

SERVICIOS ASISTENCIALES Y CRONICIDAD

CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

En la mayoría de sistemas sanitarios, los pacientes reciben un seguimiento continuo a través de la atención primaria, centros ambulatorios, farmacias comunitarias y centros sociosanitarios en el caso de los pacientes institucionalizados, pero estos mismos pacientes pueden acudir a la atención especializada a través de los servicios de urgencias o las derivaciones a las unidades de especialización. Este modelo obliga al paciente a pasar por una serie de transiciones asistenciales que no están exentas de producir ciertas discrepancias. En este sentido, hace tiempo que se trabaja para generar un modelo sanitario menos sectorizado, donde se eliminen estas transiciones asistenciales y se pueda establecer la continuidad asistencial, centrada en el propio paciente, siendo su trayectoria clínica un proceso transversal. Ya existen experiencias de unidades clínicas donde un equipo multidisciplinar, tanto de la atención primaria como de la atención especializada, comparten conocimientos, experiencia clínica e información de los pacientes para un proceso más eficiente de atención sanitaria.^{1,2,3}

Uno de los principales problemas relacionados con la transición asistencial, es la seguridad de los pacientes en cuanto a los medicamentos que usa. Existe suficiente evidencia para confirmar que un elevado número de errores de medicación son debidos a la falta de conciliación.

El ingreso y el alta hospitalaria, las transiciones intrahospitalarias entre los diferentes servicios clínicos o traslados, así como la asistencia ambulatoria en la atención especializada, son momentos en que se pueden producir errores de conciliación de la medicación, por lo que se consideran los puntos de mayor riesgo donde pueden producirse tales incidentes.

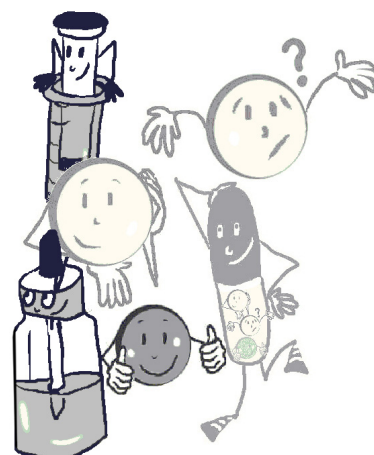
CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Cada vez son más frecuentes los pacientes con enfermedades crónicas, siendo muy habitual que estén presentes varias de ellas. Se trata de enfermedades que no curan, que manifiestan síntomas continuos y presentan reagudizaciones frecuentes. De entre estos, la subpoblación de pacientes pluripatológicos (PP), se caracterizan por ser frágiles, polimedcados, de edad avanzada, hiperfrecuentadores de los servicios de

urgencias y, frecuentemente, reingresadores. En España, en el ámbito hospitalario, la prevalencia de este tipo de paciente supone aproximadamente el 17% de los ingresos totales y el 40% de los ingresos de los servicios de Medicina Interna.⁴ La conciliación de la medicación, por su especificación, es un proceso continuo integrado dentro de la actividad clínica de los farmacéuticos⁶, pero todos los componentes del equipo clínico, y el propio paciente y su familia o cuidadores, deben formar parte de éste.

El Institute for Healthcare Improvement (IHI) definió la conciliación de la medicación como el proceso formal para obtener una lista completa de la medicación del paciente previa al ingreso, y compararla con la que se le ha prescrito en el centro sanitario al efectuarse éste, así como en los traslados y al alta. Las discrepancias encontradas deben ser comentadas con el prescriptor y, si procede, deben ser corregidas y adecuadamente documentadas.⁵

La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y la Societat Catalana de Farmacia Clínica⁶ han publicado las recomendaciones necesarias para la implantación de un programa de conciliación de la medicación en un centro sanitario. El objetivo principal es la implantación de un programa de conciliación de la medicación en los pacientes que permanezcan en el hospital más de 24 horas y al alta hospitalaria, integrado dentro de la actividad clínica de los farmacéuticos, formando parte del equipo asistencial y evaluando los resultados de dicho programa.⁷



En este caso, el ámbito de actuación es el centro hospitalario, siendo éste parte de la asistencia especializada integrada en el sistema sanitario. Los pacientes que requieren la continuidad de su tratamiento farmacológico, según la situación clínica del momento, son aquellos que permanecen en el hospital un tiempo superior a 24 horas.

En los programas de conciliación deben priorizarse los pacientes con edad igual o superior a 70 años con un número igual o superior a 5 medicamentos domiciliarios, ya que la evidencia

disponible refleja que son los pacientes que más se benefician de éstos⁸. También deben priorizarse los pacientes en tratamiento con medicación considerada de riesgo, excluyendo los que se encuentren en fase terminal. Los fármacos de riesgo son aquellos medicamentos con un estrecho margen terapéutico como anticoagulantes, antiarrítmicos, insulinas y narcóticos.

La conciliación de la medicación en las primeras 24 horas, según la Joint Commission on Accreditation of Health-Care Organizations (JCAHO), puede hacerse por etapas según el tipo de medicamento.⁹

Tabla 1: Que medicamentos deben conciliarse de manera precoz y cuales pueden esperar:¹⁰

Medicación a conciliar antes de 4 horas	Antibióticos Insulinas Antihipertensivos (dosis múltiples diarias) Inmunosupresores Antiarrítmicos Inhaladores Anticomiciales Medicación oftálmica Analgésicos Antidiabéticos orales (dosis múltiples diarias) Antiangiosos
Medicación a conciliar antes de 24 horas	Antihipertensivos Anticoagulantes y antiplaquetarios Diuréticos Antidiabéticos orales Citostáticos Medicación tiroidea Antipsicóticos y antidepresivos Electrolitos Anticonceptivos orales Tratamiento hormonal sustitutivo Laxantes Medicación gastrointestinal Vitaminas y hierro Hipolipemiantes Medicación vía tópica

Lo recomendable es iniciar el proceso de conciliación de la medicación cuando el paciente ingresa en el hospital. En caso que el paciente provenga de urgencias, se recomienda conciliar la medicación en este nivel asistencial.

Información necesaria para conciliar la medicación.

Información referente al paciente: identificación, fecha de nacimiento, género, fecha de ingreso, fecha de inicio del seguimiento, servicio, antecedentes patológicos (por código

ICD-9 de clasificación de enfermedades), número de medicamentos domiciliarios (clasificación ATC), orientación diagnóstica (por código ICD-9 de clasificación de enfermedades), medicamentos prescritos en el hospital (clasificación ATC), aclaramiento renal, presión arterial (PAS/PAD), frecuencia cardíaca, fiebre superior a 38°C, valores de potasio, glucosa y albúmina.

Información referente a la conciliación de la medicación: número de pacientes en el programa de conciliación de la me-

dicación, número de entrevistas clínicas realizadas, número y tipo de discrepancias:

- Omisión de medicamento.
- Comisión de medicamento.
- Diferente dosis, frecuencia, vía o frecuencia de un medicamento.
- Prescripción incompleta.
- Medicamento equivocado.
- Duplicidad.
- Interacción.

Las discrepancias en la conciliación de la medicación pueden clasificarse según la gravedad de dicha discrepancia (categorías A-I):

- Leve: sin daño potencial al paciente (categorías A-C).
- Moderada: el paciente requiere monitorización o intervención para prevenir el posible daño asociado (categoría D).
- Grave: se produce un daño potencial (categorías E-I).

Las discrepancias en la conciliación de la medicación pueden asociarse Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM), que se clasifican en tres categorías, necesidad, efectividad o seguridad.

Las intervenciones realizadas pueden ser aceptadas, no aceptadas o con una resolución desconocida. Finalmente se debe tener en cuenta la resolución del problema de salud según la situación clínica del paciente:

- Estabilidad clínica.
- Mejoría.
- Resolución del problema.
- Empeoramiento clínico.
- Exitus.

El proceso de conciliación de la medicación implica las siguientes etapas según las guías anteriormente mencionadas:

1. Elaboración de la historia farmacoterapéutica del paciente.
2. Detección de discrepancias entre la lista de medicación del paciente y la que se le ha prescrito en el centro.
3. Comunicación y resolución de las discrepancias con el médico responsable del paciente.
4. Documentación de los cambios realizados en las órdenes médicas.
5. Transmisión y comunicación de la lista actualizada y conciliada al siguiente responsable del paciente y al propio paciente.
6. Educación sanitaria al alta.
7. Registro de actividad.

1. Historia Farmacoterapéutica (HF) del paciente.

El registro de la HF o información sobre la medicación del pa-

ciente previa al ingreso es necesario que quede reflejada en la historia clínica del paciente y/o en la prescripción médica.

Información que debe quedar registrada (HF):

- Especialidad farmacéutica, principio activo, dosis, pauta, vía de administración y equivalente terapéutico en el centro (en caso de tratarse de principios activos y/o asociaciones no incluidas en la guía farmacoterapéutica del centro).
- Hábitos de automedicación y medicamentos sin receta (OTC) para síntomas menores.
- Tratamientos fitoterapéuticos y otros productos relacionados.
- Historial de alergias y tipo de reacción, intolerancias a medicamentos o interrupciones previas de tratamiento por efectos secundarios.
- Fuente/s de información utilizadas para la obtención de la HF.

Los recursos o fuentes disponibles para la realización de la HF son:

Historia clínica del paciente: Evolución médica y evolución de enfermería.

Prescripción en otros centros sanitarios: Sería la historia clínica de atención primaria y de otros centros de atención especializada, tanto del ámbito público como privado.

Otras fuentes de información: Prescripciones previas que el paciente ha tenido en el hospital, información de centros de larga estancia, residencias y otros hospitales.

Entrevista clínica: Como ya se comentó en el capítulo anterior, la entrevista clínica es clave para la evaluación y confirmación de las demás fuentes de información a través de los pacientes, familiares o cuidadores. La participación activa de los pacientes, familiares o cuidadores puede facilitarse con la ayuda de un documento que permita al paciente reflexionar e integrar su tratamiento y hábitos de medicación.

En el proceso de conciliación de la medicación al alta, es aconsejable disponer de la medicación conciliada al ingreso en la unidad de hospitalización que se encuentra en la historia clínica. También es deseable que el paciente tenga una copia de la historia farmacoterapéutica de su medicación habitual.

En pacientes con funciones cognitivas deterioradas (pérdida de conciencia, demencias) sin historia farmacológica accesible, se deberá intentar contactar con los cuidadores (familia o institución) y, en caso que esto no fuera posible, se deberá contactar con el trabajador/a social para localizar los recursos disponibles.

2. Comparación de la HF con las órdenes activas de medicación del paciente en el hospital.

La comparación de la HF con la prescripción del centro puede dar dos resultados:

- No se detectan discrepancias entre la HF y la prescripción del centro.

El farmacéutico responsable refleja en la historia clínica del

paciente la medicación domiciliar revisada y conciliada en la fecha indicada.

• **Se detectan discrepancias que requieren aclaración.**

Las discrepancias que requieren aclaración se comunicarán al equipo clínico responsable del paciente de la forma más eficiente para su resolución: vía directa o a través del teléfono o del correo electrónico.

La comparación se realiza entre la lista de medicación crónica del paciente y las órdenes médicas prescritas en el centro (al ingreso, en los traslados y al alta hospitalaria). El proceso de conciliación consiste en revisar detenidamente la medicación para asegurar que los medicamentos, dosis, frecuencias y vía de administración sean correctas, teniendo en cuenta la medicación anterior al ingreso y la prescrita al alta.

Se debe prestar especial atención en los siguientes tratamientos:

- Medicamentos crónicos que se suspenden durante el ingreso pero se reinician al alta hospitalaria.
- Medicamentos crónicos que se suspenden definitivamente.
- Medicamentos que se inician durante el ingreso y deben continuar indefinidamente.
- Medicamentos que cambian la dosis, la frecuencia o la vía de administración.
- Medicación finita.
- Cambios de medicación durante el ingreso según el programa de intercambio terapéutico.

3. Comunicación y resolución de las discrepancias.

El objetivo de esta etapa es el estudio conjunto de las discrepancias con el equipo clínico con el fin de resolverlas o aclararlas personalmente, bien por vía telefónica bien por correo electrónico.

4. Documentación.

Se requiere la documentación de los cambios realizados en las órdenes médicas. Este punto mide el grado de aceptación, de comunicación en el proceso de conciliación, y permite valorar prioridades terapéuticas y clínicas o posibles olvidos.

5. Transmisión y comunicación.

Es necesario transmitir y comunicar la lista de medicamentos actualizada y conciliada al siguiente responsable sanitario del paciente y al propio paciente. Requiere de la comunicación con otros profesionales:

Equipo clínico del hospital: Para contactar con profesionales del propio hospital se puede llevar a cabo directamente escribiendo en la historia clínica del paciente, a través del teléfono o por correo electrónico.

Profesionales del centro de atención primaria: Para contactar con los CAPs se puede utilizar el teléfono, si se requiere acordar cualquier medida en el mismo momento, o bien el correo electrónico o el fax en el caso que la consulta no requiera inmediatez. También se puede contactar previamente con el personal sanitario de enlace entre la atención primaria y la atención especializada. Si es posible, es necesario que todo ello quede registrado en la historia clínica de atención primaria.

Farmacéuticos comunitarios: En el caso de la **farmacia** a la que acude el paciente, también puede contactarse por teléfono o correo electrónico. Hay que destacar, en este caso, que la farmacia comunitaria es otro puntal importante y muy beneficioso en el desarrollo de la educación sanitaria, ya que la relación entre el farmacéutico comunitario y el paciente se desarrolla en unas condiciones de proximidad muy favorables.

La creación de protocolos de comunicación como el proyecto, presentado en INFARMA 2017 por el Col·legi de Farmacèutics de Barcelona, "Protocolo de comunicación entre farmacia comunitaria y de atención primaria para mejorar la atención a los usuarios" son un ejemplo de las líneas que deben trazarse para alcanzar los objetivos principales de la conciliación de la medicación y garantizar a los pacientes la eficacia y seguridad de sus tratamientos. El grupo de trabajo creó una estructura de varios niveles, designando delegados y coordinadores de farmacia según las áreas geográficas. La comunicación entre los diferentes agentes implicados en la dispensación de medicamentos a los pacientes sigue ahora diferentes cauces marcados por el protocolo, según se trate de asistencia personal, programas especiales, seguimiento general u otras circunstancias.

Particularidades de la conciliación de la medicación al alta hospitalaria.

El alta hospitalaria del paciente supone la transición asistencial de la atención especializada a la atención primaria y es el proceso en el que existe un mayor riesgo de producirse problemas de salud relacionados con los medicamentos. Por ello, es necesario que la información precisa y fiable sobre la medicación se transfiera al mismo tiempo que el paciente.

Cuando un paciente recibe el alta de una unidad de hospitalización, se debe tener en cuenta el destino:

- A otra unidad de hospitalización.
- Alta hospitalaria:
 - A una institución.
 - A domicilio.

Cuando la transición es a otra unidad dentro del mismo hospital, en principio y como ya hemos comentado anteriormente, el proceso de conciliación puede llevarse a cabo a través de la HF reflejada en la historia clínica.

Alta hospitalaria a una institución.

En los pacientes cuyo destino al alta hospitalaria es un centro sociosanitario o una residencia asistida, hay que tener en cuenta que éstos no controlan la administración de su medicación crónica porque es el personal de la institución quien lleva a cabo esta función. En la mayoría de los casos, se trata de pacientes de edad avanzada, con pluripatología y polimedicados, cuyas funciones cognitivas pueden estar deterioradas.

La medicación definitiva al alta hospitalaria debe constar en el documento destinado al equipo clínico de la institución, y coincidir con la incluida en el informe de alta, donde consten los nombres de los medicamentos, dosis, frecuencias, y vías y recomendaciones de administración. Es muy importante incluir

el teléfono y correo electrónico de contacto para solventar cualquier duda o diferencias de criterio clínico. Es importante guardar una copia del documento junto a la ficha del paciente. En pacientes con funciones cognitivas conservadas, se puede promover la educación a éste en cuanto a su medicación al alta hospitalaria, explicando sobretodo para qué sirven sus medicamentos y qué cambios se han producido en su tratamiento farmacológico de base.

Alta hospitalaria a domicilio.

Los pacientes que reciben el alta para ir a su domicilio son los más susceptibles a padecer errores de medicación en la transición asistencial, ya que no existe la presencia de personal sanitario que supervise la medicación como en los casos anteriores.

Es el momento adecuado para dedicar un tiempo al paciente, a sus familiares y cuidadores, para reforzar la educación sanitaria vía oral y escrita. Se dispone de diferentes herramientas para la confección de la planificación horaria de la medicación como material de soporte escrito y para complementar las explicaciones:

- Sistema de planificación horaria de la medicación Infowin®.
- Sistema Plan de medicación personalizado del CedimCat.¹¹
- Sistema manual de planificación horaria mediante un documento en papel.

MEDICACIÓN AL ALTA

Servicio de Farmacia

Teléfono

Paciente:

MEDICAMENTO	DOSIS	MAÑANA 8:00h	DESAYUNO 09:00h	MEDIODÍA 12:00h	COMIDA 14:00h	16:00h	MERIENDA 18:00h	20:00h	CENA 21:00h	24:00h

El documento de medicación se explica detalladamente por parte del farmacéutico indicando el nombre comercial o genérico para que el paciente no tenga dudas. Las pautas de administración se programan de acuerdo a las costumbres y prioridades del paciente y también según el máximo beneficio de los medicamentos. La mayoría de los medicamentos se recomienda que se administren con las comidas con el fin de favorecer la adherencia y sólo se pautan fuera de las comidas los medicamentos cuya absorción se altere o los que necesiten una pauta horaria estricta como los antibióticos (cada 6 horas, 8 horas ó 12 horas). A parte de la posología de los nuevos medicamentos, se adjuntará un esquema sencillo de la utilización y de los efectos adversos potenciales de éstos y su manejo.

Antes de cerrar el proceso del alta se debe procurar que el paciente o su cuidador identifiquen los medicamentos y que verifiquen la posología pautada en el documento. Se ofrece la posibilidad de contactar con el farmacéutico ante cualquier duda vía telefónica y correo electrónico.

Para evaluar el índice de actividad en el servicio de farmacia así como el futuro seguimiento del mismo paciente se archiva una copia de la prescripción al alta y del cuadro de medicación junto con la ficha de seguimiento del paciente, en formato físico o formato electrónico.

La comunicación de la medicación al alta debe procurarse, tanto al equipo de atención primaria correspondiente, como los profesionales de la farmacia comunitaria donde acude habitualmente el paciente para la dispensación de sus medicamentos a través de los medios disponibles en cada centro.

El mismo día que el paciente se marcha de alta se debe enviar a su farmacéutico comunitario y a su médico de atención primaria un documento resumido sobre la medicación al alta a través del fax o correo electrónico, escribiendo en la historia clínica de atención primaria si es posible, o mediante el personal sanitario de enlace entre atención especializada y primaria, o los gestores de casos de los diferentes equipos de atención primaria, vía telefónica, fax o correo electrónico.

El paciente, por su parte, se responsabiliza de hacer llegar a su médico de atención primaria la información clínica siguiente: diagnóstico, medicación al alta, resultados de las diferentes pruebas, próximas visitas.

El seguimiento farmacoterapéutico posterior al alta puede consistir en las siguientes actividades:

- A las 48 horas y 15 días después del alta, el farmacéutico contacta con los pacientes o cuidadores por teléfono. Si durante la conversación se detectan complicaciones o confusiones se

procede a la reeducación sanitaria sobre los medicamentos y a las acciones siguientes: contactar con su médico de atención primaria o con el farmacéutico comunitario.

- A los 30 días del alta, el farmacéutico contacta otra vez con los pacientes o cuidadores vía telefónica: se verifica que los nuevos hábitos sanitarios aconsejados y las condiciones con las que los pacientes conservan y utilizan sus medicamentos se ajustan a las pautas deseables y recomendadas. También se puede realizar un cribado para la detección de potenciales efectos adversos. Si se encuentran casos de riesgo se procederá a contactar con el centro de atención primaria correspondiente y, si el caso lo requiere, a alargar el seguimiento hasta 3 meses después del alta hospitalaria.

Muchos pacientes se benefician del sistema personalizado de dosificación (SPD) que se ofrece en las farmacias comunitarias, por lo que las modificaciones de tratamiento deben comunicarse de inmediato al farmacéutico responsable de este servicio. En dirección inversa, se propicia una línea abierta para cualquiera de los profesionales que necesite contactar con el farmacéutico hospitalario.

PARTICULARIDADES DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL PACIENTE AMBULATORIO.

El paciente ambulatorio de un centro hospitalario es aquel que acude a la consulta de atención especializada, donde se pueden producir cambios en la medicación domiciliaria. Por ello, es de gran importancia que el facultativo especialista disponga de la información actualizada referente a la medicación del paciente para que la pueda modificar según la situación clínica del paciente.

El seguimiento farmacoterapéutico y la conciliación de la medicación puede llevarse a cabo por parte del farmacéutico, mediante la misma metodología que en el paciente ingresado, pero en este caso la atención al paciente tiene lugar en la consulta médica¹² o en la unidad de pacientes externos del servicio de farmacia.

Igualmente el paciente recibe información y educación sanitaria sobre su tratamiento farmacológico, insistiendo en los cambios establecidos en la medicación: aquellos medicamentos que se han suspendido y los que se inician o cambian de dosis o pauta posológica. Se debe aprovechar la entrevista clínica para conocer los hábitos de toma de medicamentos, si presenta algún problema en la administración o nota algún efecto adverso que requiera el consiguiente manejo. Igual de importante es establecer la adherencia al tratamiento y las posibles causas del no cumplimiento.

Los cambios realizados en la medicación de los pacientes ambulatorios se deben transmitir al siguiente responsable de salud del paciente, generalmente el médico de atención primaria.

LA RECETA ELECTRÓNICA COMO VEHÍCULO DE INFORMACIÓN EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

La receta médica electrónica es un procedimiento tecnológico que permite desarrollar las funciones profesionales sobre las que se produce la prescripción de medicamentos de forma automatizada, de manera que las órdenes de tratamiento se almacenan en un repositorio de datos al cual se accede desde el punto de dispensación para su entrega al paciente¹³.

La progresiva implantación de la receta electrónica en las diferentes comunidades autónomas ha supuesto un cambio importante en el proceso de prescripción y dispensación de medicamentos en nuestro entorno. La receta electrónica se ha implementado ampliamente en el ámbito de la atención primaria y existen algunas experiencias piloto de la implantación de la misma en la atención especializada.

En el momento en que la receta electrónica finalice su implantación, tanto en la atención primaria como en la especializada, se podrá establecer como la herramienta fundamental para la transmisión de la información referente a los tratamientos farmacológicos de los pacientes, puesto que para la modificación del plan terapéutico, se requiere obtener el plan de medicación actualizado. Mediante un sistema de mensajería y alertas de cambios de medicación disponible en el software de prescripción, los facultativos pueden acordar las discrepancias que puedan surgir del proceso asistencial.

BENEFICIOS DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN PARA LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LOS TRATAMIENTOS^{14,15}

- Reducción del riesgo de errores de medicación y eventos adversos relacionados: conseguir un aumento de disponibilidad de información exacta y actualizada sobre la medicación de los pacientes.
- Mejor comunicación entre profesionales sanitarios y otros profesionales implicados en la transferencia y el cuidado del paciente y sus familiares o cuidadores en los diferentes niveles asistenciales, cubriendo todos los sectores sanitarios y sociales.
- Mayor participación del paciente, y sus familiares o cuidadores, en el autocuidado: ayudar a los pacientes a desarrollar una mejor comprensión sobre sus medicamentos y una mayor capacidad de comunicar esa información a los profesionales de la salud.
- Reducción potencial de recursos sanitarios y tiempo de profesionales: los profesionales sanitarios invierten un tiempo en

localizar la información de los medicamentos de los pacientes y, frecuentemente, generan prescripciones y consecuentes dispensaciones que podrían no ser necesarias.

- Evitar duplicar esfuerzos cuando los profesionales sanitarios de diferentes niveles asistenciales deben averiguar la misma información sobre los medicamentos: esta información es transferida eficazmente al mismo tiempo que el paciente cambia de nivel asistencial.

- Mejora el registro de datos en los documentos: la información apropiada de medicamentos evita la transmisión de errores en la transición asistencial del paciente.

- Disponibilidad de información exacta de medicamentos: esencial para iniciar el tratamiento apropiado rápidamente.

- Evitar omisiones de la información de medicamentos relacionadas con el ingreso a centros hospitalarios o instituciones: la medicación no conciliada puede conllevar errores en la prescripción, administración, o monitorización de tratamientos.

- Promover el trabajo en un equipo multidisciplinar.

- Aumento de la integración de otros servicios, como los sociales, a los servicios sanitarios, por ejemplo incluir las instituciones y residencias asistidas en los canales de comunicación.

- Promoción del desarrollo de procedimientos estandarizados para el manejo de la transición asistencial de la información de la medicación del paciente.

- Ventajas de la conciliación de la medicación para el **paciente**:

- Disminución riesgo de errores de medicación.
- Aumento de la confianza en los profesionales y el sistema sanitario.
- Reducción del retraso en recibir la medicación adecuada.
- Mayor participación en su autocuidado.
- Disminución del riesgo de reingreso debido a problemas de cumplimiento.
- Disminución potencial de la estancia hospitalaria por el inicio precoz de la medicación adecuada.

- Ventajas de la conciliación de la medicación para el **equipo clínico** (médicos, enfermería, farmacéuticos) tanto de atención especializada como de atención primaria:

- Disposición de la información de los medicamentos al mismo tiempo que la transición del paciente.
- Evita errores de prescripción, dispensación y administración.
- Evita retrasos en la prescripción, dispensación y administración de medicamentos adecuados.
- Seguimiento farmacoterapéutico adecuado.

- Ventajas de la conciliación de la medicación para **sistema sanitario**:

- Incremento de la calidad de los procesos asistenciales.
- Disminución del número de ingresos o del tiempo de estancia hospitalaria debido a los problemas relacionados con los medicamentos.
- Uso racional de los recursos disponibles.

BIBLIOGRAFIA:

1. COLABORACIÓN ENFERMERA-FARMACÉUTICO. Am J Health-Syst Pharm 2009, 66: 2027-31
2. Conciliación de la medicación durante las transiciones asistenciales como estrategia de seguridad del paciente. Ann Intern Med. 2013;158:397-403
3. Efecto de la conciliación al ingreso sobre las discrepancias farmacológicas durante el ingreso y al alta hospitalaria. Ann Pharmacother 2012;46:484-9
4. Metodología de conciliación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. Aten Primaria. 2014;46(2):89---99
5. Institute for Healthcare Improvement (IHI). Prevent Adverse Drug Events (Medication Reconciliation). 25/12/2015. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/MedicationReconciliationReview.aspx> (último acceso 9/03/2017).
6. Roure C, Gorgas MQ, Delgado O (Coordinadoras). Guía para la implantación de programas de Conciliación de la Medicación en centros sanitarios. Societat Catalana de Farmàcia Clínica. Barcelona, 2010. http://www.scfarmclin.org/docs/conciliacio/conciliacion_medica_cat.pdf (último acceso 9/04/2017).
7. La Recomendación Farmacéutica para Mejorar las Transiciones Asistenciales. Ann Pharmacother 2012;46:1152-9
8. Influencia de un programa de conciliación terapéutica en la tasa de reingreso de pacientes ancianos. Pharm Care Esp. 2014; 16(4): 130-141
9. National Patient Safety Goals. Hospital Accreditation Program. The Joint Commission on Accreditation of Health-Care Organizations (JCAHO). The Joint Commission, 2012. http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NPSG_Chapter_Jan2012_HAP.pdf (último acceso 9/04/2012).
10. Resar R. Exemple of guideline for Time Frames for Completing Reconciling Process. Massachusetts Hospital Association Medication Error Prevention. <http://www.macoalition.org/Initiatives/RecMeds/4hrMeds.pdf> (último acceso 10/03/2017).
11. Plan de medicación personalizado. CedimCat. Centro de Información de Medicamentos de Cataluña. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. <http://www.cedimcat.info/medbase/defaultEs.aspx?showPlan=true> (último acceso 10/03/2017).
12. Gastelurrutia P, Benrimoj SI, Espejo J, Tuneu L, Mangues MA, Bayes-Genis A. Negative clinical outcomes associated with drug-related problems in heart failure (HF) outpatients: impact of a pharmacist in a multidisciplinary HF clinic. Journal of Cardiac Failure 2011; 17(3)217-223.
13. Proyecto: Receta electrónica en el SNS. Tecnología/Receta electrónica. <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic03.htm> (último acceso 10/03/2017).
14. National Prescribing Center (NPC). Guide Medicines Reconciliation: A Guide to Implementation. NHS, 2008.
15. CONSULTENOS: programa de información al alta hospitalaria. Farm Hosp. 2008;32(6):323-30

FORMACIÓN DICAF / CURSOS ONLINE:

Farmacoterapia del paciente pediátrico II. Patologías frecuentes del paciente pediátrico.

Acreditado por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Acreditado con 9,9 créditos - 65 horas



Patología infecciosa en el paciente pediátrico.

Acreditado por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Acreditado con 4,7 créditos - 30 horas



Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>

Información y suscripciones:

DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>



www.dicaf.es