

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

La evidencia científica muestra que la conciliación de la medicación es un proceso que contribuye de forma eficiente a disminuir los errores de medicación que se producen durante las transiciones asistenciales y a aumentar la seguridad del paciente. La implantación de programas de conciliación de la medicación requiere la implicación de todos los profesionales sanitarios e incluso de los propios pacientes, y esto comienza, en primer lugar, por adquirir una cultura de seguridad.

“Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia”.
Santiago Ramón y Cajal (1852-1934). Premio Nobel de Fisiología y Medicina, 1906.

1. CONCEPTOS GENERALES

Sánchez Serrano JL, Lara García-Escribano S, González Zarca M^a T, Muñoz Carreras MI.
S.º de Farmacia de la Gerencia de Atención Primaria Mancha-Centro.

INTRODUCCIÓN

La utilización de medicamentos es un proceso complejo que, junto a los pacientes, implica varios profesionales sanitarios, este proceso puede dar lugar a errores, denominados errores de medicación (EM), que son una de las principales causas de morbi-mortalidad de los pacientes.

Diversos estudios demuestran que la mitad de los EM se producen en procesos relacionados con la transición asistencial y con cambios en el responsable del paciente¹. También ponen en evidencia las discrepancias que se producen entre los medicamentos que realmente toma el paciente con la lista de medicación prescrita antes y después de una asistencia sanitaria. Si estos errores se mantienen, pueden afectar a la efectividad del tratamiento y a la seguridad del paciente.

Con los estudios realizados hasta la fecha, se constata la necesidad de establecer métodos para minimizar estos errores, como es la Conciliación de la Medicación (CM), que se define como el proceso formal y protocolizado de comparación y resolución de las posibles discrepancias del listado, completo y exacto, de la medicación previa del paciente, conjuntamente con la prescripción farmacoterapéutica después de la transición asistencial².

Pero la CM no es estrictamente comprobar que la prescripción necesaria del paciente se mantiene correctamente durante el cambio asistencial, sino que se debe valorar la concordancia de la medicación crónica y la prescrita en el momento de la asistencia sanitaria de forma conjunta, por lo que también se consideran discrepancias las duplicidades o interacciones que se producen entre el tratamiento cróni-

co y el tratamiento de la asistencia sanitaria en curso. Si se encuentran discrepancias, duplicidades o interacciones entre el tratamiento crónico del paciente y el que está recibiendo en ese momento, lo que se conoce como errores de conciliación (EC), se deben comunicar y discutir con el médico y, si procede, modificar la prescripción médica. Los EC pueden ocurrir cuando se registran, en la historia clínica del paciente, los medicamentos que el paciente está tomando, y los datos farmacoterapéuticos de la asistencia sanitaria en curso; tanto en el momento del ingreso y alta hospitalaria, como en cualquier momento, de la transición asistencial, en el que se prescriben medicamentos al paciente³; por lo que estos, son los momentos adecuados para desarrollar procedimientos de CM.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) asegura que los EC comprometen la seguridad de la medicación, por ello incluyó la obligatoriedad, para todas las organizaciones sanitarias que quieran ser acreditadas por este organismo, de establecer procedimientos que garanticen la CM, de forma exacta y completa, como punto clave para reducir los efectos adversos en los cambios de responsable de un determinado paciente⁴.

La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), en su documento 2020: Hacia el futuro con seguridad, incorpora entre sus objetivos estratégicos la existencia en el 80% de hospitales de procedimientos normalizados de la CM habitual del paciente, en el momento del ingreso y del alta⁵.

Los estudios realizados en nuestro país en relación con la seguridad del paciente, tanto en los hospitales [Estudio Español de Efectos Adversos⁶ (ENEAS)], como en atención primaria [Estudio sobre Seguridad de los Pacientes en

Atención Primaria de Salud⁷ (APEAS)], sitúan a los medicamentos como la causa más frecuente de efectos adversos relacionados con la atención sanitaria, siendo los EC uno de los principales motivos. El estudio ENEAS estableció que, del total de eventos adversos, un 20,6% ocurrieron durante el período de prehospitalización, siendo el uso del medicamento la principal causa con un 34,8% de los afectados. El estudio APEAS reveló, además, una prevalencia de eventos adversos del 11,18%, en los que el 47% estaba relacionado con la medicación.

Tabla 1. Definiciones clave⁸.

Errores de medicación (EM)
Errores en la prescripción, dispensación o administración de medicamentos con el resultado de que el paciente no recibe el medicamento correcto o la dosis indicada de medicamentos adecuados.
Conciliación de la medicación (CM)
Es el proceso formal de valorar el listado completo y exacto de la medicación previa del paciente, conjuntamente con la prescripción farmacoterapéutica después de la transición asistencial.
Listado de medicamentos (LM)
Un listado completo es aquél que contenga toda la información sobre dosis, vía de administración, posología y duración por cada medicamento de los que componen el tratamiento. Un listado correcto es aquél en el que no existen discrepancias en el nombre, dosis y frecuencia entre ésta y la medicación que realmente toma el paciente en ese momento. Un listado exacto es aquél que es completo y correcto y, por tanto, no presenta errores.
Error de conciliación (EC)
Toda discrepancia entre el tratamiento previo y el posterior que no es justificada por el médico.

OBJETIVOS DE LA CONCILIACIÓN

El objetivo del proceso de la CM es detectar y corregir los posibles EM que habrían podido pasar inadvertidos. Con esto, conseguiremos una mayor aproximación a los pacientes, facilitar el proceso de conciliación para los profesionales sanitarios, minimizar la oportunidad de interacciones y de duplicidad terapéutica y asegurar la obtención de la medicación habitual para iniciar el proceso de prescripción farmacológica.

El propósito de establecer procedimientos de CM es mejorar la calidad farmacoterapéutica que recibe el paciente y disminuir la posibilidad de que se produzcan EM.

La CM debe ser un objetivo y una responsabilidad compartida por todos los profesionales sanitarios (médicos de atención primaria y especializada, personal de enfermería y farmacéuticos), incorporándoles a todas las actividades que se realizan diariamente.

DIFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Algunos estudios demuestran que la CM ha sido un punto débil en nuestra atención sanitaria, debido a la dificultad de acceso a la historia farmacoterapéutica del paciente con la que cuentan los diferentes profesionales sanitarios, así como a la facilidad con la que se pueden producir errores de transcripción e interpretación de esta información.

En España, las primeras experiencias de CM han sido realizadas a través de iniciativas individuales. Éstas han consistido generalmente en la incorporación de la CM al conjunto de actividades propias del Servicio de Farmacia. Actualmente, no existe ninguna experiencia de que se haya implantado la CM en el proceso asistencial para la totalidad de los pacientes asistidos.

CAUSAS DE LOS ERRORES DE CONCILIACIÓN

Los EC son frecuentes, pero evitables. La implementación de programas de conciliación es una necesidad y estándar de calidad en los centros sanitarios⁹.

Varias son las causas de estos errores, aunque podemos citar las más frecuentes:

- Participación de múltiples profesionales sanitarios en el tratamiento de un mismo enfermo. Existen cada vez más pacientes, crónicos, con pluripatologías y polimedicación, obligados a recibir atención sanitaria por distintos profesionales y por distintos niveles asistenciales.

- Falta de registros únicos de salud. No existen registros de salud uniformes y compartidos. La prescripción requiere, por otra parte, múltiples transcripciones de la información, y es fácil que se produzcan errores de transcripción o de interpretación.

La historia clínica informatizada y única para atención primaria y atención especializada de cada paciente podría evitar muchos de estos errores.

- Condicionantes derivados de la situación de urgencia. El ingreso a través de las urgencias de un centro sanitario presenta varios obstáculos para hacer una historia farmacoterapéutica completa. El médico en urgencias trabaja en un ambiente de interrupciones continuas y con mucha frecuencia la toma de decisiones es rápida y dirigida a solventar un cuadro agudo concreto.

- Adaptación a la guía farmacoterapéutica del hospital, es en principio un elemento de seguridad, ya que normalmente los medicamentos aprobados en los hospitales son los que mejor perfil de seguridad, eficacia y eficiencia presentan, pero implica modificación de medicamentos, dosis y pautas, que si no se encuentran bien estandarizadas implican un riesgo de error¹⁰.

- Características de la estancia hospitalaria. Existe una tendencia a hacer cada vez más breve la estancia hospitalaria por lo que el paciente se encuentra, cuando abandona el centro sanitario, en una situación más crítica¹¹ y compleja, además de con más medicación.

CLASIFICACIÓN DE LAS DISCREPANCIAS: TIPO Y GRAVEDAD

La variedad de discrepancias que señalan los estudios sobre el tema son coincidentes, en la Tabla 2 se muestran los tipos de discrepancias en la conciliación.

Una vez detectadas, las discrepancias que requieren aclaración deben ser comunicadas al médico responsable del paciente. Si, a pesar de haber sido informado de la existencia de una discrepancia, se mantiene la prescripción inicial, se habla de *discrepancia intencionada*. Por el contrario, si se asume que se trata de un error y se corrige la prescripción, se habla de *discrepancia no intencionada* o *EC*¹².

Respecto a los EC, los distintos autores realizan la evaluación de la gravedad utilizando la categorización de gravedad de los EM de The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention's (NCCMERP's)¹³ que la clasifica en: 1) sin daño potencial, 2) requiere monitorización o intervención para prevenir el daño y 3) con daño potencial (Tabla 3).

Tabla 2. Tipos de discrepancias en la conciliación⁸

0. No discrepancia.
<ul style="list-style-type: none"> Inicio de medicación justificada para la situación clínica del paciente.
1. Discrepancia justificada.
<ul style="list-style-type: none"> Decisión médica de no prescribir un medicamento o cambiar su dosis, frecuencia o vía de administración, teniendo en cuenta la nueva situación clínica del paciente. Sustitución terapéutica según la guía fármaco-terapéutica del hospital y los programas de intercambio terapéutico.
2. Discrepancia que requiere aclaración.
<ul style="list-style-type: none"> Omisión: no se prescribe un medicamento que el paciente necesita, sin que se justifique adecuadamente. Comisión: se administra un medicamento innecesario, que el paciente no tomaba previamente. Cambio en la dosis, frecuencia o vía de administración de un medicamento que tomaba previamente, sin justificar esta modificación. Duplicidad: se vuelve a pautar un fármaco o similar que tenía prescrito el paciente. Interacción entre la medicación que se toma de forma crónica y la actual. Mantenimiento de una medicación en una situación que está contraindicada. Por prescripción incompleta: información inadecuada respecto a dosis, vía o frecuencia de administración del tratamiento crónico.

Tabla 3. Clasificación de la gravedad de los errores de conciliación

Sin daño potencial.
<ul style="list-style-type: none"> Categoría A: no hay error, pero es posible que se produzca. Categoría B: error que no alcanza al paciente, no causa daño. Categoría C: error que alcanza al paciente, pero no es probable que cause daño.
Requiere monitorización o intervención para prevenir el daño.
<ul style="list-style-type: none"> Categoría D: error que alcanza al paciente y habría necesitado monitorización y/o intervención para evitar el daño.
Daño potencial.
<ul style="list-style-type: none"> Categoría E: error que hubiera causado daño temporal. Categoría F: error que hubiera causado daño que requeriría hospitalización o prolongación de la estancia. Categoría G: error que hubiera causado daño permanente. Categoría H: error que hubiera requerido soporte vital. Categoría I: error que hubiera resultado mortal.

FUENTES DE INFORMACIÓN

La CM se debe realizar mediante un procedimiento normalizado y en un registro que permita trabajar de forma sistemática. En cualquier modelo¹² que se utilice, se debe obtener la siguiente información:

- Listado completo de medicamentos, dosis, pauta y última dosis administrada.

- Listado de hábitos de automedicación y medicamentos sin receta para síntomas menores.

- Plantas medicinales y otros productos.

- Historia de alergias y tipo de reacción, intolerancias medicamentosas o interrupciones previas de tratamiento por efectos secundarios.

- Adherencia y cumplimiento al tratamiento crónico prescrito.

Esta información se puede recopilar de diferentes fuentes:

Historia clínica.

Es la fuente que debe utilizarse como referencia en primer lugar ya que resulta imprescindible para conocer la situación

clínica del paciente y preparar de manera adecuada la entrevista clínica. Se debe valorar tanto la evolución clínica descrita por el médico como la evolución de enfermería.

Datos de prescripción.

La prescripción electrónica, mejora la calidad del proceso de prescripción-dispensación-administración, creando una base de datos informatizada que debe ser accesible para los distintos profesionales implicados en el proceso. Esta información puede no reflejar exactamente todo lo que toma el paciente, pero sí lo que el paciente tiene prescrito y orienta sobre las necesidades farmacológicas.

Entrevista clínica con el paciente o sus familiares

Es el elemento clave para la evaluación y la confirmación de la información obtenida de las fuentes anteriormente citadas, referente a los medicamentos y otros productos que está tomando.

La entrevista clínica sirve para evitar duplicidades terapéuticas e interacciones, para evitar cambios injustificados de dosis, vía de administración y pauta, así como para asegurar que ningún medicamento necesario es omitido y que no se prescribe ningún medicamento que no sea necesario durante su asistencia sanitaria.

ESTUDIOS DE CONCILIACIÓN

Los estudios existentes sobre discrepancias de conciliación se han realizado en diversos países y versan principalmente sobre discrepancias en el momento del ingreso hospitalario.

Tabla 4. Incidencia de errores de conciliación de la medicación¹²

Estudio	Número de pacientes	% Pacientes con discrepancias no justificadas de medicación	% Omisiones
Cornish 2005 ¹⁴	151	54	46
Gleason 2004 ¹⁵	204	54	42
Lessard 2006 ¹⁶	63	65	57
Kwan 2007 ¹⁷	237	40	46
Vira 2006 ¹⁸	60	60	59
Lizer 2007 ¹⁹	54	80	-
Delgado 2009 ²⁰	603	53	58
Roure 2008 ²¹	1.058	78	83
Hernández 2008 ²²	434	35	-
Arroyo 2008 ²³	177	35	-

En la tabla 4 se observa, respecto al tipo de error, que el porcentaje de discrepancias no justificadas de medicación varía desde el 35 al 80%, siendo el error más frecuente la omisión de medicamentos (42-83%).

En algunos de estos estudios se ve reflejado que el porcentaje de pacientes con EC al ingreso hospitalario varía de un 26,9 a un 65%^{14,15} y afectan hasta a un 70% de medicamentos.

Los estudios realizados en el momento del alta hospitalaria muestran que hasta un 60,1% de los medicamentos prescritos conllevan EC¹⁶.

En cuanto a variables clínicas de estos datos, se han estudiado los efectos secundarios ocasionados por modificaciones de tratamiento de 87 pacientes que originaron 111 ingresos hospitalarios, y se halló que se produjeron 14 efectos adversos atribuibles a cambios de medicación²⁴.

Respecto a la gravedad de estos EC, los estudios muestran que la mayoría no habría causado daño, pero algunos estudios indican que hasta un 26% de los casos requirió monitorización del paciente y un 5,7% causó un daño importante o deterioro clínico¹⁴.

Dadas estas evidencias, el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) británico, en su guía para la seguridad del paciente, recomienda que las organizaciones de asistencia sanitaria pongan en marcha políticas para la CM²⁵.

Algunos autores han señalado que, en los procesos de CM, los farmacéuticos ejercen un papel relevante a la hora de detectar los EC²⁶.

ESTRATEGIAS PARA EVITAR LOS ERRORES DE CONCILIACIÓN

La verificación del profesional con el paciente de la lista completa y correcta de la medicación que toma realmente, y la correspondiente actualización de su registro en la historia clínica, son elementos esenciales para asegurar la coherencia con la nueva medicación que se le prescribe. Las discrepancias

de medicación no detectadas pueden ser una de las causas que motivan el actual problema de salud del paciente, o bien pueden conducir a la aparición de errores asociados a la medicación en el futuro. Esto podría derivar en una iatrogenesis evitable al paciente y un consumo innecesario de recursos del sistema.

Los profesionales sanitarios deberíamos concienciar y educar a los pacientes de la importancia de mantener actualizada la información referente a su medicación, ya que muchas veces en los registros de medicación se mantienen activos tratamientos que el enfermo ha dejado de tomar.

Las acciones de mejora con un mayor impacto sobre la seguridad de los pacientes se deben orientar hacia:

- Mejora de la calidad de los registros de medicación activa de los pacientes. Para lograr este objetivo será necesario implicar a los pacientes en el proceso de CM.
- Disponer de registros sanitarios electrónicos compartidos y accesibles por parte de todos los proveedores sanitarios públicos y privados y mejorar la interoperabilidad de los sistemas de información de atención primaria y de los hospitales.
- Impulsar la CM en el ingreso y alta hospitalaria, así como en las transiciones asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rozich JD, Rezar RK. Medication safety: one organization's approach to the challenge. *J Clin Outcomes Manag.* 2001;8(10):27-34.
2. Rogers G, Alper E, Brunelle D, Federico F, Fenn CA, Leape LL, et al. Reconciling medications at admission: safe practice recommendations and implementation strategies. *Jt Comm J J Qual Patient Saf.* 2006; 32:37-50.
3. Duguid M. The importance of medication reconciliation for patients and practitioners. *Aust Prescr* 2012;35:15-9.
4. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO. Comprehensive accreditation manual for hospitals (CAMH): The official Handbook. Oakbrook terrace: Joint Commission Resources; 2006.
5. SEFH. 2020 Hacia el futuro con seguridad , 2008. Disponible en: <http://sefh.es/sefhpdfs/2020ConsultaPublica.pdf>.
6. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS 2005). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
7. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
8. Bravo Toledo R, Caballero Encinar N. Conciliación de la medicación en el paciente polimedcado. En Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A , Polimedcación y salud: estrategias para la adecuación terapéutica. 2011;9: 187-208.
9. Roure C, Aznar T, Delgado O, Fuster L, Villar I. Grupo coordinador del grupo de trabajo de la SEFH de conciliación de la medicación. Documento de consenso en terminología y clasificación de los programas de conciliación de la medicación. Ediciones Mayo. Barcelona, 2009.
10. Pickrell L, Duggan C, Dhillon S. From hospital admission to discharge: an exploratory study to evaluate seamless care. *The Pharmaceutical Journal* 2001; 267:650-3.
11. Foster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med.* 2003;138:161-7.
12. Roure Nunez C. Conciliación de la medicación: Una herramienta necesaria para garantizar la continuidad asistencial y mejorar la seguridad del paciente. *Butlletí d'informació terapèutica.* Vol. 22, núm. 4. 2010.
13. The National Coordinating Council for Medication Errors Reporting and Prevention (NCCMERP). NCCMERP Index for Categorizing Medication Error (citado 17-oct-2011) Disponible : URL://www.nccmerp.org/medErrorCatIndex.htm.
14. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at time of hospital admission. *Arch Intern Med.* 2005;165:424-9.
15. Gleason KM, Groszek JM, Sullivan C, Rooney D, Barnard C, Noskin GA. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *Am J Health Syst Pharm.* 2004;61:1689-95.
16. Lessard S, DeYoung J, Vazzana N. Medication discrepancies affecting senior patients at hospital admission. *Am J Health Syst Pharm.* 2006;63:740-3.
17. Kwan Y, Fernandes OA, Nagge JJ, Wong GG, Huh JH, Hurn DA, et al. Pharmacist medication assessments in a surgical preadmission clinic. *Arch Interno Med* 2007 28 mayo;167(10):1034-40.
18. Vira T, Colquhoun M, EtcHELLS E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care* 2006;15(2):122-6.
19. Lizer MH, Brackbill ML. Medication history reconciliation by pharmacists in an inpatient behavioural health unit. *Am J Health Syst Pharm* 2007;64(10):1087-91.
20. Delgado Sánchez O, Anoz Jiménez L, Serrano Fábila A, Nicolas Picó J. Conciliación de La medicación. *Med Clinic (Barc).* 2007; 129:343-8.
21. Roure C, Casasín T, Martínez E, Masip M, Domínguez, González et al. Intervención del farmacéutico en la mejora del manejo perioperatorio de la medicación habitual de los pacientes quirúrgicos. *Circular farmacéutica* 2007.
22. Hernández Prats C, Mira Carrio A, Arroyo Domingo E, Díaz Castellano M, Andreu Giménez L, Sánchez Casado MÍ. Conciliation discrepancies at hospital discharge. *Aten Primaria* 2008;40(12):597-601.
23. Arroyo Domingo E. Transición entre niveles asistenciales: puntos críticos de actuación farmacéutica para conciliar la medicación de los pacientes. *Farm Hosp* 2008;192:52-8.
24. Boockvar K, Fishman E, Kyriacou CK, Monias A, Gavi S, Cortes T. Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes in patients transferred between acute and long-term care facilities. *Arch Intern Med.* 2004;164:545-50.
25. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to Hospital. 2007 Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PSG001GuidanceWord.doc>.
26. Pronovost P, Weast B, Schwarz M, Wyskiel RM, Prow D, Milanovich SN, et al. Medication reconciliation: a practical tool to reduce the risk of medication errors. *J Crit Care* 2003;18:201-5.

2. DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Martí Gil C, Mulet Alberola A, Barreda Hernández D. Servicio de Farmacia Hospitalaria . Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

Hervás Laguna MJ. Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

El famoso aforismo hipocrático “*primum non nocere*” ha guiado la práctica clínica durante el devenir de los tiempos, haciendo referencia a uno de los principios bioéticos que todos los profesionales sanitarios debemos respetar.

Así pues, desde épocas inmemoriales ya existía cierta conciencia sobre seguridad del paciente, pero no será hasta finales del s. XX, tras la publicación del conocido informe “*To Err is Human: Building a Safer Health System*”¹, en el que se alertó de los posibles daños inherentes a la asistencia sanitaria, cuando se iniciara realmente el movimiento acerca de la seguridad del paciente.

Tal y como hemos podido leer en la primera parte del presente boletín, la evidencia científica ha mostrado que la conciliación de la medicación (CM) es un proceso que contribuye de forma eficiente a disminuir los errores de medicación (EM) que ocurren durante las transiciones asistenciales y a aumentar la seguridad del paciente; además, es una oportunidad para que el farmacéutico se incorpore al equipo asistencial y desarrolle el fin de la Atención Farmacéutica².

EXPERIENCIAS PIONERAS

Ha pasado ya una década desde que la enfermera Jane Justensen y su equipo del Hospital Luther Midelfort-Mayo Health System en Wisconsin lideraran un proyecto en el que diseñaron una serie de herramientas para crear, actualizar y conciliar el listado de medicación habitual de los pacientes hospitalizados desde el ingreso hasta el alta³. Desde entonces hasta ahora, numerosas instituciones y organizaciones internacionales líderes en calidad y seguridad del paciente han resaltado la necesidad de incorporar procedimientos que aseguren una adecuada CM en los centros sanitarios⁴⁻⁷.

Ahora bien, tendrán que pasar varios años, hasta que aparezcan las primeras experiencias españolas. En 2007, la realidad en nuestro país era bien distinta. El “Estudio de evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles”⁸, llevado a cabo por la delegación española del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, reflejaba una baja puntuación de los ítems relacionados con la CM. En concreto, el establecimiento de procedimientos de CM al ingreso y al alta presentó un 28,1% del máximo valor posible. Si tenemos que nombrar algún referente, podríamos decir que farmacéuticos de Baleares y de Cataluña fueron los primeros en implementar políticas de CM.

En la actualidad, cada vez son más hospitales españoles los que han ido incorporando esta práctica de seguridad con el fin de prevenir EM durante las transiciones asistenciales. Las publicaciones relatan experiencias propias, en muchos casos liderados por Servicios de Farmacia Hospitalaria⁹⁻¹².

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

La implantación de un programa de CM no es un proceso fácil ni rápido, requiere un esfuerzo colectivo y un largo camino por recorrer, ya que no debe quedarse en tan sólo un proyecto más, sino que debe integrarse como una actividad asistencial^{2,13-15}.

Este proceso conlleva las siguientes etapas:

1. Constitución de un grupo de trabajo y asignación de responsabilidades: la primera cuestión a resolver sería *quién* ha de ser el encargado de desarrollar, implementar y monitorizar un programa de CM¹³.

Hoy en día, se acepta que el *abordaje interdisciplinar* mejora los resultados, asumiendo por tanto una responsabilidad compartida^{3,14,16}, entre diferentes profesionales sanitarios (médico, farmacéutico, DUE). Es importante asignar responsabilidades para evitar solapamiento de funciones y duplicidades de trabajo, así como designar un líder responsable. La guía del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)⁷ establece la figura del farmacéutico como responsable de la CM.

Si el hospital dispone de una *Unidad Funcional de Gestión de Riesgos* o *Comité de Seguridad del Paciente*, deberá ser el encargado de implantar dicho proyecto, contando con la colaboración de la *Comisión de Farmacia y Terapéutica* del centro sanitario, al tratarse de una estrategia encaminada a reducir los EM. En ausencia de estos, podría ser el *Servicio de Farmacia*, teniendo de apoyo a la Comisión de Farmacia y Terapéutica y a la Dirección del centro, quien designe y coordine el grupo de trabajo interdisciplinar.

2. Formación en el tema: búsqueda y revisión bibliográfica sobre experiencias ya consolidadas. Actualmente existen muchos recursos bibliográficos de interés publicados por diferentes organismos (tabla 1) que nos pueden orientar sobre modelos de guías, protocolos e impresos normalizados.

Tabla 1. Recursos bibliográficos

- Institute for Healthcare Improvement ⁵ : http://www.ihl.org/explore/ADEsMedicationReconciliation/Pages/default.aspx
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations ⁶
- Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors ⁴ : http://www.macoalition.org/reducing_medication_errors.shtml
- Agency for Healthcare Research and Quality: http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=1
- American Society of Health-System Pharmacists: http://www.ashp.org/menu/PracticePolicy/ResourceCenters/PatientSafety/ASHPMedicationReconciliationToolkit_1.aspx
- Institute for Safe Medication Practices –Canada: http://www.ismp-canada.org/medicationreconciliation.htm
- NICE/ National Patient Safety Agency ⁷ : http://www.nice.org.uk/PSG001
- National Prescribing Centre. NHS. UK: http://www.npc.nhs.uk/improving_safety/medicines_reconciliation/index.php
-Sociedad Catalana de Farmacia Clínica ¹³ : http://www.scfarmclin.org/docs/conciliacion_medica_es.pdf
- Documento de Consenso en Terminología y Clasificación en Conciliación de la Medicación ²¹
-Grupo Faster. Farmacia Asistencial en Urgencias: http://www.fasterweb.es/pages/propuestas_faster.php

3. Elaboración del proyecto inicial: es aconsejable establecer *reuniones periódicas* que determinen el cronograma de actuaciones a seguir. Se podría iniciar con una *fase piloto* en una unidad de hospitalización, donde exista una buena predisposición a colaborar en la prevención de EM, donde se sospeche una tasa de errores de conciliación elevada y/o haya pacientes de riesgo (polimedicados, de avanzada edad, insuficiencia renal, etc.). Algunos autores¹⁷ aconsejan que sería preferible dejar las zonas críticas del hospital, como Urgencias y la Unidad de Cuidados Intensivos, para etapas de ampliación.

¿En qué transición asistencial? Hay ciertas guías que recomiendan priorizar la CM al ingreso, ya que constituye el punto de partida de todo el proceso de conciliación posterior¹³. Una vez perfeccionado el circuito, se debe abordar la CM al alta o en los traslados internos. Nuestra experiencia nos hace pensar que lo ideal es implantar la CM tanto al ingreso como al alta, y posteriormente, en etapas de consolidación, ampliar el proceso en los traslados internos. Es un hecho constatado que en el momento del alta los pacientes son más vulnerables, ya que ellos mismos y/o familiares/cuidadores van a ser responsables de su propio tratamiento, y una adecuada información farmacoterapéutica podría aumentar su grado de conocimiento farmacológico y su adherencia terapéutica. Es indiscutible que el ingreso hospitalario es el punto de mayor impacto para realizar un adecuado historial farmacoterapéutico del paciente, ya que si los errores no se detectan en las fases iniciales, se pueden mantener durante la hospitalización y reproducirse al alta³.

¿En qué tiempo debe conciliarse? Las guías recomiendan conciliar antes de las 24 horas del ingreso, estableciéndose tiempos más cortos para ciertos medicamentos¹³, como inmunosupresores, antianginosos, antiepilépticos, insulinas, etc.

Otro punto a considerar sería establecer *criterios de selección de pacientes*, ya que la escasez de recursos materiales y humanos hace muy difícil extender la CM a todos los pacientes.

4. Implicar a la Dirección y elaborar un procedimiento normalizado de trabajo: una vez elaborado el proyecto, éste deberá presentarse ante la Dirección Médica y de Enfermería¹³. La implicación pública de la Dirección es necesaria para dar una autoridad visible al programa y demuestra el compromiso del centro con los objetivos¹³. Una vez obtenida la aprobación, se elaborará un *procedimiento normalizado de trabajo*, en el que se establezca la metodología práctica y el diseño de impresos normalizados, que deben recibir el visto bueno de la Comisión de Historias Clínicas, así como la definición de indicadores, que puedan ser de utilidad para la evaluación periódica del programa¹³.

5. Divulgación del programa: deben realizarse reuniones informativas a los servicios implicados e impartir sesiones clínicas sobre el tema, así como el diseño de folletos y/o dípticos tanto para profesionales sanitarios como para pacientes para concienciar sobre la importancia de la CM y así fomentar una cultura de seguridad.

En la tabla 2 se resumen diez puntos clave en la implantación de un programa de CM.

EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ: PROGRAMA INF@RMA

La CM se implantó en nuestro hospital en 2009 a través del programa Inf@rma con el objetivo de mejorar y garantizar la seguridad de los pacientes. Inf@rma es un programa de Atención Farmacéutica al paciente hospitalizado, que cuenta con la colaboración del Servicio de Medicina Interna y supone la incorporación de un farmacéutico especialista al equipo interdisciplinar, siendo el farmacéutico el responsable de la CM.

Este programa engloba, fundamentalmente, dos actividades:

- ✓ **CM** al ingreso y al alta hospitalaria
- ✓ **Información farmacoterapéutica** al paciente al alta hospitalaria

1. Procedimiento Normalizado de Trabajo

En nuestro centro se han diseñado una serie de impresos para facilitar el proceso de CM. Asimismo, se ha establecido una metodología diaria de trabajo con el fin de obtener la mejor historia farmacoterapéutica posible al ingreso hospi-

talario y evitar, de este modo, posibles EM asociados a las transiciones asistenciales. En el momento del alta hospitalaria se proporciona al paciente una información completa sobre su farmacoterapia.

Tabla 2. Recomendaciones para la implantación de programas de CM^{2,13}

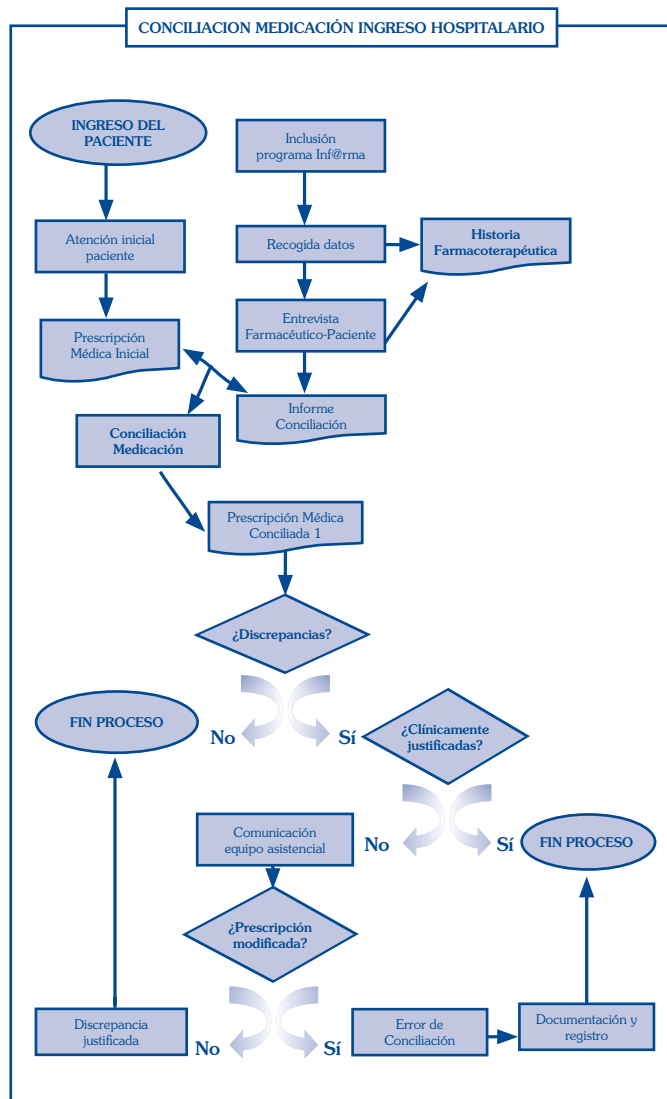
1. Debe ser un **objetivo compartido y asumido por la Dirección** del centro.
2. **Implicar a todos los profesionales sanitarios.** Si bien es cierto que la CM debe ser una **responsabilidad compartida**, debe de asignarse un **líder responsable**. De esta forma se evitará el solapamiento de funciones.
3. Disponer de un **procedimiento normalizado de trabajo e impresos estandarizados**, bien en formato papel o electrónico. Debe conciliarse en un **tiempo establecido**, en la medida de lo posible.
4. **Incluir el informe de conciliación en la historia clínica** (en el que se registre no sólo la medicación domiciliaria, sino también los hábitos de auto-medicación, medicamentos sin receta *over-the-counter*, homeopatía, fitoterapia, etc.) y **emplear dicho informe cuando se prescriba la nueva orden de tratamiento**.
5. Es necesario tener **acceso a la historia clínica y/o farmacoterapéutica de Atención Primaria**.
6. **Involucrar al paciente:** aconsejar que lleve siempre su "listado de medicamentos" actualizado.
7. **Disponer de protocolos de utilización de medicamentos:** manejo de la medicación crónica perioperatoria, intercambio terapéutico, etc.
8. **Reflejar el tratamiento crónico del paciente por completo en cualquier momento:** evitar "continuar con tratamiento previo", "seguir igual" y las llamadas *blanket orders* (reinicio de la medicación habitual al postoperatorio).
9. Implementar políticas de actuación sobre **educación sanitaria e información farmacoterapéutica al alta**, explicándole al paciente todos los cambios en su tratamiento habitual a la finalización de este episodio asistencial
10. **Difundir la cultura de seguridad a sanitarios y pacientes** y divulgar los resultados de la conciliación.

a) Impresos

- **Historia farmacoterapéutica:** recogida de datos del paciente por parte del farmacéutico: sociodemográficos, clínicos, analíticos y farmacoterapéuticos (alergias/intolerancias medicamentosas, fuente de información de la medicación, medicación domiciliaria registrada en Urgencias y por el farmacéutico, hábitos de auto-medicación, fitoterapia y medicación prescrita en el hospital).
- **Informe de conciliación:** elaborado por el farmacéutico y remitido al médico responsable con la medicación domiciliaria del paciente, para que sea archivado en la historia clínica y sirva de guía para la prescripción. En él también se realizan recomendaciones farmacoterapéuticas.

b) Diagrama de flujo (fig. 1)

Figura 1. Diagrama de flujo CM ingreso



c) Metodología de trabajo diaria

- **Revisión de la historia clínica.**
- **Entrevista clínica:** confirmación de la medicación crónica domiciliaria con pacientes y/o familiares, Atención Primaria, Centros Sociosanitarios, etc.
- **Elaboración del informe** para realizar la CM al ingreso hospitalario. Todas las discrepancias observadas se deben documentar y si éstas no están justificadas clínicamente, comunicar al equipo asistencial con el fin de prevenir EM.
- **CM al alta hospitalaria:** tras revisar el informe de alta hospitalaria y comprobar que no existan errores de conciliación, el farmacéutico también elabora su informe para el paciente. El servicio de información farmacoterapéutica que se ofrece en el momento del alta, consiste en un informe personalizado, en el que se explica detalladamente todos los medicamentos, tanto de forma oral como escrita, junto con una planificación horaria de administración de los medicamentos. Toda esta documentación es entregada por el farmacéutico en una carpeta diseñada para tal efecto. Además, se recomienda a los pacientes que lleven consigo siempre el informe con el fin de que pueda estar a disposición de otros profesionales sanitarios. Para su elaboración se utiliza aplicaciones informáticas diseñadas para tal fin (Infowin®).

2. Resultados preliminares

a) Indicadores de actividad y de calidad. Frecuencia y tipo de discrepancias observadas.

La unidad seleccionada para la fase piloto del programa Inf@rma ha sido la *Unidad de Corta Estancia de Medicina Interna*. Durante estos dos años se han entrevistado al ingreso a 1.074 pacientes y se han elaborado 1.020 informes farmacoterapéuticos al alta.

En cuanto a los indicadores de calidad de la prescripción, hemos de destacar que se ha evaluado el *porcentaje de pacientes con discrepancias* al ingreso durante dos períodos: junio-agosto 2009 y marzo-abril 2011, obteniéndose una disminución de 43% a 20%.

En lo que se refiere al *número y tipo de discrepancias* más frecuentes, hay que comentar, a modo de ejemplo, que durante un trimestre de 2011 se registraron 30 discrepancias al alta, de las cuales, principalmente, el 63% fueron por omisión y 47% prescripciones incompletas. Todas las discrepancias fueron comentadas con el equipo médico y resueltas, en caso de considerarse error de conciliación.

b) Impacto de la CM en el paciente

Grado de satisfacción: se realizó una encuesta¹⁸ a 84 pacientes atendidos a través del programa In@rma. Para ello, se diseñó un cuestionario escrito adaptado de la bibliografía¹¹, con 8 ítems tipo likert (1→5), de carácter voluntario y anónimo, que se entregaba en el momento del alta a pacientes y/o familiares y era depositado en el control de enfermería. Los diferentes ítems abarcan aspectos como el interés y comprensión del paciente sobre la información recibida, el trato recibido por el farmacéutico y la percepción del paciente sobre la mejora del grado de conocimiento. De forma global, la satisfacción mostró un alto grado de calidad percibida: 4,67 [1-5].

Grado de conocimiento farmacológico y adherencia: se diseñó una encuesta telefónica¹⁹, realizándose a 95 pacientes a los 10-15 días tras el alta hospitalaria, para valorar el impacto de la información farmacoterapéutica proporcionada por el farmacéutico. Los resultados destacaron que el 93% afirmó conocer mejor su medicación tras la información recibida, el 74% refirió mejorar su cumplimiento y únicamente un 2% comentó haber presentado algún problema relacionado con medicamentos tras el alta.

CONSIDERACIONES FINALES

- ✓ La implantación de programas de CM supone un valor añadido y un estándar de calidad¹⁵.
- ✓ Implica, además, un cambio profundo en la cultura organizativa, que no sólo afecta a la farmacoterapia, sino a toda la asistencia sanitaria.
- ✓ Requiere el compromiso y la implicación de todos los profesionales sanitarios e incluso de los pacientes y esto comienza, en primer lugar, por adquirir una cultura de seguridad²⁰.
- ✓ La CM forma parte de la Atención Farmacéutica al paciente, que entiende a éste como un único individuo con el que hay una relación clínica personal, independientemente del nivel asistencial en el que se encuentra inmerso en cada circunstancia concreta. La responsabilidad del profesional farmacéutico se complica y amplía en horizonte cuyo marco no sólo es el medicamento, sino los derechos del paciente vinculados a unas obligadas prácticas de seguridad en relación al medicamento, desde el punto de vista ético, deontológico y legal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. To err is human: building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington (DC): National Academy Press; 1999.
2. Delgado O, Anoz L, Serrano A, Nicolás J; Grupo de Investigación de la I Beca Joaquim Bonal 2006. Conciliación de la medicación. *Med Clin (Barc)* 2007; 129: 343-8.
3. Martín de Rosales AM. Coordinación multidisciplinar para asegurar la correcta medicación del paciente: conciliación de la medicación. *Rev Calid Asist* 2010; 25(5): 239-243.
4. Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors. Massachusetts Hospital Association. Initiatives: Reducing medication errors in acute care facilities. Reconciling medications (consultado 2/10/2011). Disponible en: http://www.macoalition.org/reducing_medication_errors.shtml.
5. Institute for Healthcare Improvement (IHI). 5 Million lives campaign. Getting started kit: prevent adverse drug events (medication reconciliation). How-to guide. Cambridge, MA. IHI; 2008.
6. Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO. Medication Reconciliation Handbook, second edition (e-book). Joint Commision Resources; 2009
7. National Institute for Health and Clinical Excellence and National Patient Safety Agency. Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital. December 2007. [consultado 2/10/11]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/PSG001>
8. Estudio de Evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. (Consultado 5/10/11). Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/evaluacionSeguridadSistemasMedicamentos.pdf>
9. Moriel MC, Pardo J, Catalá RM, Segura M. Estudio prospectivo de conciliación de la medicación en pacientes de traumatología. *Farm Hosp.* 2008; 32 (2): 65-70.
10. Delgado O, Nicolás J, Martínez I, Serrano A, Anoz L, Fernández F. Errores de conciliación en el ingreso y en el alta hospitalaria en pacientes ancianos polimedicados. Estudio prospectivo aleatorizado multicéntrico. *Med Clin (Barc)* 2009; 133 (19): 741-744.
11. Pardo MA, Aznar MT y Soler E. Consúltenos: programa de información al alta hospitalaria. Desarrollo y resultados del primer año de funcionamiento en 5 hospitales. *Farm Hosp.* 2008; 32(6): 323-330
12. Climente M, García ER, Artero A, Jiménez NV. Potencial risk of medication discrepancies and reconciliation errors at admission and discharge from an inpatient medical service. *Ann Pharmacother* 2010; 44: 1747-54
13. Roure C, Delgado O, Gorgas MQ et al. Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 2010. (Consultado 13/10/11): Disponible en: http://www.scfarmclin.org/docs/conciliacion_medica_es.pdf
14. Delgado O, Martínez I, Crespi M y Serra G. Conciliación de la medicación: asumamos la responsabilidad compartida. *Farm Hosp.* 2008; 32 (2): 63-4.
15. Roure C. Conciliación de la medicación: una herramienta necesaria para garantizar la continuidad asistencial y mejorar la seguridad del paciente. *Butlletí d'Informació Terapèutica*. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Vol. 22, núm. 4, 2010 2010; 22 (4): 19-26. (Consultado 13/10/11). Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir107/esbit410.pdf>
16. Páez F, Recha R, Altadill A, Montaña RM, Anadón N, Castells M. Abordaje interdisciplinar de la conciliación de la medicación crónica al ingreso en un hospital. *Rev Calid Asist* 2010; 25 (5): 308-13.
17. Quiñones C. Conciliación del tratamiento farmacológico. En: Curso de Formación Continuada para Farmacéuticos de Hospital V. Libro 1. Ferrer Farma. Fundación Promedic. 2009
18. Martí C, Pérez M, Sierra P, Hervás MJ, Martínez MJ, Barreda D. Conciliación de la medicación, ¿Están satisfechos nuestros pacientes? Comunicación oral. V Jornadas Científicas Sociedad Castellano-Manchega Farmacia Hospitalaria. Mayo 2010, Almagro (Ciudad Real).
19. Martí C, Pérez M, Martínez L, Mulet A, Hervás MJ, Barreda Hernández D. Impacto de la información farmacoterapéutica en la seguridad del paciente. Comunicación oral. II Jornadas de Seguridad del Paciente del SESCAM: Compartiendo experiencias y prácticas seguras. Junio 2010, Talavera de la Reina (Toledo).
20. Roure C, Aznar T, Delgado O, Fuster L, Villar I. Grupo coordinador del grupo de trabajo de la SEFH de conciliación de la medicación. Documento de consenso en terminología y clasificación de los programas de conciliación de la medicación. Ediciones Mayo. Barcelona, 2009.

Comité de Redacción:

Comité de Redacción: Arroyo Pineda V, Fernández-Corada Sánchez A, Martín Alcalde E, Martínez Cruz S, Pérez Rodríguez I, Rubio Salvador AR, Ortiz Martín T, Sánchez de la Nieta MD, Tejada Cifuentes F, Alonso Moreno FJ, Martínez García R, Flor García A, Lara García-Escribano S, Lara Sánchez C, Jiménez de Andrés E.

Consejo Editorial:

Área de Farmacia del SESCAM; Comisiones del Uso Racional del Medicamento de las Gerencias de Atención Primaria de Albacete, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Talavera de la Reina, Toledo y Comisiones de Farmacia y Terapéutica del Área de Salud de Puertollano, del Complejo Hospitalario de Albacete, Hospital Comarcal de Hellín, Hospital General de Ciudad Real, Hospital La Mancha Centro, Hospital Virgen de Altagracia, Hospital Gutiérrez Ortega, Hospital Virgen de la Luz, Hospital General Universitario de Guadalajara, Complejo Hospitalario de Toledo, Hospital Nacional Paraplégicos, Hospital Virgen del Valle y Hospital Ntra. Sra. del Prado.

Edita SESCAM - Área de Farmacia.

Dirección de correo: Eduardo Jiménez de Andrés. Secretaría Comité de Redacción. Área de Farmacia SESCAM.

Avenida Río Guadiana, 4. Toledo 45071. Teléfono: 925/2741.00 Fax: 925/2741.44 e-mail: burm@sescam.jccm.es

I.S.S.N.: 1576-2408

D.L.: GU-141-2000

