

P0019_PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN



Elaboración (versión): Enero 2022. Versión 1

Elaborado por: Susana Cifuentes Cabello. UGC Farmacia - HUT

Validado por: Unidad de Calidad

Autorizado por: Dirección Asistencial del HU Torrecárdenas



ÍNDICE

- I. INTRODUCCIÓN**
- II. OBJETIVOS**
- III. DEFINICIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN**
- IV. TERMINOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DE LAS DISCREPANCIAS**
- V. PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN**
- VI. EVALUACIÓN**



I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el tercer reto mundial de seguridad del paciente “**Medicación sin daño**” recomienda establecer actuaciones de mejora de la seguridad de la medicación en tres áreas prioritarias: las transiciones asistenciales, la polimedición inapropiada y las situaciones de alto riesgo. Estas áreas están asociadas con un riesgo elevado de que se produzcan errores de medicación que causen daños a los pacientes, por lo que, según la OMS, si se actúa eficazmente en dichas áreas, será más factible reducir los eventos adversos evitables causados por los medicamentos (1).

En la **Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (Periodo 2015-2020)** se incluye en el objetivo específico de la Línea Estratégica 2 (Prácticas clínicas seguras) el “Promover la conciliación de los medicamentos durante las transiciones asistenciales” (2). Los estudios realizados en España sobre errores de medicación en las transiciones asistenciales han permitido corroborar la magnitud de este problema en nuestro país: hasta un 86,8% de los pacientes pueden presentar algún error de conciliación al ingreso hospitalario y hasta un 63% al alta (3).

La conciliación de la medicación es una práctica bien definida y estandarizada, cuya implantación efectiva precisa recursos humanos y tecnológicos. Es un proceso formal y multidisciplinar, que trata de lograr que la información que se trasmite sobre la medicación en los puntos de traspaso asistencial sea única, precisa y completa (4). El proceso de conciliación requiere: a) obtener una “historia completa de la medicación domiciliar”, llamada también “mejor historia de medicación domiciliar posible”, utilizando al menos una fuente de información, para conocer la medicación del paciente, y realizando una entrevista estructurada al paciente o sus familiares o cuidadores, para completar y verificar dicha información; b) comparar esta historia con los nuevos medicamentos que se prescriben en cada punto de transición asistencial, e identificar y resolver cualquier discrepancia; y c) asegurar que en todo momento está disponible una lista completa y actualizada de la medicación para el paciente o sus familiares y cuidadores, y para todos los profesionales que le atienden.



II. OBJETIVOS

General:

Garantizar (en todos los cambios de ámbito sanitaria): que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente, que éstos estén prescritos con la dosis, la vía y la frecuencia correcta y que son adecuados a la nueva prescripción hecha en la unidad receptora.

Específicos:

- Disponer de una herramienta sistemática para conciliar los medicamentos que el paciente toma en el medio domiciliario y en el hospitalario.
- Detectar y registrar los errores de conciliación de medicamentos que se producen en el Complejo Universitario Torrecárdenas.
- Corregir las posibles discrepancias de tratamiento para minimizar la producción de incidentes de seguridad relacionados con la medicación en las transiciones asistenciales.



III. DEFINICIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

3.1 Definición

La conciliación de la medicación es el proceso formal y estandarizado de obtener la lista completa de la medicación previa de un paciente, compararla con la prescripción activa, y analizar y resolver las discrepancias encontradas (5).

Este proceso debe realizarse con la participación del paciente/cuidador siempre que sea posible, para valorar su cumplimiento terapéutico.

Es necesario realizar la conciliación de la medicación en el momento del ingreso y del alta hospitalaria, y en general siempre que se produzca un cambio de responsabilidad que implique una actualización del tratamiento, con el objetivo de eliminar los **errores derivados de los fallos en la comunicación** del tratamiento farmacológico del paciente (6).

3.2 Etapas del proceso de conciliación de la medicación

Este proceso consta de las siguientes etapas:

- Elaboración de la lista de medicación domiciliaria/previa del paciente.
- Revisión de la lista de medicación activa prescrita.
- Comparación y detección de discrepancias aparentemente no justificadas que requieren aclaración.
- Aclaración de discrepancias y documentación de cambios realizados.
- Elaboración de una lista de «medicación conciliada» en el Informe de Alta del paciente.
- Actualización en prescripción electrónica extrahospitalaria (Receta XXI) de la lista de medicación conciliada.



La obtención del listado completo de medicación habitual del paciente llamada también “mejor historia de medicación domiciliaria posible”, se considera un punto crítico del proceso de conciliación, ya que el resto del proceso dependerá de la calidad de la lista de medicación habitual obtenida. Lo ideal es realizar la entrevista y elaborar la lista de medicación domiciliaria previa antes de cualquier prescripción; si esto no es posible, debe realizarse antes de que se cumplan las 24 horas. Algunos medicamentos deben ser conciliados en las primeras 4 horas del ingreso, por presentar un riesgo asociado a la omisión o a la administración (7) tabla 2.

Tabla 2. Fármacos cuyo tiempo de conciliación es inferior a 4 horas.

-
- ADO, si dosis múltiples diarias
 - Agonistas alfaadrenérgicos (clonidina, metildopa, moxonidina)
 - Agonistas betaadrenérgicos, bromuro de ipratropio y corticosteroides inhalados
 - Antiarrítmicos (amiodarona, quinidina, disopiramida, dronedarona)
 - Antibióticos
 - Antiepilépticos y anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, ácido valproico, oxcarbazepina, fenobarbital, pregabalina, topiramato)
 - Antirretrovirales
 - Azatioprina
 - Betabloqueantes
 - Calcio antagonistas
 - Ciclofosfamida
 - IECA o ARA-II, si dosis múltiples diarias
 - Inhibidores leucotrienos (montelukast, zafirlukast)
 - Insulina
 - Metotrexato
 - Nitratos
 - Terapia ocular
-

ADO: antidiabéticos orales; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; ARAII: antagonistas del receptor de la angiotensina II.

La medicación que debe ser conciliada es la siguiente:

- Medicamentos de prescripción médica. En caso de cirugía programada, también deben recogerse las recomendaciones sobre la medicación que el paciente recibió en la visita preoperatoria.
- Medicación no sujeta a receta médica y plantas medicinales que toma el paciente de forma habitual y continuada.

La “mejor historia de medicación domiciliaria posible” debe contener información complementaria sobre alergias/intolerancias, suspensión previa de medicamentos por



efectos secundarios, así como medicamentos de venta libre (*over-the-counter* [OTC]), plantas medicinales o medicamentos que se tome de forma discontinua.

En la evaluación de la gravedad de los errores de conciliación se utilizará la clasificación del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (8) tabla 3.

Tabla 3. Gravedad de los errores de conciliación.

Categoría A	No error, pero posibilidad de 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
Categoría D	Error que alcanza al paciente y hubiera necesitado monitorización y/o intervención para evitar el daño
Categoría E	Error que hubiera causado un daño temporal
Categoría F	Error que hubiera causado un daño que requeriría hospitalización o prolongación de la estancia
Categoría G	Error que hubiera causado un daño permanente
Categoría H	Error que hubiera requerido soporte vital
Categoría I	Error que hubiera resultado mortal

3.3 Ámbito de aplicación

El objetivo final del Programa de Conciliación de la Medicación en el Complejo Universitario de Torrecárdenas es abarcar la totalidad o la mayoría de los pacientes atendidos. Sin embargo se considera prioritario realizarla a **dos perfiles de pacientes** que por su complejidad de manejo farmacológico son más susceptibles de presentar errores o discrepancias de tratamiento durante la hospitalización, estos son:

- Pacientes de 70 años o más y con 10 ó más medicamentos (criterio de polimedicado para el SAS) como tratamiento domiciliario habitual.
- Pacientes usuarios de centros sociosanitarios.



IV. TERMINOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DE LAS DISCREPANCIAS

Se considera «discrepancia» cualquier diferencia entre la medicación domiciliaria crónica que el paciente tomaba previamente y la medicación prescrita en el hospital. Una discrepancia no constituye necesariamente un error. De hecho, la mayor parte de las discrepancias obedecen a la adaptación de la medicación crónica al nuevo estado clínico del paciente o a la realización de exploraciones y/o intervenciones con las que la medicación habitual pudiera interferir.

Durante el proceso de comparación entre la lista de medicación domiciliaria previa del paciente y la nueva medicación prescrita, podemos encontrarnos con las situaciones indicadas en la tabla 4.

Tabla 4
Discrepancias justificadas que no requieren aclaración
Decisión médica de no prescribir un medicamento o cambiar su dosis, frecuencia o vía en función de la nueva situación clínica
Decisión médica de cambio posológico o de vía de administración de un medicamento en función de la nueva situación clínica
Inicio de nueva medicación justificada por la situación clínica
Sustitución terapéutica según la Guía Farmacoterapéutica del hospital y los Programas de Intercambio Terapéutico
Discrepancias que requieren aclaración
Omisión de medicamento El paciente tomaba un medicamento necesario y no se ha prescrito sin que exista justificación clínica explícita o implícita para omitirlo
Diferente dosis, vía o frecuencia de un medicamento Se modifica la dosis, la vía o la frecuencia con que el paciente lo tomaba sin que exista justificación clínica, explícita o implícita, para ello
Prescripción incompleta La prescripción del tratamiento crónico se realiza de forma incompleta y requiere aclaración
Medicamento equivocado Se prescribe un nuevo medicamento sin justificación clínica, confundiéndolo con otro que el paciente tomaba y que no ha sido prescrito

**Inicio de medicación (discrepancia de comisión)**

Se inicia un tratamiento que el paciente no tomaba antes, y no hay justificación clínica, explícita o implícita, para el inicio

Una vez detectadas las discrepancias que requieren aclaración, éstas deben ser comentadas con el médico prescriptor, ya sea verbalmente o mediante comunicación escrita.

- En caso de que el prescriptor modifique el tratamiento y corrija las discrepancias, consideraremos que se trata de un **error de conciliación**.
- En caso de que el prescriptor no modifique la prescripción, una vez informado de la discrepancia, consideraremos que se trata de una **discrepancia justificada**, no un error, y se sumará a las discrepancias justificadas que no requerían aclaración inicialmente.

En ocasiones no será posible llegar a aclarar la discrepancia con el prescriptor de forma inequívoca (p. ej., cuando tras una notificación escrita no se recibe ninguna respuesta que ratifique o anule la prescripción que requirió aclaración).

En estos casos se considera que la medicación no ha sido conciliada porque no se han completado todas las etapas del proceso (detección, aclaración y resolución), y se clasificará como **discrepancia no resuelta**. No obstante, se debe insistir hasta resolverla, especialmente si se trata de medicación de riesgo.

Es posible que, en algún caso, los motivos con los que el prescriptor justifica una aparente discrepancia no resulten convincentes. A pesar de ello, si ha sido aclarada, se considerará que prevalece el criterio del prescriptor a la hora de considerarlo una discrepancia justificada y no un error de conciliación. Es decir, el error de conciliación es el aceptado como tal por el prescriptor

El objetivo del proceso de conciliación de la medicación no es juzgar la práctica médica ni cuestionar las decisiones clínicas individuales, sino detectar y corregir los posibles errores de medicación que habrían pasado inadvertidos.



V. PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

En el Complejo Universitario Torrecárdenas realizaremos la Conciliación de medicación **al ingreso, al alta del paciente y entre transiciones asistenciales.**

5.1 Selección del paciente para inclusión en el programa de conciliación:

Los pacientes susceptibles de ser incluidos en el programa de conciliación serán, principalmente, aquellos pacientes que cumplan los criterios anteriormente mencionados:

- Pacientes de 70 años o más y con 10 ó más medicamentos como tratamiento domiciliario habitual.
- Pacientes institucionalizados (residencias sociosanitarias, ej: CSS El Zapillo).

5.2 -Etapas del proceso de Conciliación y asignación de responsabilidades:

CONCILIACIÓN AL INGRESO				
Qué	Quién	Cuándo	Cómo	Dónde
1.-Selección /captación de pacientes para inclusión en la Conciliación	Facultativ@ Enfermer@	Al ingreso	Entrevista Clínica/ Aplicación de criterios de inclusión	Unidad de Hospitalización.
2.-Elaboración de la lista de medicación previa del paciente	Facultativ@ Enfermer@	Al ingreso Al ingreso	Acceso a Receta XXI y Entrevista Clínica/ Solicitar al paciente su “bolsa de medicamentos”	Unidad de Hospitalización. REGISTRO DE LA MEDICACIÓN DOMICILIARIA EN HOJA DE ANAMNESIS
3.-Revisión de la lista de medicación activa prescrita y detección de discrepancias	Farmacetic@	Durante la validación del tratamiento	Visualización de la lista de medicación y la prescripción activa	Farmacia
4.-Aclaración de discrepancias	Farmacetic@	Lo antes posible tras la detección	Nota amarilla en la e-prescripción y/o contacto con el	Unidad de Hospitalización/Farmacia



			prescriptor	
5.-Documentación de los cambios realizados	Farmacetic@	Una vez realizados los cambios	Registro en la Hª Clínica del paciente y e-prescripción	Farmacia/Unidad de Hospitalización

CONCILIACIÓN AL ALTA				
Qué	Quién	Cuándo	Cómo	Dónde
6.- Elaboración del Informe de ALTA del paciente.	Facultativ@	Al Alta	Incluir en el Informe de ALTA toda la medicación, tanto la habitual como la de nueva prescripción.	Unidad Hospitalización.
7.- Actualizar Receta XXI	Facultativ@	Al Alta	Actualizar la totalidad de prescripciones activas e incorporar los nuevos si los hubiera.	Unidad Hospitalización.

5.2.1 Descripción de las etapas del Procedimiento de Conciliación:

5.2.2.1. Conciliación al Ingreso:

- Selección /captación de pacientes y elaboración de la lista de medicación previa para inclusión en la Conciliación:

La identificación y selección de los pacientes para conciliación se realizará:

- Por el Facultativo responsable de Farmacia.

Una vez seleccionado el paciente se procederá a la recogida de información farmacológica utilizando alguna de las siguientes fuentes de información:

- Listado de prescripción ambulatoria de la Historia de Salud del Paciente (Receta XXI). La recogida de esta información será llevado a cabo por el *Facultativo de farmacia*.
- Entrevista con el paciente y/o su cuidador o familia: La *enfermera/facultativo* solicitará al paciente, cuidador o familiar que aporte los envases de los fármacos que maneje en su domicilio (su “bolsa”) y se le solicitará información sobre otros medicamentos o productos que el paciente consuma, cómo toma la medicación,



si ha presentado alguna incidencia con alguno y toda información relativa al consumo de fármacos.

*Toda esta información recogida será **unificada y registrada** por el farmacéutico en la Hoja de Anamnesis de la Historia de salud del paciente y se anotará en el “TEXTO ASOCIADO” de la prescripción electrónica la indicación “**paciente en conciliación**”.*

*En el caso que por baja disponibilidad de recursos no se puedan abarcar a todos los pacientes, se han establecido unos **criterios de priorización** para seleccionar a los pacientes dentro de los candidatos a conciliación.*

Criterios de priorización:

Pacientes con medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos (amiodarona, espirolactona, digoxina) y medicamentos de estrecho valor terapéutico (tacrólimus, fenitoína, valproico)

- Revisión de la lista de medicación activa del paciente y detección de posibles discrepancias

Será el Farmacéutico el responsable de realizar la revisión y comparación de las listas de medicación del paciente (medicación previa y prescripción actual) para la detección de las posibles discrepancias que precisen aclaración.

Si se detecta alguna discrepancia de tratamiento el Farmacéutico solicitará aclaración con el prescriptor, bien vía prescripción electrónica o bien por contacto telefónico dependiendo de la repercusión que la misma pudiera tener para el paciente.

Una vez resueltas las posibles discrepancias se procederá por parte del Facultativo responsable a documentar los cambios que se hayan producido en la Historia de Salud del paciente.

5.2.2.2.- Conciliación al alta:

En el momento del Alta del Paciente, el Facultativo revisará la medicación domiciliaria del paciente, tanto la habitual que se considere oportuna como la de nueva incorporación, y lo dejará también actualizado en Receta XXI. En el caso que no lo hagamos pondremos en contacto con las responsables de Farmacia de Atención Primaria (AP), para que ellas a su vez pongan al corriente de los cambios al médico de AP de



dicho paciente

5.2.2.3.- Conciliación en las transiciones asistenciales:

Es el procedimiento que se realiza cuando el paciente se va de alta de un centro a otro.

En ese caso se sigue el mismo procedimiento que en los pacientes al alta, con la salvedad que el informe de medicación actualizado se le envía directamente al médico responsable del centro de destino.

VI. EVALUACIÓN

Para evaluar la aplicación del Procedimiento de Conciliación se realizará una auditoría con periodicidad anual por parte de la UGC de Farmacia.

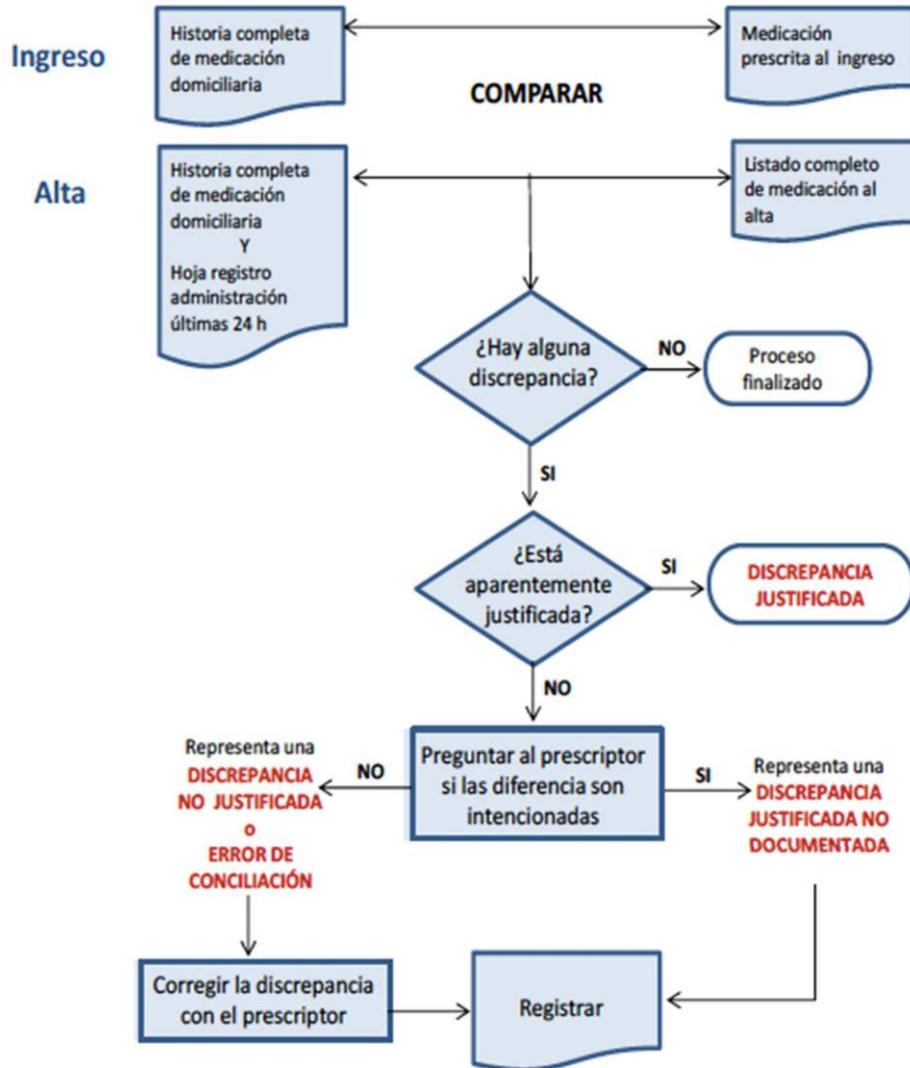
1.- nº de pacientes conciliados /nº total de pacientes que cumplen criterios de inclusión en el programa de conciliación * 100.

2.- nº de pacientes conciliados con criterios de priorización / nº total de pacientes que cumplían criterios de priorización candidatos a conciliación * 100.

3.- nº de informes de conciliación registrados en la historia de salud / nº total de informes realizados * 100.



Tabla 5. Resumen de la conciliación de la medicación al ingreso y al alta.





BIBLIOGRAFÍA

- 1.- *Medication without harm. WHO global patient safety challenge 2017.* Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>
- 2.- *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
- 3.- *Recomendaciones de Prácticas Seguras en la Conciliación de la Medicación al Alta Hospitalaria en Pacientes Crónicos.* Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social;2019. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Practicas-seguras-conciliacion-4-11-2019.pdf>
- 4.- Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. *Hospital-Based Medication Reconciliation Practices: A Systematic Review.* Arch Intern Med. 2012;172(14):1057-1069.
- 5.- IHI. *Prevent adverse drug events medication reconciliation getting started kit: how to guide institute for healthcare improvement, 2007.*
- 6.- *Documento de Consenso en terminología y clasificación en Conciliación de la Medicación.* Grupo de consenso con el aval de la S.E.F.H. Ed. Mayo, 2009.
- 7.- Calderón Hernanz B, Oliver Noguera A, Tomás Vecina S, Baena Parejo MI, García Peláez M, Juanes Borrego A, et al. *Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias.* Emergencias. 2013; 25: 204-17.
- 8.- *NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors.* Disponible en: <https://www.nccmerp.org/sites/default/files/taxonomy2001-07-31.pdf>
- 9.- Corral Baena S, Garabito Sánchez MJ, Ruíz Romero MV, Vergara Díaz MA, Martín Chacón ER, Fernández Moyano A. *Impacto de una aplicación informática en la mejora*



de la conciliación de la medicación al alta hospitalaria. *Rev Calid Asist.* 2014; 29:278-86.

10.- *Medication Safety in Transitions of Care. World Health Organization (WHO); 2019.*
Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325453/WHO-UHC-SDS-2019.9-eng.pdf?ua=1>