26.
- Burns, N. & Grove, S. (2012). *Investigación en enfermería*. Madrid, España: Elsevier.
- Cohen, A. (1998). *Strategies in Learning and Using a Second Language*. California, Estados Unidos: Logman.
- Coleman, E., Parry, C., Chalmers, S. & Min, S. (2006). The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1822-1828.
- Consejo de Salubridad General, Modelo del CSG para la atención en salud con calidad y seguridad, estándares para certificar hospitales (2015). Recuperado de [http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/2aEdicion-EstandaresHospitales2015\\_SE.pdf](http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/2aEdicion-EstandaresHospitales2015_SE.pdf)
- Elashoff D, Dixon J, Crede M, Fotheringham N. nQuery Advisor, Version 4.0. 2000.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Resultados Nacionales (2012). Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Hammond, S. (2015). Staying home after discharge: nurse-led versus physician-led transitional care models. *Nurse Leader*, 13(3), 66-70.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1 de octubre)*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>
- Joint Commission International (2011). *Accreditation Guide for Hospitals*. Recuperado de [http://www.jointcommission.org/assets/1/6/accreditation\\_guide\\_hospitals\\_2011.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/accreditation_guide_hospitals_2011.pdf)
- Joint Commission International (2006). *Sentinel Event Alert*. Recuperado de [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA\\_35.PDF](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_35.PDF)
- López, C., Aquerreta, I., Faus, V. & Idoate, A. (2014). Conciliación de la medicación en el paciente crítico. *Elsevier*, 38(5), 283-287.
- Mármol, J. & Rodríguez, P. (2015). Estudio clínico de conciliación de la medicación al ingreso hospitalario en pacientes de las áreas de medicina interna y cirugía. *Ars Pharmaceutica*, 56(3), 141-148.
- Misky, G., Wald, H. & Coleman, E. (2010). Transiciones post-hospitalización: examinando los efectos de calendarizar el seguimiento del proveedor de atención primaria. *Journal of Hospital Medicine*. 5, 392-397.
- Moreno, M., Garza, L. & Interrial, M. (2013). Manejo de la medicación en el adulto mayor al alta hospitalaria. *Ciencia y enfermería XIX* (3), 11-20.
- Naylor, M., Aiken, L., Kurtzman, E., Olds, D. & Hirschman, K. (2011). The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs*, 30(4), 746-754.
- Núñez, A., Montiel, A., Martín, A., Torres, B., Lara, C. & González, J. (2013). Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Elsevier*, 46(5), 238-245.
- Organización Mundial de la Salud, Adherence to long-term therapies (2003). *The magnitude of the problema of the por adherence*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>

- Organización Mundial de la Salud, The safety of medicines in public health programmes: Pharmacovigilance an essential tool (2006). *Public health programmes using medicines*. Recuperado De [http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/safety\\_efficacy/Pharmacovigilance\\_B.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/Pharmacovigilance_B.pdf)
- Orwig D., Brandt, N. & Gruber, A. (2006). Medication management assessment for older adults in the community. *The Gerontologist*, 46(5), 661-668.
- Pérez, A., Gómez, R., Álvarez, F., García, J., Mediavilla, J. & Menéndez, E. (2012). Documento de consenso sobre el tratamiento al alta hospitalaria del paciente con hiperglucemia. *Elsevier* 138(5), 1-10.
- Rodríguez, M. (2016). Transición del cuidado hospitalario al cuidado ambulatorio. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23, 38-40.
- Romero, R., Nisizaki, S., Komasa, Y., Okasaki, J., Dellature, G., Rodríguez, A. & Fortanete, A. (2008). La polifarmacia en el adulto mayor. *Tendencias en Medicina*, 77-78.
- Roure, C. (2010). Conciliación de la medicación: una herramienta necesaria para garantizar la continuidad asistencial y mejorar la seguridad del paciente. *Generalitat de Catalunya Departament de Salut*, 22(4), 19-26.
- Sánchez, A., Gallardo, S., Pons, N., Murgadella, A., Campins, L. & Merino, R. (2011). Intervención farmacéutica al alta hospitalaria para reforzar la comprensión y cumplimiento del tratamiento farmacológico. *Elsevier* 36(2), 118-123.
- Secretaría de Salud (1987). Ley General de Salud y Códigos de México (16<sup>a</sup> ed.) Reglamento de la ley general de salud en materia en investigacion para la salud. México: Porrúa 422-429.
- Soler, E., Izuel, M., Villar, I., Real, J., Carrera, P. & Rabanaque, M. (2011). Calidad de la recogida de la medicación domiciliaria en urgencias: discrepancias en la conciliación. *Farmacia Hospitalaria*, 35(4), 165-171.
- Sommers, A. & Cunningham, P. (2011). Physician visits after hospital discharge:



implications for reducing readmissions. *Research Brief*, 6, 2-9.

Tixtha, E., Alba, A., Córdoba, M. & Campos, E. (2014). El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. *Enfermería Neurológica*, 13(1), 12-18.

Vítolo, F. (2012). Planificación de altas. Biblioteca Virtual Noble. Recuperado de [http://www.noble-arp.com/src/img\\_up/28122012.0.pdf](http://www.noble-arp.com/src/img_up/28122012.0.pdf)

Ziaecian, B., Araujo K., Van, P. & Horwits, L. (2012). Medication reconciliation accuracy and patient understanding of intended medication changes on hospital discharge. *Journal of General Internal Medicine*, 27(11), 1513-1520.

## **Apéndices**

## Apéndice A

### Carta de autorización



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO / Jefatura de Enfermería



#### A QUIEN CORRESPONDA PRESENTE.-

Por medio de la presente me permito informar que el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la UANL, no tiene ningún inconveniente en que el LIC. ASTRID DE ANDA VÁLDEZ inicie con la recolección de datos para el estudio de investigación **"Manejo de la Medicación al alta Hospitalaria en el Paciente con Enfermedad Crónica"**; en los departamentos de Medicina Interna I, II y III, Neurología, Pénsonistas, Cirugía AC y AB.

Extiendo la presente para fines y usos que los interesados convengan.

Atentamente  
"Alere Flammam Veritatis"  
Monterrey, N. L. a 03 de Febrero del 2017

MA. Ma. del Carmen González Nieto  
Jefe de Enfermería



JEFATURA DE ENFERMERÍA



Av. Francisco I. Madero Pte. s/n y Av. Gonzalitos, C.P. 64460  
Col. Mitras Centro, Monterrey, N.L., México.  
Tel. (81) 8389 1111 ext. 3126, 2126, 3337, Tel. (81) 8346 5642

## **Apéndice B**

### **Consentimiento informado**

**Título del proyecto:**

Manejo de la medicación al alta hospitalaria en el paciente con enfermedad crónica.

**Introducción:**

Estamos interesados en identificar el conocimiento que tiene el paciente o cuidador principal en el manejo de la medicación al alta hospitalaria y la que lleva en el hogar. El manejo de la medicación es el conocimiento que tiene el paciente acerca de los medicamentos que le fueron indicados, cómo administrarlos y cómo obtenerlos. El presente estudio se realiza como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería de la Lic. Astrid de Anda Valdez, por lo que le estamos invitando a participar en esta investigación. Si Usted acepta participar le solicitaremos dar respuesta a las preguntas de los cuestionarios antes de su egreso hospitalario en el momento que se encuentre disponible, así como también se le contactará ocho días posteriores al alta hospitalaria en el horario de su preferencia para responder a otro cuestionario. Antes de decidir si desea o no participar, necesita conocer el propósito del estudio, cuáles son los riesgos y lo que debe hacer después de dar su consentimiento para participar. Si Usted decide participar, le pediremos que firme esta forma de consentimiento.

**Propósito del estudio:**

El estudio pretende identificar el conocimiento que tiene el participante acerca de la medicación del paciente al alta hospitalaria y la que lleva en el hogar. Se espera que los resultados del estudio aporten información que servirá para desarrollar programas de alta hospitalaria en donde enfermería participe en la orientación al paciente.

**Descripción del estudio / procedimiento:**

Si Usted acepta participar en el estudio le pediremos que firme esta forma de consentimiento informado. Los cuestionarios serán aplicados dentro del hospital antes de su egreso en algún momento que tenga disponible sin afectar en el proceso del alta hospitalaria, se le protegerá cuidando en todo momento su privacidad, no identificándole por su nombre, ni dirección. Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y en caso de que desee dejar de participar, obtendrá la plena seguridad de que no tendrá ningún problema con su servicio médico. El tiempo estimado para el llenado de los cuestionarios es de aproximadamente 20 minutos.

**Riesgos e inquietudes:**

No existen riesgos serios relacionados con su participación en el estudio. Sin embargo, si se siente incómodo o indispuesto o no desea seguir hablando de estos temas puede retirarse y volver si así lo desea cuando se sienta cómodo para continuar, cabe mencionar que también en el momento que Usted lo decida puede retirarse y si así lo desea ya no regresar.

**Beneficios:**

No existe ningún beneficio personal al participar en el estudio; sin embargo, los resultados podrán utilizarse para mejorar el desarrollo de programas en donde enfermería participe en la orientación que se le brinda al paciente al alta hospitalaria.

**Alternativas:**

La alternativa con respecto a este estudio es aceptar o rechazar su participación.

**Costos:**

No existe costo para Usted al participar en el estudio.

**Autorización para el uso y distribución de la información para la investigación:**

La decisión de participar en este estudio es totalmente voluntaria, la información que proporcione es confidencial, solamente el autor del estudio y Usted tendrán acceso a ella, sus respuestas no serán reveladas ya que en el cuestionario a responder no se

solicita su nombre o dirección. Si los resultados de la investigación fuesen publicados o discutidos en alguna conferencia, ninguna información podrá ser relacionada con su persona. Recuerde que los cuestionarios que Usted conteste son anónimos y la información es confidencial, por lo cual ninguna autoridad del hospital tendrá acceso a la información proporcionada. La información será resguardada por el autor del estudio durante 12 meses al término del cual se procederá a la eliminación de las encuestas.

**Derecho a retractar:**

Su participación es voluntaria, la opción de participar o no, de ninguna manera afectará su atención médica actual o futura, si en cualquier momento decide no participar no se afectará esa atención.

**Dudas:**

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante de este estudio por favor contáctese con el responsable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), el cual puede ser localizado en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UANL, en Avenida Gonzalitos No. 1500, Colonia Mitras Centro o al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9:00 a 14:00 horas.

**Consentimiento**

Yo acepto participar voluntariamente en esta investigación y que se colecte información sobre mi persona. He sido informado acerca del estudio y todas mis preguntas han sido respondidas. Aunque acepto participar en este estudio no estoy renunciando a ningún derecho.

---

Firma del participante

---

Firma testigo 1

---

Firma testigo 2

---

Firma del investigador

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Apéndice C**  
**Cédula de datos del participante**

Clave: _____
--------------

**I. Datos de identificación**

Sexo:  Masculino       Femenino

Edad \_\_\_\_\_ (años)

Escolaridad \_\_\_\_\_ (años)      Días de estancia \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico \_\_\_\_\_

Número de medicamentos prescritos al alta hospitalaria \_\_\_\_\_

¿Usted es responsable del manejo de su medicación?     Si       No

¿Recibe apoyo en el manejo de la medicación?           Si       No

En caso de responder afirmativamente, especifique de quién \_\_\_\_\_

Sexo del cuidador:  Masculino     Femenino

Edad del cuidador \_\_\_\_\_ (años)      Escolaridad del cuidador \_\_\_\_\_ (años)

¿Cuenta con algún número telefónico para contactarlo?     Si       No

¿Dónde lleva el control para el manejo del padecimiento crónico? \_\_\_\_\_

**II. Información respecto a la medicación**

¿Al ingreso del paciente se registró en el expediente clínico la conciliación de la medicación?     Si       No

Medicación previa al ingreso hospitalario referida por el paciente y/o cuidador				
Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Vía de administración	Duración del tratamiento

¿Se identificaron discrepancias entre lo referido por el paciente y/o cuidador con lo registrado en el expediente clínico?     Si       No

En caso de responder afirmativamente, escriba en el recuadro siguiente el nombre del medicamento en donde se identifica la discrepancia y marque con una “x” el motivo por el cuál fue generada.

Nombre del medicamento:		Nombre del medicamento:		Nombre del medicamento:	
Se identificó la discrepancia en:		Se identificó la discrepancia en:		Se identificó la discrepancia en:	
Omisión del medicamento		Omisión del medicamento		Omisión del medicamento	
Duplicación		Duplicación		Duplicación	
Dosis		Dosis		Dosis	
Frecuencia		Frecuencia		Frecuencia	
Vía de administración		Vía de administración		Vía de administración	
Duración del tratamiento		Duración del tratamiento		Duración del tratamiento	

Medicación prescrita al alta hospitalaria				
Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Vía de administración	Duración del tratamiento



¿Se identificaron discrepancias entre lo prescrito con lo que tomaba previo a su ingreso hospitalario?  Si  No

En caso de responder afirmativamente, escriba en el recuadro siguiente el nombre del medicamento en donde se identifica la discrepancia y marque con una “x” el motivo por el cuál fue generada.

Nombre del medicamento:		Nombre del medicamento:		Nombre del medicamento:	
Se identificó la discrepancia en:		Se identificó la discrepancia en:		Se identificó la discrepancia en:	
Omisión del medicamento		Omisión del medicamento		Omisión del medicamento	
Duplicación		Duplicación		Duplicación	
Dosis		Dosis		Dosis	
Frecuencia		Frecuencia		Frecuencia	
Vía de administración		Vía de administración		Vía de administración	
Duración del tratamiento		Duración del tratamiento		Duración del tratamiento	

Personal que le brindó educación sobre la medicación al alta hospitalaria

Médico  Enfermera  Nadie me proporcionó información

**Apéndice D**  
**Instrumento MedMaiDE al alta hospitalaria**

Instrumento para identificar deficiencias en el manejo de la medicación al alta hospitalaria (MedMaiDE)

Registre:

I.- Lo que el paciente y/o cuidador conoce acerca de los medicamentos

Que la persona:

	Reactivos	Si	No
**1	Mencione todos los medicamentos que toma diariamente, incluyendo medicamentos recetados y no recetados (ejemplo: leche de magnesia, suplementos nutricionales, hierbas y vitaminas)		
**2	Mencione la hora del día en que se debe tomar cada medicamento		
**3	Mencione cómo se deben tomar (por boca, con agua, sobre la piel, etc.)		
**4	Mencione el motivo por el cual está tomando cada medicamento		
**5	Mencione la cantidad de cada uno de los medicamentos que toma durante el día		
6	¿Le ayuda alguien con la administración de sus medicamentos? En caso de recibir ayuda mencione quién se la proporciona: _____		
7	¿Qué otro medicamento tiene disponibles en el hogar y utiliza ocasionalmente, aunque no los tenga indicados (gotas oculares, cremas, lociones o sprays nasales)? Especifique cuáles: _____		

## II.- Si el paciente y/o cuidador conoce cómo tomar los medicamentos

Que la persona:

	Reactivos	Si	No
**1	Demuestre llenando un vaso con agua		
**2	Retire la tapa del medicamento (frasco, aerosol, empaque, pastillero, etc.)		
**3	Mencione el número de pastillas que toma para su dosis indicada		
**4	Mencione cómo se administra el medicamento (coloca el medicamento en la mano y después en la boca; coloca con la mano las gotas oculares; toma con su mano el inhalador; prepara su insulina; o se coloca el parche tópico)		
**5	Indique la cantidad de agua que toma para pasar el medicamento		
6	Explique cómo guarda los medicamentos. En qué lugar de la casa: _____		

## III.- Si el paciente y/o cuidador conoce cómo obtener los medicamentos

Que la persona responda lo siguiente:

	Reactivos	Si	No
**1	¿Le explicaron si debe resurtir el medicamento?		
**2	¿Conoce cómo debe o donde resurtir el medicamento?		
**3	Cuenta con recursos económicos para resurtir su medicamento (puede trasladarse a la farmacia, la familia lo recoge, puede comprar el medicamento, etc.) Especifique: _____		
4	Después de que le resurten su medicamento ¿revisa antes de tomarlo que sea el mismo que estaba tomando antes?		
5	¿Tiene una receta o guía para tomar sus medicamentos? Especifique que tipo: _____		

**6	¿Hay medicamentos que necesita y que no puede obtener? Si la respuesta es sí, explique: _____		
	**La respuesta negativa se cuenta como 1 en la Puntuación de deficiencia		
	Puntuación Total de Deficiencia: _____ (Sume las puntuaciones de deficiencias; máxima puntuación = 14)		

## Apéndice E

### Instrumento MedMaiDE en el hogar

Instrumento para identificar deficiencias en el manejo de la medicación al alta hospitalaria (MedMaiDE)

Registre:

I.- Lo que el paciente y/o cuidador conoce acerca de los medicamentos

Que la persona:

	Reactivos	Si	No	Observaciones
**1	Mencione todos los medicamentos que toma diariamente, incluyendo medicamentos recetados y no recetados (ej.: leche de magnesia, suplementos nutricionales, hierbas y vitaminas)			
**2	Mencione la hora del día en que se debe tomar cada medicamento			
**3	Mencione cómo se deben tomar (por boca, con agua, sobre la piel, etc)			
**4	Mencione el motivo por el cual está tomando cada medicamento			
**5	Mencione la cantidad de cada uno de los medicamentos que toma durante el día			
6	¿Le ayuda alguien con la administración de sus medicamentos? En caso de recibir ayuda mencione quién se la proporciona: _____			
7	¿Qué otros medicamentos tienen disponibles en el hogar y utiliza ocasionalmente, aunque no los tenga indicados (gotas oculares, cremas, lociones o sprays nasales)? Especifique cuáles: _____			

II.- Si el paciente y/o cuidador conoce cómo tomar los medicamentos

Que la persona:

	Reactivos	Si	No	Observaciones
**1	Puede llenar un vaso con agua para tomar sus medicamentos			
**2	Sabe cómo retirar la tapa del medicamento (frasco, aerosol, empaque, pastillero, etc.)			
**3	Mencione el número de pastillas que toma para su dosis indicada			
**4	Mencione cómo se administra el medicamento (coloca el medicamento en la mano y después en la boca; coloca con la mano las gotas oculares; toma con su mano el inhalador; prepara su insulina; o se coloca el parche tópico)			
**5	Indique la cantidad de agua que toma para pasar el medicamento			
6	Explique cómo guarda los medicamentos. En qué lugar de la casa: _____			

III.- Si el paciente conoce cómo obtener sus medicamentos

Que la persona responda lo siguiente:

	Reactivos	Si	No	Observaciones
**1	¿Le explicaron si debe resurtir el medicamento?			
**2	¿Conoce cómo debe o donde resurtir el medicamento?			
**3	Cuenta con recursos económicos para resurtir su medicamento (puede trasladarse a la farmacia, la familia lo recoge, puede comprar el medicamento, etc.) Especifique: _____			

4	Después de que le resurten su medicamento ¿revisa antes de tomarlo que sea el mismo que estaba tomando antes?			
5	¿Tiene una receta o guía para tomar sus medicamentos? Especifique que tipo: _____			
**6	¿Hay medicamentos que necesita y que no puede obtener? Si la respuesta es sí, explique: _____			
	**La respuesta negativa se cuenta como 1 en la Puntuación de deficiencia			
	Puntuación Total de Deficiencia: _____ (Sume las puntuaciones de deficiencias; máxima puntuación = 14)			

¿Se ha enfrentado a problemas en relación al manejo de medicamentos en su hogar?, en caso de responder afirmativamente, menciónelos:

---



---

Posterior al egreso hospitalario, ¿ha requerido atención médica relacionada a su problema de salud?

---



---

## **Resumen Autobiográfico**

Lic. Astrid de Anda Valdez

Candidato a obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

**Título:** Manejo de la medicación al alta hospitalaria en el paciente con enfermedad crónica.

**LGAC:** Gestión de Calidad en Salud

**Biografía:** Nacida en Monterrey, Nuevo León, el día 23 de noviembre de 1992, hija del Sr. Arturo de Anda Guel y la Sra. Alma Deyanira Valdez García.

**Educación:** Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con el grado de Licenciatura en Enfermería en el año 2014.

**Experiencia Profesional:** Enfermera General del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” (2014-2016), actualmente Enfermera General del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correo Electrónico: astrid.deanda@hotmail.com