CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Redactado por:	**Aprobado por:**
Departamento corporativo de calidad y seguridad del paciente. *Fecha: 17/06/2024*	*Dirección de Asistencia y Calidad* *Fecha: 17/06/2024*

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN		
Versión	**Fecha**	**Modificación**
1	24/09/2020	✓ Primera edición del documento
2	20/09/2022	✓ Actualización portada del documento
3	17/06/2024	✓ Actualización de la bibliografía

INDICE

1. **OBJETO Y ALCANCE** 3
2. **DEFINICIONES** 4
3. **DESARROLLO** 6
   3.1. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN 6
   3.2. ETAPAS DEL PROCESO DE CONCILIACIÓN 7
   3.3. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN LOS DIFERENTES PUNTOS DE LA TRANSICIÓN ASISTENCIAL 8
   3.4. INDICADORES DEL PROCESO DE CONCILIACIÓN 9
4. **BIBLIOGRAFÍA** 10
5. **REGISTROS Y ANEXOS** 100
   5.1. ANEXO I. GUÍA PARA LA CONCILIACIÓN POR GRUPOS DE MEDICAMENTOS 100
   5.2. ANEXO II. CONCILIACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS AL INGRESO: CUADRO RESUMEN. 100

1. OBJETO Y ALCANCE

Uno de los problemas más frecuentes de seguridad del paciente es la falta de información precisa y completa sobre los medicamentos que toma en la transición del paciente entre dispositivos y servicios asistenciales (ingreso, alta, transiciones entre servicios). Estas transiciones colocan per se al paciente en riesgo de sufrir incidentes de seguridad asociados a la medicación, que pueden derivar en eventos adversos que hubieran podido ser evitados. La conciliación de la medicación es la acción específicamente diseñada para prevenir estos incidentes de seguridad.

La conciliación de la medicación hace referencia a la coordinación entre la medicación habitual que toma el paciente y las necesidades derivadas de su ingreso hospitalario: continuar con aquella medicación compatible, suspender aquella que pueda interaccionar con los procedimientos a realizar durante el ingreso, sustituir medicación por otra con los mismos efectos terapéuticos.

Por tanto, en la conciliación de la medicación es necesario:

- Obtener la mejor historia farmacoterapéutica posible sobre la medicación del paciente, previamente a una transición asistencial (al ingreso, cambio de unidad o responsable, al alta).
- Detectar las posibles discrepancias si las hubiera, entre la medicación previa y la medicación activa que realmente toma el paciente.
- Confirmar su tratamiento crónico actualizado, resolviendo las discrepancias detectadas, mediante la comunicación y coordinación de todos los profesionales sanitarios que atienden a un mismo paciente.

En la conciliación de la medicación, están implicados todos los profesionales sanitarios del paciente en los diferentes niveles asistenciales.

Los errores de conciliación se derivan de problemas organizativos como la descoordinación entre niveles asistenciales, la falta de comunicación eficaz de la información farmacoterapéutica entre profesionales sanitarios o la ausencia de un registro adecuado, actualizado y accesible de la medicación del paciente. Factores como la pluripatología, la polimedicación, la automedicación, la situación clínica y personal del paciente en las transiciones asistenciales, pueden condicionar la aparición de errores de conciliación.

Las discrepancias que se producen entre los medicamentos que el paciente tomaba antes del ingreso y la prescripción hospitalaria incluyen algunos como:

- discontinuidad de una medicación crónica necesaria durante el ingreso,
- continuidad de una medicación crónica contraindicada o innecesaria durante el ingreso,
- duplicidad terapéutica entre una medicación crónica no suspendida y una nueva medicación en el hospital,
- modificación no justificada de la dosis/frecuencia y/o vía de administración de la medicación crónica.

En este marco conceptual, el objetivo de esta guía es ofrecer una serie de recomendaciones generales para la conciliación de los medicamentos y garantizar que, a lo largo de todo el proceso de atención en los centros Quironsalud, los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que tomaban previamente, con la dosis, la vía y la frecuencia correctas y adecuadas a la situación del paciente, así como a la nueva prescripción realizada en el hospital.

2. DEFINICIONES

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: Proceso formal y estandarizado de obtener la lista completa de la medicación previa del paciente, compararla con la prescripción activa, y analizar y resolver las discrepancias encontradas.

Listado completo de la medicación: es aquél que contenga toda la información sobre dosis, vía de administración, posología y duración por cada medicamento de los que componen el tratamiento. Es especialmente importante evitar las órdenes o instrucciones genéricas del tipo: "reiniciar su medicación habitual", "continuar tratamiento habitual" o "resto de medicación igual".

Transición asistencial: toda interfaz en la que la prescripción debe ser revisada y nuevamente confirmada y verificada de acuerdo con las políticas de la organización. A nivel hospitalario incluye el ingreso, traslado de servicio y el alta hospitalaria.

Discrepancia: cualquier diferencia entre la medicación que el paciente tomaba previamente y la medicación prescrita tras una transición asistencial. No constituye necesariamente un error.

Tipos:

- Discrepancia intencionada documentada o justificada: el prescriptor decide añadir, cambiar o cesar un tratamiento y esta decisión se encuentra claramente documentada.
- Discrepancia intencionada no documentada (que requiere aclaración): el prescriptor decide añadir, cambiar o cesar un tratamiento, pero esta decisión no se encuentra claramente te documentada. No se trata de un error de medicación, pero puede llevar a confusión, requiere un trabajo extra del siguiente profesional que atiende al paciente y podría, finalmente, derivar en un error de medicación.
- Discrepancia no intencionada o error de conciliación: el prescriptor, sin ser consciente de ello, añade un nuevo tratamiento o bien cambia o cesa un tratamiento que el paciente estaba tomando previamente. Se trata de errores de medicación potenciales que pueden provocar efectos adversos.

Error de conciliación (EC): toda discrepancia entre el tratamiento previo y el posterior que no es justificada por el médico. Para calificar una discrepancia como error de conciliación, el prescriptor debe aceptarlo como tal tras solicitar su aclaración.

Causas:

- Pluripatología y polimedicación
- Superespecialización
- Fragmentación de la atención sanitaria
- Falta de registros únicos de salud
- Situación al ingreso (priorización del problema agudo)
- Adaptación a los formularios de los centros
- Crecimiento del número y diversidad de los medicamentos disponibles

Tipos:

- 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 administración de un medicamento: se modifica la dosis, vía o frecuencia de un medicamento que el paciente 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 se tomaba antes, y no hay justificación clínica, explícita o implícita, para el inicio.
- Duplicidad: el paciente presenta una duplicidad entre la medicación previa y la nueva prescripción.
- Interacción: el paciente presenta una interacción clínicamente relevante entre la medicación previa y la nueva prescripción.
- Mantener medicación contraindicada: se continúa una medicación crónica contraindicada en la nueva situación clínica del paciente.

Clasificación de la gravedad:

- Sin daño potencial
- Requiere monitorización o intervención para prevenir el daño
- Daño potencial

CATEGORÍA		DEFINICIÓN
Incidente potencial o cuasi-incidente	Categoría A	Circunstancia o suceso con capacidad de causar un incidente
Incidente sin daño (1)	Categoría B	El incidente se produjo, pero no ha llegado al paciente
	Categoría C	El incidente ha llegado al paciente, pero no le ha causado daño
	Categoría D	El incidente ha llegado al paciente y no le ha causado daño, pero requiere monitorización y/o intervención para comprobar que NO ha causado daño al paciente
Incidente con daño	Categoría E	El incidente causa daño temporal al paciente y requiere intervención
	Categoría F*	El incidente causa daño temporal al paciente y requiere o prolonga la hospitalización.
	Categoría G*	El incidente contribuye o causa daños permanentes al paciente
	Categoría H*	El incidente compromete la vida del paciente y se requiere intervención para mantener su vida
Incidente mortal	Categoría I*	El incidente contribuye o causa la muerte del paciente

Fuente: National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. NCCMERP Index for categorizing medication errors, 2001.

Tiempo de conciliación: se considera un tiempo de conciliación óptimo de 4 horas para los medicamentos de alto riesgo o de corta semivida plasmática y de 24 horas para el resto de los medicamentos. El riesgo asociado a la administración contraindicada o a la omisión del medicamento se incrementa en el caso de antibióticos, insulina, hipoglucemiantes orales, antihipertensivos, inmunosupresores, inhaladores, anticomiciales, antianginosos y analgésicos.

CONCILIACIÓN EN 4 HORAS	CONCILIACIÓN EN 24 HORAS
• Analgésicos • Antianginosos • Antiarrítmicos • Antibióticos • Anticomiciales • Antihipertensivos dosis múltiples diarias • Inmunosupresores • Colirios y pomadas oftálmicas • Hipoglucemiantes orales dosis múltiples • Inhaladores • Insulina	• AINEs • Anticoagulantes • Antidepresivos • Antihipertensivos • Antineoplásicos • Antiplaquetarios • Antipsicóticos • Contraceptivos orales • Diuréticos • Electrolitos • Hierro • Hipoglucemiantes orales • Hipolipemiantes • Laxantes • Medicación gastrointestinal • Medicación tiroidea • Medicación tópica • Tratamiento hormonal sustitutivo • Vitaminas

3. DESARROLLO

3.1. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

La conciliación de la medicación es el proceso formal e interdisciplinario, que implica a los profesionales sanitarios y los pacientes o sus cuidadores, para lograr que la información que se transmite sobre la medicación en los puntos de transición o traspaso asistencial sea precisa y completa.

La conciliación requiere:

- Una revisión sistemática y exhaustiva de todos los medicamentos que esté tomando el paciente, para asegurar que cualquier medicamento que se añada, cambie o suspenda, se evalúe adecuadamente, con el fin de disponer de una lista exacta de la medicación del paciente.
- Que este proceso se realice en cada transición a lo largo de la continuidad asistencial.
- Que en todo momento esté disponible una lista precisa con la medicación para el paciente o familiares y para todos los profesionales que le atienden, especialmente cuando se va a efectuar una transición asistencial.

¿Quién realiza la conciliación?

La conciliación de la medicación está implícita en el acto de prescripción de un tratamiento farmacológico prescrito por un médico. Bajo este principio, el primer responsable de la conciliación de la medicación es el médico que indica el tratamiento del paciente a su ingreso en el hospital, seguido por el médico responsable del paciente durante su ingreso en el centro.
Esta asignación clara de responsabilidades no es óbice para que la conciliación de la medicación sea un objetivo y una responsabilidad compartida por todos los profesionales sanitarios que intervienen en el proceso de atención (personal médico, de enfermería, farmacéutico y técnico), y debe incorporarse a todas las actividades que realizan diariamente: valoración inicial del paciente al ingreso, pase de visita, prescripción médica de nuevas órdenes, cambios de turnos de enfermería, validación farmacéutica, educación sanitaria, elaboración del informe de alta, etc. Un responsable sanitario del paciente que considere que puede haber problemas derivados del nuevo tratamiento, a la luz del tratamiento previo, debe ponerse en contacto con el médico responsable y trasladarle su inquietud.

Este proceso debe realizarse con la participación del paciente y/o cuidador siempre que sea posible, para valorar la adherencia de la medicación, así como si existen otros medicamentos que el paciente esté tomando y no hayan sido recogidos en la historia clínica del paciente u otros documentos utilizados en la atención al paciente.

3.2. ETAPAS DEL PROCESO DE CONCILIACIÓN

El proceso de conciliación consta de varias etapas con diferentes profesionales implicados:

1. **Recogida de la información sobre la medicación previa al ingreso**: lista de medicación crónica.
   En este punto es importante recoger toda la historia farmacoterapéutica, que incluye:
   - Listado completo de medicamentos, dosis, pauta y última dosis administrada.
   - Listado de hábitos de automedicación y medicamentos sin receta para síntomas menores.
   - Fitoterapia 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.

   Se sugiere contrastar varias fuentes de información, que incluyen la historia clínica o prescripción de atenciones previas en el hospital. Una vez obtenida la información es necesario contrastarla con el paciente o el cuidador.
   Responsable: Médico y/o Farmacéutico y/o Enfermería

2. **Comparación con las órdenes activas de medicación del paciente en el hospital**.
   Responsable: Médico y/o Farmacéutico

3. **Detección de las discrepancias que requieran aclaración.**
   Una vez comparadas las órdenes el siguiente paso es detectar y clasificar las diferencias, revisando en la historia clínica una justificación a los cambios. Las discrepancias se pueden clasificar en el siguiente tipo:

No discrepancia: inicio de medicación justificada por la situación clínica.
Discrepancia justificada:
a) Decisión médica de no prescribir un medicamento o cambiar su dosis, frecuencia o vía en base a la nueva situación clínica,
b) Sustitución terapéutica según la Guía Farmacoterapéutico del hospital y los Programas de Intercambio Terapéutico.
Discrepancia que requiere aclaración:
a) Omisión de medicamento: el paciente tomaba un medicamento necesario y no se ha prescrito sin que exista justificación explícita o clínica para omitirlo,

b) 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,
c) Duplicidad: el paciente presenta duplicidad entre la medicación crónica y la prescrita en el hospital,
d) Interacción: el paciente presenta una interacción clínicamente importante entre la medicación crónica y la prescrita en el hospital,
e) Mantener medicación contraindicada durante el ingreso, se continúa una prescripción crónica contraindicada durante la estancia hospitalaria debido a la nueva situación clínica del paciente,
f) Prescripción incompleta: la prescripción del tratamiento crónico se realiza incompleta y requiere aclaración.

Responsable: Médico y/o Farmacéutico

4. **Comunicación y resolución de las discrepancias que requieren aclaración con el médico responsable.**
   Una vez detectadas las discrepancias que requieren aclaración se debe contactar con el médico responsable, que determinará si se trata de una discrepancia intencionada, que no es un error en sí misma pero debido a la falta de información en la historia clínica constituye una situación de riesgo para un error en un futuro, o si se trata de una discrepancia no intencionada o error de conciliación.
   Los errores de conciliación se deben notificar como eventos adversos y clasificar de acuerdo con su gravedad para un posterior análisis.

   Responsable: Farmacéutico y Médico

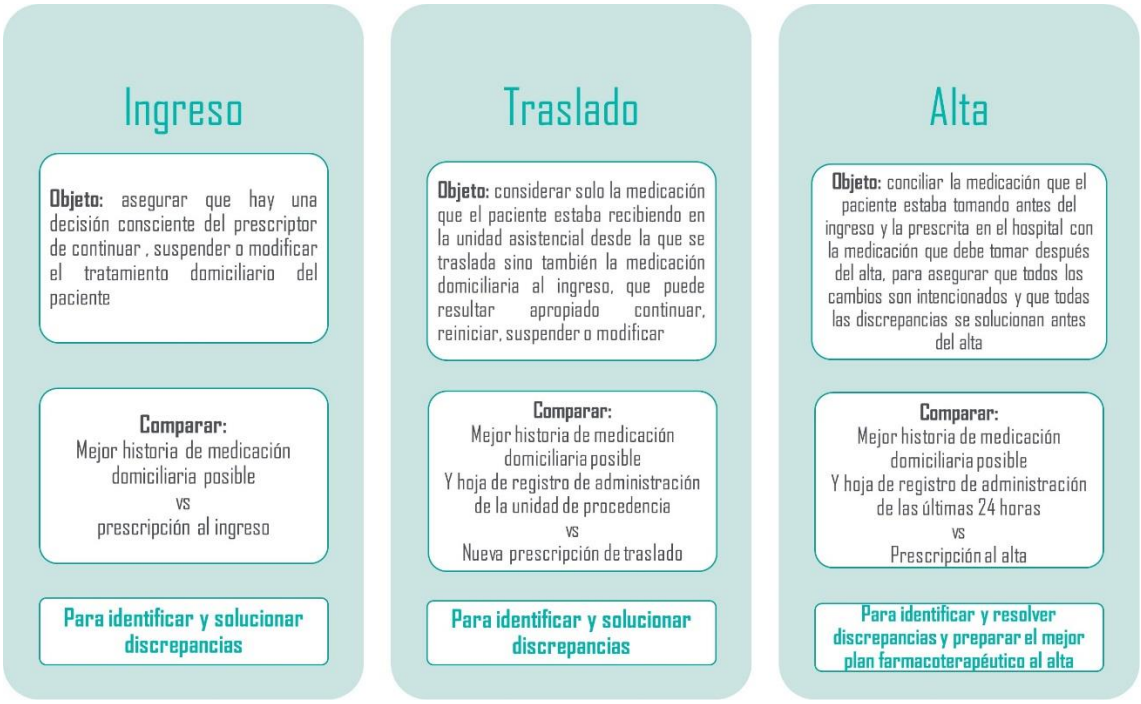
5. **Documentación de las discrepancias intencionadas no documentadas.**
   Si el motivo de la discrepancia no está debidamente documentado en la historia clínica del paciente y tampoco es deducible del estado clínico del paciente, este tipo de discrepancias no constituyen un error en sí mismas, pero si generan una situación de riesgo que puede contribuir a un error en el futuro.

6. **Comunicación al paciente/cuidador de los cambios derivados de la conciliación de la medicación.**
   El cumplimiento del tratamiento terapéutico depende en gran parte de la educación sanitaria que el paciente reciba sobre su tratamiento y no solo de tratamiento que reciba de su proceso asistencial sino también de su conciliación con su tratamiento crónico preexistente.

   Este punto es especialmente importante para asegurar un adecuado cumplimiento del tratamiento, y debe incluir información sobre el nombre de los medicamentos que debe tomar, para qué, su dosis y horas de administración, duración del tratamiento, así como los efectos secundarios más frecuentes y en qué caso deben consultarse con el médico. También es necesario explicar, en su caso, cuáles son los cambios en su medicación crónica para evitar errores de medicación al alta.
   Responsable: Médico

3.3. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN LOS DIFERENTES PUNTOS DE LA TRANSICIÓN ASISTENCIAL

La conciliación debe realizarse en distintos puntos de la atención sanitaria durante el ingreso:



La conciliación al ingreso es el punto de partida a todo proceso de conciliación posterior y por tanto de la calidad de la lista inicial de la medicación crónica previa al ingreso del paciente, dependerá el resto del proceso.

La conciliación debe realizar entre las 4 y las 24 horas, idealmente debería hacerse en el mismo momento en el que se prescribe el primer medicamento. Normalmente, como esto no es posible y la primera lista que se recoge debe rehacerse tras una o varias verificaciones.

3.4. INDICADORES DEL PROCESO DE CONCILIACIÓN

Es importante disponer de indicadores para evaluar la calidad de la prescripción farmacoterapéutica y del proceso de conciliación respecto al total de pacientes atendidos en el hospital.

A. INDICADOR DE COBERTURA DEL PROGRAMA DE CONCILIACIÓN	Ingreso	Postoperatorio	Traslado	Al alta
a1. % Pacientes con medicación conciliada / Total de pacientes atendidos				
B. INDICADORES DE SEGURIDAD:				
b1. Nº Pacientes con ≥ 1 error de conciliación / Total de pacientes revisados				
b2. Nº Errores de conciliación / Total de pacientes revisados				
b3. Nº errores graves (categoría E, F, G, H e I) / Nº errores de conciliación				

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Societat Catalana de Farmacia Clínica. Guía para la implantación de programas de Conciliación de la Medicación en los centros sanitarios. 2009.

2. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Buenas Prácticas en la Conciliación de la medicación en el ingreso, alta y transición interservicios.

3. Información Farmacoterapéutica de la Comarca (Osakidetza). Conciliación de la medicación. 2013: 21 (10).

4. Barnsteiner JH. Medication Reconciliation. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville; 2008.

5. National Institute for Health and Care Excellence. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. [London]: NICE; 2015. (NICE guideline [NG5]).

6. Joint Commission International. Joint Commission International Standards for Hospitals. 7ª ed. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources; 2020.

5. ANEXOS

5.1. ANEXO I. GUÍA PARA LA CONCILIACIÓN POR GRUPOS DE MEDICAMENTOS

5.2. ANEXO II. CONCILIACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS AL INGRESO: CUADRO RESUMEN.