

Guia per a la implantació de programes de Conciliació de la Medicació als centres sanitaris



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Guia per a la
implantació
de programes de
Conciliació
de la Medicació
als centres
sanitaris

BIBLIOTECA DE CATALUNYA - DADES CIP

Guia per a la implantació de programes de conciliació de la medicació als centres sanitaris

Referències bibliogràfiques

I. Roure Nuez, Cristina, dir. II. Gorgas Torner, Maria Queralt, dir. III. Delgado Sánchez, Olga, dir. IV. Ayestaran Altuna, Ana V. Catalunya. Departament de Salut VI. Societat Catalana de Farmàcia Clínica

1. Errors de medicació – Prevenció
2. Hospitals – Distribució de medicaments
3. Hospitals – Distribució de medicaments – Estudi de casos 615.03

© Generalitat de Catalunya
Departament de Salut
Travessera de les Corts, 131-159
Edifici Ave Maria
08028 Barcelona
www.gencat.cat/salut

Edita: Departament de Salut
Direcció General de Recursos Sanitaris
Primera edició: Barcelona, 29 gener de 2010
Tiratge: 500 exemplars
Disseny gràfic: Carelsa Nova
Dipòsit legal:

Autors i autores

Coordinació:

Cristina Roure Nuez

María Queralt Gorgas Torner

Olga Delgado Sánchez

Autors i autores:

Ana Ayestaran Altuna

Hospital de Barcelona SCIAS

Olga Delgado Sánchez

Hospital Universitari Son Dureta de Palma de Mallorca

Margarita Garau Gomila

Hospital Universitari Vall d'Hebron

Milagros García Peláez

Consorci Hospitalari Parc Taulí de Sabadell

María Queralt Gorgas Torner

Hospital Sant Bernabé de Berga

Ana Juanes Borrego Consorci

Consorci Hospitalari Parc Taulí de Sabadell

Julio Martínez Cutillas

Hospital Universitari Vall d'Hebron

Cristina Roure Nuez

CedimCat. Centre d'informació de Medicaments de Catalunya

Sumari

1. Presentació	6
2. Introducció	9
2.1. Errors de conciliació de la medicació	9
2.2. Causes dels errors de conciliació de la medicació	10
2.3. Magnitud del problema	11
2.4. Concepte de conciliació de la medicació	13
2.5. Resultats obtinguts amb la implantació de programes de conciliació de la medicació	14
2.6. Situació de la conciliació de la medicació a escala internacional	15
2.6.1. Història de la conciliació de la medicació	15
2.6.2. Grau d'implantació de la conciliació de la medicació als EUA	16
3. Objectiu de la Guia per a la implantació de programes de conciliació de la medicació als centres sanitaris	19
4. Metodologia	20
4.1. Terminologia: discrepàncies i errors de conciliació de la medicació	20
4.2. Classificació de la gravetat dels errors de conciliació de la medicació	21
4.3. Etapes del procés de conciliació de la medicació	22
4.3.1. Recollida de la informació sobre la medicació del pacient, prèvia a l'ingrés: llista de medicació crònica	23
4.3.2. Comparació amb les ordres actives de medicació del pacient a l'hospital	25
4.3.3. Detecció de discrepàncies que requereixen aclariment	26
4.3.4. Comunicació i resolució de les discrepàncies que requereixen aclariment amb el personal mèdic responsable	26
4.3.5. Documentació de les discrepàncies intencionades no documentades	27
4.3.6. Comunicació al pacient o cuidador dels canvis derivats de la conciliació de la medicació	27
4.4. Conciliació de la medicació en els diferents punts de transició assistencial	28
4.4.1. Conciliació a l'ingrés	28
4.4.2. Conciliació en els trasllats interns	29
4.4.3. Conciliació en hospitalització domiciliària	30
4.4.4. Conciliació en el postoperatori	30
4.4.5. Conciliació a l'alta	30
4.5. Impresos normalitzats per a la conciliació de la medicació	31
4.6. Recomanacions per a la conciliació de la medicació	32
4.7. Indicators sobre la conciliació de la medicació	33
4.8. Fonts d'informació sobre la conciliació de la medicació	33
5. Implantació d'un programa de conciliació de la medicació	34
5.1. Fase prèvia	34
5.1.1. Avaluació de la situació de partida al centre	34
5.1.2. Presentació del projecte a la Direcció	34
5.1.3. Creació de l'equip multidisciplinari de conciliació de la medicació del centre	34

5.2. Fase pilot	35
5.3. Extensió general del Programa de conciliació de la medicació al centre	36
6. Experiències de conciliació de la medicació en hospitals de Catalunya i Balears	37
6.1. Experiència de l'Hospital Universitari Son Dureta	37
6.2. Experiència de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron	37
6.2.1. Cobertura del Programa de conciliació de la medicació	37
6.2.2. Descripció del Programa de conciliació de la medicació	38
6.2.3. Resultat de l'experiència	40
6.3. Experiència de l'Hospital Parc Taulí	41
6.3.1. Cobertura del Programa de conciliació de la medicació	41
6.3.2. Descripció del Programa de conciliació de la medicació	42
6.4. Experiència de l'Hospital de Barcelona	42
6.4.1. Cobertura del Programa de conciliació de la medicació	42
6.4.2. Descripció del Programa de conciliació de la medicació	42
7. Amenaces i oportunitats	44
8. Cap al futur	45
9. Decàleg de recomanacions per a la conciliació de la medicació als centres sanitaris	46
10. Bibliografia	47

Agraïment

L'elaboració d'aquesta *Guia per a la implantació de programes de conciliació de la medicació als centres sanitaris* va ser un dels objectius del projecte associat a l'Aliança per a la Seguretat dels Pacients, titulat: Programa de millora de la seguretat dels pacients mitjançant programes de conciliació de la medicació. Volem agrair al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya el seu suport a aquesta iniciativa i també el suport rebut per a la realització del projecte.

1. Presentació

El Pla de salut de Catalunya és el marc de referència de totes les actuacions públiques del Govern de la Generalitat en l'àmbit de la salut en establir les estratègies d'actuació del Departament per als propers anys.

Algunes d'aquestes estratègies d'actuació s'encaminen a aconseguir una atenció sanitària, sociosanitària i de salut pública orientada a les necessitats de salut de la nostra població, amb el benentès que aquestes necessitats seran cobertes amb uns serveis de salut de qualitat, centrats en els pacients, efectius, accessibles, equitatius, amb bons resultats a un cost raonable i que resultin satisfactoris tant per als usuaris com per als professionals.

Dins aquest marc, té una rellevància especial la seguretat dels pacients, entesa com la dimensió de la qualitat assistencial que busca reduir i prevenir els riscos associats a l'atenció sanitària. La seguretat dels pacients és també l'objectiu de l'Aliança Mundial per a la Seguretat dels Pacients, iniciativa de l'Organització Mundial de la Salut que lidera i promou campanyes internacionals de sensibilització en aquest àmbit, i a la qual s'ha adherit el Departament de Salut promovent l'Aliança per a la Seguretat dels Pacients a Catalunya com a fórmula per impulsar les diferents iniciatives i actuacions per a la millora de la seguretat clínica.

Un dels principals factors que afecten la seguretat dels pacients és l'ús de medicaments. La major part dels errors de medicació ocorren en els punts de transició assistencial, com ara els ingressos hospitalaris, els trasllats i les altes. I això, en part, a causa dels múltiples canvis que hi ha en el tractament farmacològic, d'una participació nombrosa de diferents professionals sanitaris i d'una comunicació deficient entre els professionals i, també, amb els pacients.

L'origen d'aquests fets es troba en una manca d'estandardització en els procediments de treball, d'assignació de responsabilitats i de documentació adequada del procés de recollida de la informació sobre la medicació dels pacients prèvia a l'ingrés, de l'avaluació d'aquesta informació i de la posterior prescripció de medicació durant el procés assistencial.

Els programes de conciliació de la medicació s'han revelat altament efectius, en millorar la seguretat clínica dels pacients en relació amb l'ús de medicaments, com mostren alguns treballs publicats als Estats Units d'Amèrica (EUA) i al Canadà en els quals s'indica que aquests programes han reduït entre el 70-80 % els errors de medicació. L'any 2008, el Departament de Salut va impulsar diversos projectes sobre seguretat clínica, en el marc de l'Aliança per a la Seguretat dels Pacients. En destaca un sobre conciliació de la medicació anomenat Programa de millora de la seguretat dels pacients mitjançant programes de conciliació de la medicació, que va ser dut a terme per la Societat Catalana de Farmàcia Clínica.

Fruit d'aquest projecte, i catalogada com un dels seus objectius principals, s'ha elaborat la *Guia de conciliació de la medicació en els centres sanitaris*, que us presentem i que té com a finalitat contribuir al desenvolupament de programes de conciliació de la medicació, amb la implicació de tots els professionals sanitaris a partir d'iniciatives que inicien una nova etapa en la millora de la seguretat dels pacients.

Amb aquesta *Guia* es pretén proporcionar un document de referència, que aporti a tots els hospitals de Catalunya les eines que els facilitin el procés d'implantació d'un programa de conciliació de la medicació, tenint en compte que, en un futur no gaire llunyà, l'àmbit del sistema públic disposarà d'un seguit de processos que facilitaran aquesta conciliació, com són la prescripció informatitzada completa dels pacients i la recepta electrònica.

Finalment, cal destacar que aquesta *Guia* és un gran pas endavant en el llarg camí, que el Departament de Salut i la Societat Catalana de Farmàcia Clínica van començar l'any 2003 amb la posada en marxa del Programa per a la prevenció dels errors de medicació, cap a la millora de l'abordatge de la prevenció dels problemes de seguretat en l'ús dels medicaments.

David Elvira i Martínez
Director general de Recursos Sanitaris
Departament de Salut

Una de les preocupacions a escala mundial que afecta la seguretat dels pacients la constitueix la conciliació del tractament farmacològic dels pacients en desplaçar-se entre els diferents àmbits de l'atenció sanitària. Diverses publicacions en revistes biomèdiques donen suport a aquesta preocupació que confirma l'elevat nombre d'errors que es produeixen per la falta d'una bona conciliació del tractament. Aquesta arriba a ser una de les causes principals de la gran majoria d'esdeveniments adversos a medicaments que afecten els pacients.

La casuística posa de manifest que, tant el moment de l'ingrés hospitalari del pacient i els trasllats entre serveis, com el moment de l'alta hospitalària, són causa i origen d'aquests incidents. Els canvis que requereixen els pacients entre àmbits sanitaris són diversos i constants, fet que pot afavorir l'aparició d'aquests esdeveniments adversos al llarg del procés.

La Societat Catalana de Farmàcia Clínica, com a societat científica, en representació del col·lectiu farmacèutic i en exercici de la seva responsabilitat en el procés d'ús del medicament, desitja contribuir a la prevenció i la millora del procés d'atenció als pacients.

Dins la iniciativa mundial de projectes sobre l'Aliança per a la Seguretat dels Pacients i amb el suport del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, la Societat Catalana de Farmàcia Clínica ha desenvolupat un programa de suport al col·lectiu sanitari per impulsar i instaurar programes i pràctiques de seguretat en la conciliació dels tractaments dels pacients.

Cal destacar la necessitat d'implicar tots els professionals sanitaris en aquesta activitat. Cada un, en el seu entorn o àrea d'influència o treball, podrà contribuir d'alguna manera en el procés d'atenció i millora dels pacients en l'ús dels medicaments.

Segur que en els propers anys l'escenari canviarà substancialment i la incorporació de les noves tecnologies ajudarà a resoldre part del problema, ja que estaran orientades a garantir la continuïtat del procés assistencial dels pacients. Però, fins que no arribi, és necessari mantenir aquesta avaluació horitzontal del tractament.

Per tot això, és una gran satisfacció presentar aquest manual, fruit de l'esforç d'un col·lectiu de professionals de primera línia, que sense cap mena de dubte ajudarà els hospitals a iniciar-se en les pràctiques de millora de la seguretat.

Només queda esperar que aquestes mesures contribueixin a prevenir la generació d'incidents relacionats amb la medicació i millorin substancialment la seguretat dels pacients en el procés d'utilització de medicaments.

Dr. Carles Codina Jané
President de la Societat Catalana
de Farmàcia Clínica

2. Introducció

2.1. Errors de conciliació de la medicació

Els errors de medicació són una de les causes principals de morbiditat en els pacients hospitalitzats (1, 2). Les deficiències en la comunicació de la informació són responsables de fins al 50% dels errors de medicació i de fins al 20% dels esdeveniments adversos a medicaments en els hospitals (3). La revisió de les històries clíniques mostra que la meitat dels errors de medicació es produeixen en processos relacionats amb la transició assistencial i amb els canvis en el responsable del pacient (4). La base de dades d'esdeveniments sentinella de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) inclou més de 350 errors de medicació fatals o molt greus, dels quals un 63% estan relacionats amb defectes en la comunicació (5).

Les discrepàncies que es produeixen (6) entre els medicaments que el pacient prenia abans de l'ingrés i la prescripció hospitalària s'han posat en evidència en diversos estudis (7-12). Es tracta de situacions com les següents:

1. Discontinuitat d'una medicació crònica necessària durant l'ingrés a l'hospital.
2. Continuitat d'una medicació crònica contraindicada o innecessària durant l'ingrés a l'hospital.
3. Duplictat terapèutica entre una medicació crònica no suspesa i una medicació nova iniciada a l'hospital.
4. Modificació no justificada de la dosi, la freqüència i la via d'administració de la medicació crònica.

D'igual manera, es consideren els mateixos conceptes a l'alta hospitalària o després d'un canvi assistencial.

Fer una història farmacoterapèutica completa i correcta a l'ingrés hospitalari és una part important de l'anamnesi mèdica i un element essencial per a la seguretat del pacient. Una història farmacoterapèutica errònia o incompleta pot conduir a problemes relacionats amb la medicació (PRM) i causar interrupcions o una utilització inadequada dels medicaments que el pacient requereix de forma crònica durant l'estada a l'hospital.

Una revisió sistemàtica, que inclou 22 estudis sobre errors en la història de medicació a l'ingrés, mostra que entre el 10% i el 67% dels 3.755 pacients inclosos tenen almenys un error en la seva història farmacoterapèutica, i, quan s'hi inclou la medicació sense recepta, la freqüència d'errors arriba al 27-83% (13). Si aquests errors, a més, es perpetuen fins a l'alta hospitalària, poden afectar tant l'efectivitat del tractament com la seguretat del pacient.

La vulnerabilitat dels pacients a l'alta es posa de manifest per dades que indiquen que un 12% d'ells experimenta un efecte advers en les dues setmanes posteriors a l'alta hospitalària (14). Altres estudis

han relacionat el pas per l'hospital amb la interrupció dels tractaments crònics del pacient (15).

El setembre del 2004, la United States Pharmacopeia (USP) va afegir tres noves causes d'error al seu sistema de comunicació d'errors de medicació MEDMARX® amb l'objectiu de detectar els errors de conciliació. El juliol del 2005 havia rebut 2.022 comunicacions d'errors de conciliació, dels quals el 66% es donaven durant els trasllats dins l'hospital, el 22% a l'ingrés i el 12% en el moment de l'alta (16). La meitat dels errors produïts a l'ingrés o durant els trasllats es van interceptar abans que arribessin al pacient, però només un 28% dels que es van produir a l'alta es van poder evitar.

2.2. Causes dels errors de conciliació de la medicació

Les causes dels errors de conciliació són múltiples, però existeixen diversos factors que els fan cada vegada més freqüents i que han estat classificats per Delgado i col·laboradors en (17):

Pluripatologia i polimediació. Actualment, els pacients solen ser atesos per personal mèdic divers i en nivells assistencials diferents, de manera que la prescripció s'ha convertit en un procés fragmentat que conflueix en el pacient (18). Durant el procés d'hospitalització, el problema agut que ha ocasionat l'ingrés i que requereix atenció especialitzada es converteix en prioritari, però aquest fet no ha de ser motiu de desatenció a les seves cures cròniques.

Falta de registres únics de salut. De moment, no disposem d'un registre de salut de referència, únic per a cada pacient i accessible des de qualsevol localització per a tots els professionals que l'atenen. La coexistència de diverses fonts complementàries d'informació sobre el tractament del pacient, com la prescripció d'atenció primària, la prescripció hospitalària o els informes d'hospitalitzacions prèvies, a les quals s'afegeix amb freqüència la informació proporcionada pel mateix pacient o pels seus acompanyants, dificulta enormement la tasca d'esbrinar amb un mínim de fiabilitat allò que el pacient pren en realitat. A aquesta dificultat s'afegeixen les deficiències en la comunicació. Durant l'assistència es realitzen nombroses transcripcions del tractament que faciliten els errors de transcripció o d'interpretació.

Situació a l'ingrés hospitalari. Els condicionants derivats de la situació d'urgència que es donen en el cas dels ingressos no programats dificulten la realització d'una història farmacoterapèutica completa. A Urgències es treballa en un entorn d'interrupcions contínues i de presa ràpida de decisions amb l'objectiu prioritari de resoldre el quadre agut (19). En el cas dels pacients quirúrgics programats, el problema principal radica en el fet que el col·lectiu quirúrgic no sol veure el pacient fins al moment de la cirurgia i ha de fer la prescripció immediatament després de la intervenció, en una situació poc adient per fer l'entrevista i definir, de forma fiable, el tractament complet del pacient.

Adaptació a la Guia Farmacoterapèutica de l'Hospital. La Guia farmacoterapèutica és un instrument útil i necessari per gestionar l'ús racional dels medicaments als hospitals. No obstant això, la

necessitat d'adaptació de la medicació crònica a la selecció de medicaments inclosos en el formulari i a les polítiques de prescripció de l'hospital, implica la modificació de medicaments, dosis i pautes, que impliquen un risc d'error (20).

2.3. Magnitud del problema

Els estudis sobre discrepàncies de conciliació s'han realitzat sobretot a l'ingrés hospitalari. Els resultats que aporten els estudis es poden veure a la taula 1.

Taula 1. Alguns estudis sobre discrepàncies de conciliació

Autor, any àrea geogràfica nùm. pacients	Característiques	Resultats*
Pickrell, 2001 Regne Unit (20) 32 pacients	<ul style="list-style-type: none"> • 15 amb Atenció farmacèutica (mitjana: 59,9 anys). • 17 controls (mitjana: 67,7 anys). <p>Exclusos els que prenen < 4 fàrmacs, < 18 anys, no angloparlants o que a l'alta anessin a una residència.</p>	<p>Ingrés: Grup intervenció 60% de medicaments amb discrepàncies. 4,4 discrepàncies/pacient. 46% per omissió.</p> <p>Alta: Grup intervenció 11,8% de medicaments amb discrepàncies i 0,86 discrepàncies/pacient, davant del 60,1% i 3,7 respectivament en el grup control.</p>
Bookvar, 2004 EUA (21) 87 pacients	<p>Persones grans procedents de residències.</p> <p>Exclusos els ingressos < 24 hores.</p>	<p>14 efectes adversos per canvis de medicació (20%).</p> <p>Mitjana de canvis (sense incloure prescripcions noves) a l'ingrés: 3,1 i a l'alta 1,4.</p>
Gleason, 2004 EUA.(22) 204 pacients	<p>Col·lectius mèdic i quirúrgic. Mitjana 58,6 anys.</p> <p>Exclusos UCI, obstetrícia, psiquiatria, pal·liatius, ingressos procedents d'altres centres i pacients no angloparlants.</p>	<p>54,4 % pacients amb discrepàncies.</p> <p>26,9 % d'ells requereixen intervenció. 42% per omissió.</p> <p>241 discrepàncies (1,2 discrepàncies/pacient).</p>
Cornish, 2005 Canadà (8) 151 pacients	<p>Ingressats en medicina Interna. Mitjana 77 anys.</p> <p>Exclusos els que prenen < 4 fàrmacs i els pacients amb alteracions cognitives, aïllats medicament o que a l'alta anessin a una residència.</p>	<p>53,6% dels pacients amb discrepàncies</p> <p>0,93 discrepàncies/pacient. 46,4% per omissió.</p>

Autor, any àrea geogràfica n.º. pacients	Característiques	Resultats*
Lessard, 2006 EUA (10) 63 pacients	Mitjana: 74 anys. Exclusos pacients no angloparlants, amb alteracions cognitives o provinents de residències de persones grans.	65% dels pacients amb discrepàncies. 1,5 discrepàncies/pacients totals. 57% per omissió.
Kwan, 2007 Canadà (23) 416 pacients	De cirurgia programada: • 227 amb entrevista per personal farmacèutic en visita preoperatòria i ordre postoperatòria preimpresa. • 237 controls amb entrevista per personal d'infermeria i ordres postoperatòries del col·lectiu quirúrgic. Mitjana: 57 anys. Exclusos els d'estada < 24 hores.	Grup intervenció 20,3% pacients amb ≥ 1 discrepància. 36,7% per omissió. Grup control 40,2% pacients amb ≥ 1 discrepància. 46,5% per omissió.
Vira, 2006 Canadà (24) 60 pacients	Col·lectiu mèdic i quirúrgic (78% no programats). Mitjana: 56 anys. Exclusos els pacients que a l'alta anessin a centres de rehabilitació o de crònics.	60% de pacients amb ≥ 1 discrepància. 2,3 discrepàncies/pacient. 59% per omissió. Ingrés: 38% pacients amb ≥ 1 discrepància. Alta: 41% pacients amb ≥ 1 discrepància.
Lizer, 2007 EUA (11) 54 pacients	Unitat de Salut Mental. Mitjana: 33,9 anys. Exclusos pacients geropsiquiàtrics i els trasllats des d'una altra unitat de l'hospital.	80% de pacients amb discrepàncies. 2,9 discrepàncies/pacient.

Els resultats dels estudis publicats sobre discrepàncies, portat a terme a diferents països (EUA, Canadà i Regne Unit), indiquen que el percentatge de pacients amb errors de conciliació a l'ingrés hospitalari varia d'un 20,3% a un 80% (7, 8, 10, 11, 22, 24, 25) i afecta fins a un 70% dels medicaments (10). Els estudis realitzats a l'alta mostren que fins a un 60,1% dels medicaments prescrits comporten errors de conciliació (10).

Pel que fa a la repercussió clínica dels errors de conciliació, s'han estudiat els efectes secundaris ocasionats per modificacions de tractament en 87 pacients que van originar 111 ingressos hospitalaris. Es van produir 14 efectes adversos atribuïbles a canvis de medicació (7 per discontinuació de tractament, 5 per canvi de dosi, 1 per durada insuficient del tractament instaurat i 1 per manteniment de tractament no requerit per la situació del pacient) (21).

D'altra banda, el tipus d'error que es produeix amb més freqüència és el d'omissió de medicaments en un 42-59% dels casos (8, 10, 22), seguit de diferències en dosis, via o pauta en un 31-32% (10, 22).

Quant a la gravetat d'aquests errors de conciliació, els estudis mostren que la majoria no haguessin causat cap mal (10), però alguns estudis indiquen que fins a un 26% haguessin requerit monitoratge del pacient (10) i un 5,7% haguessin pogut causar un mal important o deteriorament clínic (8).

A Espanya, en un estudi prospectiu de tres mesos de durada, realitzat sobre 173 pacients d'un servei quirúrgic que van rebre atenció farmacèutica, es van detectar 167 errors de conciliació en 76 pacients (45,5% dels pacients). El 69% dels errors es va produir a l'ingrés i el 31% a l'alta. Els errors van ser un 49% per ommissió de medicaments, 22% per no-adequació a la guia de l'hospital, 19% per modificació no justificada de dosi i freqüència, 8% per prescripció incompleta i 3% per prescripció d'un medicament considerat innecessari. L'acceptació de la recomanació del col·lectiu farmacèutic va ser del 97% (6).

En un altre estudi dut a terme en 1.058 pacients quirúrgics de 12 hospitals catalans, un 77,6% dels 816 pacients que prenen medicació crònica presentaven discrepàncies no justificades (26). Es van considerar les discrepàncies entre la medicació crònica prescrita i la que el pacient prenia habitualment, així com les discrepàncies respecte al maneig perioperatori recomanat en un protocol elaborat prèviament. Dels 1.965 errors analitzats, 1.031 (52%) es van produir en el postoperatori i, entre ells, els més freqüents van ser omissions en la prescripció d'una medicació crònica necessària (92%).

En un altre estudi dut a terme a València (25), es van fer 85 intervencions farmacoterapèutiques en 544 pacients quirúrgics. D'aquestes, 32 eren prescripcions d'analgèsics a l'alta sense pauta específica, 6 duplicitats de tractament amb inhibidors de la bomba de protons, 25 duplicitats d'AINE i 25 manteniments de medicació habitual que s'havia de suspendre.

Veiem, doncs, que la situació del problema de la conciliació de la medicació a Espanya no difereix gaire de la dels Estats Units o altres països.

2.4. Concepte de conciliació de la medicació

L'Institute for Healthcare Improvement (IHI) defineix la conciliació de la medicació com el procés formal d'obtenir una llista completa de la medicació del pacient prèvia a l'ingrés i comparar-la amb la que se li ha prescrit al centre sanitari en ingressar, als trasllats i al moment de l'alta. Les discrepàncies trobades s'han de comentar amb el prescriptor i, si escau, s'han de corregir. Els canvis realitzats s'han de documentar i comunicar adequadament al proveïdor de salut següent i al pacient (27).

No obstant això, en la nostra opinió, aquest concepte no és del tot complet. En conciliar el tractament cal no només comprovar que la prescripció necessària del pacient es manté durant la transició assistencial, sinó també valorar conjuntament la concordança de la medicació crònica amb la prescrita a l'hospital,

així com l'adequació a la situació clínica del pacient, motiu pel qual cal considerar les duplicitats i les interaccions que es produeixen entre el tractament crònic i l'hospitalari i la possible existència de contraindicacions.

Tota discrepància no justificada per part del col·lectiu mèdic es considera un error de conciliació (22). La llista completa de medicació conciliada i actualitzada del pacient s'ha de comunicar al proveïdor de salut següent en el moment en què es trasllada el pacient a un altre servei o a un altre centre. A més, el pacient ha de tenir una còpia d'aquesta llista quan rebí l'alta (28).

L'objectiu del procés de conciliació de la medicació és garantir, al llarg de tot el procés d'atenció sanitària, que els pacients reben tots els medicaments necessaris que estaven prenent prèviament, assegurar-se que estan prescrits amb la dosi, la via i la freqüència correctes (29) i que són adequats a la situació del pacient i a la nova prescripció realitzada a l'hospital.

2.5. Resultats obtinguts amb la implantació de programes de conciliació de la medicació

El procés de conciliació de la medicació ha demostrat ser una estratègia útil per reduir els errors de medicació. Rozich i Resar van trobar que els errors de medicació es van reduir de 213/100 ingressos a 63/100 ingressos si es conciliava la medicació a l'ingrés, en els trasllats i a l'alta hospitalària (4). En el Luther Midelfort Hospital es van reduir els errors de medicació en un 70% i els efectes adversos a medicaments, en un 15% mitjançant la conciliació de la medicació (30). En un altre estudi, en què tècnics de farmàcia obtenien la informació, els efectes adversos a medicaments van disminuir un 80% en un període de tres mesos (31).

També, a l'Àrea de Medicina Intensiva ha disminuït el nombre d'errors com a conseqüència de l'establiment de programes de conciliació de la medicació (32, 33).

D'altra banda, s'ha avaluat el paper del col·lectiu farmacèutic per realitzar la conciliació de la medicació i s'ha demostrat que, en l'entrevista amb el pacient, el personal mèdic obté un 79% de la medicació prescrita i un 45% de la medicació sense recepta, mentre que si l'entrevista la fa el personal farmacèutic detecta el 100% d'ambdues medicacions (8). Un altre estudi indica que el col·lectiu farmacèutic proporciona informació més completa. En concret, recull una mitjana de 5,6 medicaments/pacient, mentre que el col·lectiu mèdic en documenta 2,4 (9). La intervenció combinada d'una entrevista estructurada realitzada pel personal farmacèutic en el moment de la visita preoperatoria i la generació d'un ordre postoperatori preimprès de la medicació crònica del pacient redueix el nombre de discrepàncies d'un 40,2% a un 20,3% i el nombre de discrepàncies que poden produir lesió probable o possible en el pacient del 29,9% al 12,9% (23). També en l'estudi publicat per Kramer (34), les històries de medicació recollides per l'equip farmacèutic tenien menys errors que les recollides per altres professionals (31% davant el 52%) ($p < 0,001$) i menys errors significatius (1,6% contra el 3,1%) ($p < 0,001$).

En qualsevol cas, la implantació d'un procediment normalitzat de comparació sistemàtica de la medicació habitual del pacient amb la prescrita en l'organització, independentment de qui la faci, té un impacte positiu sobre els errors de conciliació i la morbiditat associada a aquests errors.

2.6. Situació de la conciliació de la medicació a escala internacional

2.6.1. Història de la conciliació de la medicació

Als Estats Units, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) reconeix que els errors de conciliació comprometen la seguretat de la medicació i, el 2003, va plantejar per primera vegada incloure la conciliació de la medicació entre els objectius per millorar la seguretat dels pacients. Ja aleshores, la Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors treballava en la implantació de programes pioners de conciliació de la medicació als hospitals de Massachusetts. El juliol del 2004, la JCAHO exposa de forma explícita el problema de la conciliació de la medicació en un nou National Patient Safety Goal (NPSG). El NPSG número 8 exigiria a totes les organitzacions sanitàries acreditades per aquest organisme que desenvolupessin procediments per garantir una conciliació adequada de la medicació al llarg de tot el procés assistencial durant l'any 2005, amb una implantació total a partir de gener del 2006 (35).

Goal 8 During 2005, for full implementation by January 2006, Develop a process for accurately and completely reconcile medications across the continuum of care.

8A There is a process for comparing the patient's current medications with those ordered for the patient while under the care of the organization.

8B A complete list of the patient's medications is communicated to the next provider of service when a patient is referred or transferred to another setting, service, practitioner or level of care within or outside the organization (2006). The complete list of medications is also provided to the patient on discharge from the facility (2007)

Figura 1. National Patient Safety Goal number 8. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)

L'IHI va basar el seu Programa de conciliació de la medicació en el treball desenvolupat per Roger Resar i el seu equip en el Luther Midelfort-Mayo Health Systems (Eau Claire, Wisconsin) (36). L'IHI va incorporar la conciliació de la medicació com a instrument per reduir els esdeveniments adversos relacionats amb la medicació entre les sis mesures que havien demostrat millorar l'assistència sanitària i salvar vides, i que formaven part de la seva campanya "100K Lives Campaign" ("Campanya 100.000 vides"), a la qual es va sumar la JCAHO el desembre del 2004 (28). Actualment la conciliació de la medicació es manté en la nova campanya "5 Million Lives to Protect from Harm" ("5 milions de vides per protegir contra el dolor") (27).

Posteriorment, també l'OMS, l'Organització Mundial de la Salut (World Health Organization, WHO), va establir que una de les solucions per garantir la seguretat dels pacients havia de ser garantir l'exactitud de la medicació en els processos de transició assistencial i ho va definir com una acció a realitzar en una primera fase entre els anys 2006-2008 (37). Més recentment, el desembre del 2007, el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) britànic juntament amb la National Patient Safety Agency, van publicar una guia de solucions per a la conciliació de la medicació en els ingressos hospitalaris en pacients adults (38). El problema dels errors de conciliació també s'ha posat de manifest en altres països com Canadà o Austràlia (39), si bé no s'han establert solucions reglamentades.

A Espanya la situació és similar i cada vegada és més habitual la incorporació del col·lectiu farmacèutic clínic en activitats d'atenció al pacient. La conciliació de la medicació és una de les àrees d'activitat d'aquest col·lectiu (40).

2.6.2. Grau d'implantació de la conciliació de la medicació als EUA

Segons la National Survey of Pharmacy Practice in Hospitals de l'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) del 2007, un 78,3% dels centres sanitaris duen a terme activitats de conciliació de la medicació, mentre que el 2006 ho feien un 41,7% i un 44% el 2005, abans de la posada en marxa del NPSG número 8 (41). El grau d'implantació és diferent segons la mida dels centres.

Mida de l'hospital (nombre de llits)	% compliment del NPSG
< 50	70,9%
50-99	84,1%
100-199	81,3%
200-299	80,8%
300-399	80,0%
> = 400	82,4%

Pel que fa al suport utilitzat per a la conciliació de la medicació, segons l'última enquesta sobre informatització dels serveis de farmàcia de l'ASHP, un 47,6% dels hospitals documenten el procés de conciliació en paper, un 42% utilitza un sistema mixt paper-electrònic i només un 10,4% disposa d'un sistema totalment informatitzat per documentar el procés de conciliació de la medicació en la història clínica del pacient. En conjunt, el 54,5% dels hospitals té integrat el procés de conciliació de la medicació en la història clínica electrònica del pacient, en la seva aplicació d'ordres mèdiques per a pacients externs o en ambdues (42).

El juliol del 2006, l'Institute for Safe Medication Practices (ISMP) va publicar una enquesta exhaustiva sobre la situació de la conciliació als EUA realitzada entre 1.248 professionals sanitaris, majoritàriament col·lectiu infermer (69%), farmacèutic (22%) i prescriptors (4%) (43). El 91% coneixia el NPSG número 8 i el 74% havia rebut formació específica sobre conciliació de la medicació. Més del 90% dels enquestats estava treballant en temes de conciliació de la medicació, tot i que menys del 20% hi portava més d'un any. Pel que fa a la implicació de cada col·lectiu en les diferents tasques relacionades amb el procés, tal com s'observa a la taula 2, infermeria és el col·lectiu que més participa en totes les etapes del procés de conciliació, seguit dels prescriptors, mentre que la participació del col·lectiu farmacèutic és bastant inferior.

Taula 2. Participació de cada col·lectiu de professionals sanitaris en el procés de conciliació

Activitat	Col·lectiu infermer	Col·lectiu farmacèutic	Col·lectiu mèdic	Arxiu *
Recollida de la llista inicial de medicació	82%	5%	27%	1%
Revisar que la història de medicació sigui correcta	68%	19%	40%	1%
Conciliació amb les ordres mèdiques a l'ingrés	56%	23%	44%	1%
Conciliació als trasllats	59%	19%	46%	0%
Conciliació a l'alta	60%	10%	50%	0%
Enviament de la llista de medicació a l'alta al responsable següent	45%	3%	16%	8%

* Arxiu d'històries clíniques.

En la mateixa enquesta, el 62% dels enquestats considerava el procés de la conciliació de la medicació com un instrument molt valuós, per a la seguretat del pacient (taula 3).

Taula 3. Percepció del valor del procés de conciliació per a la seguretat del pacient (43)

Valor de l'1 al 5	% de respostes
1 Sense valor	3%
2	5%
3	10%
4	20%
5 Molt valuós	62%

A Espanya no existeix, de moment, cap directiva oficial que exigeixi a les organitzacions sanitàries el compliment d'un objectiu específic relacionat amb la conciliació de la medicació. No obstant això, la Societat Espanyola de Farmàcia Hospitalària (SEFH) en el seu document "2020. Hacia el futuro con seguridad", incorpora, entre els seus objectius estratègics per a l'any 2020, l'existència en el 100% d'hospitals de procediments normalitzats de conciliació de la medicació habitual del pacient tant en el moment de l'ingrés com en el de l'alta (44).

En canvi, la realitat en el moment actual és molt diferent. El qüestionari per a l'avaluació de la seguretat dels sistemes d'utilització de medicaments als hospitals espanyols, realitzat l'any 2007 pel Ministeri de Sanitat i Consum i l'ISMP-Espanya i en el qual van participar 105 hospitals de diferents nivells assistencials de 17 comunitats autònomes, incloïa dos ítems relacionats amb la conciliació de la medicació (45). L'ítem referent a si s'utilitzava sistemàticament un procediment estàndard per conciliar els medicaments que el pacient havia estat prenent abans de l'ingrés amb els medicaments prescrits a l'ingrés i a l'alta, va mostrar una puntuació mitjana de $4,5 \pm 4,18$ sobre 16 punts, és a dir un 28,1% del valor màxim possible.

Una mica millors van ser els resultats relacionats amb l'ús sistemàtic d'un procediment estàndard de conciliació dels medicaments que el pacient rebia abans i després del seu trasllat dins del centre, amb una mitjana de $3,58 \pm 3,19$ sobre 8 punts, és a dir, un 44,8% del valor màxim possible. Això demostra que el grau d'implantació de la conciliació al nostre país encara és molt limitat i que hi ha, per tant, grans oportunitats de millora.

3. Objectiu de la Guia per a la implantació de programes de conciliació de la medicació als centres sanitaris

L'objectiu d'aquesta guia és proporcionar recomanacions, fonts d'informació i eines que facilitin el procés d'implantació de programes de conciliació de la medicació als centres sanitaris del nostre entorn.

4. Metodologia

4.1. Terminologia: discrepàncies i errors de conciliació de la medicació

La majoria dels estudis publicats sobre conciliació utilitzen criteris semblants a la classificació i es limiten a quatre o cinc tipus de discrepàncies (10, 22). No obstant això, nosaltres proposem treballar amb uns criteris més amplis pel que fa al tipus de discrepància que es detecta; de manera que conciliar la medicació no és estrictament comprovar que la prescripció necessària del pacient es manté correctament durant la transició assistencial, sinó que es valora la concordança de la medicació crònica i la prescrita a l'hospital de forma conjunta, de manera que es consideren discrepàncies les duplicitats o interaccions que es produeixen entre el tractament crònic i l'hospitalari. A la taula 4 es mostren els tipus de discrepàncies de conciliació.

Taula 4. Tipus de discrepàncies de conciliació

0. No discrepància
<ul style="list-style-type: none"> • Inici de medicació justificada per la situació clínica
1. Discrepància justificada
<ul style="list-style-type: none"> • Decisió mèdica de no prescriure un medicament o canviar-ne la dosi, la freqüència o la via d'acord amb la nova situació clínica. • Substitució terapèutica segons la Guia farmacoterapèutica de l'hospital i els programes d'intercanvi terapèutic.
2. Discrepància que requereix aclariment
<ul style="list-style-type: none"> • Omissió de medicament. El pacient prenia un medicament necessari i no s'ha prescrit sense que existeixi justificació explícita o clínica per ometre'l. • Inici de medicació (discrepància de comissió). S'inicia un tractament que el pacient no prenia abans, i no hi ha justificació clínica, ni explícita ni implícita, per al seu inici. • Diferent dosi, via o freqüència d'un medicament. Es modifica la dosi, la via o la freqüència que el pacient prenia sense que existís justificació clínica, ni explícita ni implícita, per fer-ho. • Duplicitat. El pacient presenta duplicitat entre la medicació crònica i la prescrita a l'hospital. • Interacció. El pacient presenta una interacció clínicament important entre la medicació crònica i la prescrita a l'hospital. • Manteniment de medicació contraindicada durant l'ingrés. Es continua una prescripció crònica contraindicada durant l'estada hospitalària a causa de la nova situació clínica del pacient. • Prescripció incompleta. La prescripció del tractament crònic es realitza de manera incompleta i requereix aclariment.

Una vegada detectades, les discrepàncies que requereixen aclariment s'han de comunicar al col·lectiu mèdic responsable del pacient. Si, tot i haver estat informat de l'existència d'una discrepància, es manté la prescripció inicial, parlarem de **discrepància intencionada**, que no és un error en si mateix, però, a causa de la falta de documentació explícita dels motius de la discrepància en la història clínica, constitueix una situació de risc que pot conduir a un error en el futur. És important deixar clar, en algun lloc de la història clínica o en l'imprès de conciliació del pacient, el motiu que justifica l'aparent discrepància. Contràriament, si s'assumeix que es tracta d'un error i es corregeix la prescripció, parlarem de **discrepància no intencionada** o **error de conciliació** (17, 46).

La conciliació de la medicació ha de ser un objectiu compartit per tots els professionals de l'organització implicats en l'ús de la medicació i ha de ser el resultat del consens i no de la confrontació. L'objectiu del procés de conciliació de la medicació no és jutjar la pràctica mèdica ni qüestionar les decisions clíniques individuals, sinó detectar i corregir possibles errors de medicació que haurien passat inadvertits.

No obstant això, és cert que la informació obtinguda durant el procés de conciliació ens permet també detectar oportunitats de millora en l'ús de la medicació, ja que és possible que existeixin pràctiques errònies i disparitat de criteris respecte al maneig de la medicació crònica durant l'ingrés que hagin de ser revisats i acordats. En qualsevol cas, és preferible que aquest tipus de situacions siguin abordades adequadament i separadament del procés de conciliació. Per aquest motiu proposem incloure entre els errors de conciliació només les discrepàncies no intencionades, és a dir aquelles que el prescriptor accepta com a tals.

Per il·lustrar-ho millor exposarem un exemple. Suposem que, en realitzar la conciliació dels pacients quirúrgics, detectem una elevada freqüència de suspensió no justificada de la medicació crònica dels pacients més enllà del període de dieta absoluta en el postoperatori, i que els prescriptors solen justificar indicant que la suspensió durant uns quants dies no té conseqüències rellevants i el pacient no necessita aquesta medicació. Si, tot i ser informat de la conveniència del reinici precoç, el prescriptor no accepta el suggeriment i posposa el reinici, registrarem una discrepància intencionada al full de conciliació del pacient. No obstant això, també haurem de prendre nota que es tracta d'una discrepància no justificada, tot i que no s'hagi acceptat com un error, i ens indicarà que probablement haurem de consensuar un protocol de maneig perioperatori de la medicació crònica basat en l'evidència científica existent.

4.2. Classificació de la gravetat dels errors de conciliació de la medicació

En general, els diferents autors realitzen l'avaluació de la gravetat dels errors de conciliació fent servir la categorització utilitzada per The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) (47), que els classifica en:

1. No produeix dany potencial (inclou les categories A-C).

2. Requereix monitoratge o intervenció per prevenir el dany (inclou la categoria D).
3. Produeix dany potencial (inclou les categories E-I).

La descripció pot veure's a la taula 5.

Taula 5. Classificació de la gravetat de les discrepàncies de medicació

Categoria A	No error, però possibilitat que es produeixi.
Categoria B	Error que no arriba al pacient; no causa dany.
Categoria C	Error que arriba al pacient, però no és probable que causi dany.
Categoria D	Error que arriba al pacient i hagués necessitat monitoratge i intervenció per evitar el dany.
Categoria E	Error que hagués causat dany temporal.
Categoria F	Error que hagués causat dany que requeriria hospitalització o prolongació de l'estada.
Categoria G	Error que hagués causat dany permanent.
Categoria H	Error que hagués requerit suport vital.
Categoria I	Error que hagués resultat mortal.

4.3. Etapes del procés de conciliació de la medicació

El procés de conciliació de la medicació implica les etapes següents (27):

1. Recollida de la llista de medicació del pacient prèvia a l'ingrés.
2. Detecció de discrepàncies entre la llista de medicació del pacient i la que se li ha prescrit al centre.
3. Comunicació i resolució de les discrepàncies amb el personal mèdic responsable del pacient.
4. Documentació dels canvis realitzats a les ordres mèdiques.
5. Transmissió i comunicació de la llista actualitzada i conciliada al responsable del pacient següent i al mateix pacient.

4.3.1. Recollida de la informació sobre la medicació del pacient, prèvia a l'ingrés: llista de medicació crònica

La conciliació de la medicació s'ha de fer mitjançant un procediment normalitzat i en un registre que permeti sistematitzar el procés.

Existeixen múltiples formularis normalitzats d'hospitals diferents per a la conciliació de la medicació. En qualsevol model que s'utilitzi, la informació que s'ha d'obtenir és:

1. Llista completa de medicaments, dosis, pauta i última dosi administrada.
2. Llista d'hàbits d'automedicació i medicaments sense recepta (OTC, *over-the-counter drug*) per a símptomes menors.
3. Fitoteràpia i altres productes.
4. Història d'al·lèrgies i tipus de reacció, intoleràncies a medicaments o interrupcions prèvies de tractament per efectes secundaris. És important recollir la informació sobre les al·lèrgies i classificar-les en tres apartats: reacció mesurada per immunitat, sensibilitat o intolerància i al·lèrgies no conegudes (22).
5. Adherència i compliment al tractament crònic prescrit.

Al nostre medi no existeix, de moment, un document de referència que es pugui considerar com *Gold Standard* (estàndard d'or) sobre el tractament crònic d'un pacient, de manera que es fa necessari avaluar i comparar diferents fonts d'informació (17):

Història clínica. És la font que, de moment, s'ha d'utilitzar com a referència. En primer lloc perquè és imprescindible per conèixer la situació clínica del pacient i per preparar adequadament l'entrevista clínica. S'ha de consultar no només l'evolució clínica descrita pel personal mèdic, sinó també l'avaluació d'infermeria, en la qual es fan constar comentaris i requeriments de medicació del pacient que poden resultar importants per valorar el tractament.

Prescripció d'atenció primària. La prescripció de medicaments del sistema públic de salut d'atenció primària comença a estar informatitzada en un nombre creixent de comunitats autònomes, i pot permetre l'accés des del sistema informàtic de l'hospital. Aquesta informació és realment útil i, tot i que no indica exactament allò que el pacient pren, sí reflecteix allò que el pacient té prescrit i orienta les necessitats farmacològiques.

Altres fonts d'informació. En molts casos resulta útil consultar les prescripcions que el pacient ha tingut a l'hospital en hospitalitzacions prèvies o en episodis d'atenció sense ingrés, com poden ser el centre

de diàlisi o l'hospital de dia, en què es recull medicació específica controlada per aquestes unitats. La informació de centres de llarga estada, residències de gent gran o altres hospitals és, en alguns casos, necessària per establir de forma fiable el tractament del pacient.

Entrevista clínica. Una vegada recollida tota la informació procedent de les fonts anteriorment citades, resulta imprescindible l'avaluació i la confirmació mitjançant l'entrevista clínica amb el pacient. Així podrem confirmar la medicació crònica del pacient, els tractaments instaurats en l'àmbit de la medicina privada, l'adherència al tractament, la percepció del pacient del tractament, la tolerància i l'eficàcia. Un altre recurs útil utilitzat en molts programes de conciliació de la medicació (8) és demanar als pacients que aportin, en el moment de l'ingrés hospitalari, la seva bossa de medicació habitual, fet que contribueix enormement a establir amb fiabilitat el tractament que estan seguint. Durant l'entrevista, és important donar instruccions al pacient i informar-lo que no ha de prendre la seva medicació habitual sense comentar-ho abans amb el personal mèdic i d'infermeria, així com avisar-lo de possibles canvis de medicaments durant la seva hospitalització.

Consells per obtenir la màxima informació durant l'entrevista clínica

En fer l'entrevista, és fonamental tenir en compte dos factors clau: com es realitza l'entrevista i quines preguntes s'han de formular. L'entrevista s'ha de fer en un ambient privat i tranquil, sense presses ni interrupcions (48, 49). Els primers instants de l'entrevista marquen el to emocional; de manera que convé que l'entrevistador s'identifiqui, saludi el pacient cordialment, que el cridi pel seu nom i que li expliqui el propòsit de l'entrevista (48, 50). Els cuidadors que acompanyen el pacient poden ser una ajuda si és necessari aclarir la informació, però si el pacient està conscient i orientat ha de decidir si vol que hi siguin presents durant l'entrevista o no (49, 50).

L'entrevistador ha de situar-se a la mateixa alçada del pacient, al nivell dels ulls i mantenir un bon contacte visual. És molt important la comunicació no verbal durant l'entrevista: el to de veu, tenir una postura corporal oberta, els gestos i l'expressió facial. Cal donar mostres que se l'està escoltant atentament amb respostes del tipus "ja ho entenc" o simplement assentir amb el cap (49-51). S'ha d'animar el pacient a parlar, però mantenint en tot moment la direcció de l'entrevista sense mostrar-se brusca. Tenir un esquema estructurat és important per obtenir una informació completa en forma de diàleg (48, 49). L'entrevistador ha d'utilitzar un llenguatge col·loquial i assequible, ajustat a les circumstàncies del pacient (51). L'ha de tractar amb respecte i esforçar-se per fer les preguntes i rebre les respostes sense jutjar (49). Es tracta de mostrar empatia, per ajudar el pacient a obrir-se i a parlar amb sinceritat (48, 50).

Pel que fa a les preguntes, l'entrevista s'ha d'iniciar amb preguntes obertes per començar la recollida de dades i anar avançant cap a preguntes tancades, que permeten arribar als detalls i verificar l'absència d'informació important no obtinguda amb les preguntes obertes (48, 51). L'entrevista clínica pot començar amb una pregunta oberta com "¿Quins medicaments pren habitualment a casa seva?". Amb una pregunta d'aquest tipus s'anima al pacient a fer una llista de tota la seva medicació habitual, expressant-se en el seu propi llenguatge, sense condicionar ni induir la resposta (51). Això permet a l'entrevistador valorar ràpidament

la profunditat dels coneixements i l'enteniment del pacient en relació amb la seva medicació (49). Posteriorment, per a cada medicament, cal preguntar específicament si el pren en l'actualitat, qui l'hi va prescriure, per què el pren, quina dosi en pren, com, quan i des de quan el pren i fins quan l'ha de prendre. També caldrà saber quina va ser l'última dosi, com valora el medicament i quins són els problemes que el pacient nota (48, 50, 51). Entre cada una d'aquestes preguntes cal deixar al pacient el temps suficient per poder contestar i permetre-li que s'expressi amb llibertat.

Les preguntes tancades, que el pacient pot contestar amb monosíl·labs (per exemple, "sí" o "no"), es poden utilitzar per ajudar els pacients que coneixen poc de la seva medicació i per minimitzar sistemàticament les omissions inadvertides (49). Per exemple, poden ser útils quan el pacient no recorda el nom d'algun medicament: "Recorda si es deia Dianben®?". El fet que el pacient porti la bossa amb tota la medicació que pren l'ajuda a recordar i minimitza el risc d'errors (48). Les preguntes tancades tenen l'inconvenient que com menys esforç requereixi el pacient per respondre, menys fiable resulta la resposta. Les respostes són mecàniques i poc elaborades, i pot ser que el pacient vulgui agradar a l'entrevistador abans que proporcionar-li informació verídica (48). L'entrevistador ha d'evitar les preguntes que condicionin les respostes; per exemple, és millor dir "Expliqui'm com pren els medicaments", en lloc de preguntar "Pren els medicaments exactament com els hi van prescriure?" (49).

A més, l'entrevistador ha de preguntar específicament pels medicaments sense recepta i per l'automedicació, ja que molt sovint el pacient no percep les vitamines, els anticonceptius o els productes per al refredat com a medicaments. Per això pot ser necessari preguntar "Pren algun suplement vitamínic? Quins medicaments pren per al refredat? Per a l'estómac? Per dormir?" (50). A més, s'ha de preguntar al pacient si pren alguna planta medicinal, homeopatia, suplementes dietètics, etc.

Una altra manera de comprovar si queda algun medicament per identificar pot ser fent una revisió de sistemes. L'entrevistador pot començar preguntant al pacient pels medicaments que pren per al cap, els ulls, les oïdes, el nas i el coll. Després pot preguntar pels productes per a les afeccions respiratòries, gastrointestinals, genitourinàries, de la pell, etc. Quan el pacient menciona algun medicament, s'ha de preguntar específicament sobre aquest medicament (49). Després d'obtenir la informació referent als medicaments del pacient, l'entrevistador ha de preguntar al pacient pels medicaments que prenia anteriorment, si té alguna al·lèrgia, si ha patit alguna reacció adversa, possibilitat d'embaràs en dones en edat fèrtil i per l'estil de vida (si és fumador, si pren alcohol, etc.).

Al final de l'entrevista és convenient fer un petit resum i destacar els punts més importants per assegurar-nos que hem entès correctament la informació que ens ha facilitat el pacient (50, 51).

4.3.2. Comparació amb les ordres actives de medicació del pacient a l'hospital

La comparació entre la llista de medicació crònica del pacient i les ordres mèdiques prescrites és senzilla en el moment de l'ingrés, ja que ens trobem amb una única llista de referència. No obstant això, la qüestió

es complica al llarg del procés assistencial, ja que les noves ordres que es generin com a conseqüència del procés assistencial, per exemple en el postoperatori o en un trasllat al Servei de Medicina Intensiva, poden afectar la medicació crònica i generar discrepàncies justificades per l'estat clínic actual del pacient. En aquest cas, mentre es mantingui aquesta situació, la llista de referència ja no serà la recollida a l'ingrés sinó l'última llista de medicació conciliada. En el moment de l'alta és possible que els canvis introduïts hagin de ser revertits o no, depenent del nou estat clínic del pacient, motiu pel qual s'haurà d'atendre a l'última llista de medicació conciliada (ordres actives immediatament abans de l'alta), però també a la llista de medicació habitual que es va recollir a l'ingrés.

4.3.3. Detecció de discrepàncies que requereixen aclariment

Per poder assegurar que una discrepància aparent és un error de medicació i que s'ha de corregir, no només s'ha de conèixer la llista de medicació crònica a l'ingrés i veure si coincideix amb la medicació prescrita, sinó que també cal valorar si els canvis introduïts són adequats o no. Aquesta valoració requereix, d'una banda, conèixer els detalls de la història clínica del pacient i els raonaments del prescriptor, així com quina és l'actitud recomanada en cada moment. Per aquest motiu, davant d'una discrepància aparent, parlem de discrepància que requereix aclariment, ja que a priori no podem afirmar que es tracti d'un error si no s'ha comentat amb el prescriptor i aquest no ho ha acceptat com a tal (vegeu el capítol 4.1 "Terminologia: discrepàncies i errors de conciliació de la medicació").

4.3.4. Comunicació i resolució de les discrepàncies que requereixen aclariment amb el personal mèdic responsable

La comunicació de les possibles discrepàncies es pot fer via oral o escrita. Habitualment es fa en un full que es deixa a la història clínica, però no en forma part permanent. Les discrepàncies que fan referència a medicació d'alt risc, identificades com a tals per l'ISMP (52), com la teràpia cardiovascular o electròlits, segons alguns autors, s'han de comunicar personalment (10).

El més habitual és comunicar les discrepàncies que requereixen aclariment mitjançant un full específic de conciliació de la medicació signada pel personal farmacèutic o professional que hagi fet la revisió del tractament. Existeixen múltiples models que s'han utilitzat en diferents hospitals (53) i, en alguns casos, incorporen la signatura del personal mèdic, de manera que serveixen de prescripció mèdica a més de ser un formulari de conciliació. D'altra banda, també es pot fer la comunicació de la conciliació del tractament crònic en l'evoluciu de la història clínica del pacient o curs clínic, mencionant que es requereix valoració per part del personal mèdic responsable, fet que garanteix que formarà part integrant de la història clínica. En qualsevol cas, és important confirmar que el prescriptor ha llegit la nota, ja que en cas contrari estarem assumint que no ha acceptat el nostre suggeriment i estarem perdent l'oportunitat de corregir un possible error de conciliació.

4.3.5. Documentació de les discrepàncies intencionades no documentades

En cas de discrepància intencionada, s'analitza si el motiu de la discrepància està degudament documentat a la història clínica o bé es dedueix per l'estat clínic del pacient. Si el motiu de la discrepància no està documentat a la història clínica i tampoc és deduïble de l'estat clínic del pacient, aleshores ens trobarem davant d'una discrepància intencionada no documentada. Aquest tipus de discrepàncies no constitueixen un error en si mateixes, però sí generen una situació de risc que pot contribuir a un error en el futur.

4.3.6. Comunicació al pacient o cuidador dels canvis derivats de la conciliació de la medicació

Els canvis derivats de la conciliació de la medicació han de ser adequadament explicats al pacient. Aquest punt és especialment important en la conciliació a l'alta ja que, a partir d'aquest moment, i si no es trasllada a un altre centre sanitari, el pacient passarà a assumir la responsabilitat de l'administració de la seva medicació. En cas que no estigui en condicions de fer-ho, ho farà un familiar o un cuidador. En aquest últim cas, es recomana que els canvis siguin explicats a qui es farà càrrec de la medicació del pacient en el futur.

Cal no oblidar que el compliment terapèutic del tractament dependrà, en gran mesura, de l'educació sanitària que el pacient rebi sobre el seu tractament i no només del tractament que es deriva del procés assistencial, sinó també de la conciliació amb el tractament crònic preexistent. De fet la JCAHO exigeix, des del 2007, que s'entregui al pacient una còpia de la llista de medicació conciliada a l'alta i que, a més, el llenguatge utilitzat s'adeqüi a la capacitat del pacient (54). En alguns sistemes informàtics, a partir de la informació continguda a la llista de medicació conciliada a l'alta, es generen les receptes i la llista dirigida al professional, i, per a l'edició de la llista del pacient, els codis i les abreviatures es transformen automàticament en frases completes que el pacient pugui comprendre. Es tracta bàsicament de fer que el pacient, o la persona responsable de la seva medicació, conegui i entengui les dades bàsiques del tractament:

1. Nom dels medicaments que ha de prendre (equivalència comercial -principi actiu). Aclarir els canvis deguts a l'adaptació al formulari del centre durant l'ingrés en cas que es mantinguin en el moment de l'alta.
2. Per què ho ha de prendre.
3. Quina dosi ha de prendre i a quines hores.
4. Durant quant de temps ho ha de prendre.
5. Quins són els efectes secundaris més freqüents i en quin cas hauria de consultar-los amb el seu equip mèdic.
6. Quins són els canvis en la seva medicació crònica derivats del procés assistencial actual i aconsellar-lo que es desfaci de possibles restes de medicació que conservi al seu domicili i que ja no hagi de prendre.

4.4. Conciliació de la medicació en els diferents punts de transició assistencial

4.4.1. Conciliació a l'ingrés

La conciliació a l'ingrés és el punt de partida de tot el procés de conciliació posterior. De la qualitat de la llista inicial de medicació crònica prèvia a l'ingrés del pacient dependrà la resta del procés. Com ja s'ha comentat, l'entrevista amb el pacient i l'elaboració d'una llista correcta de medicació prèvia a l'ingrés requereix dedicació i atenció als detalls, de manera que cal dedicar-hi temps. La conciliació d'una llista de medicació ja compilada prèviament pot arribar a consumir entre 10-20 minuts. En altres estudis els temps varien de 71 minuts a 2 hores (19). No obstant això, part d'aquesta inversió de temps i recursos es recupera després, ja que totes les activitats relacionades amb la medicació al llarg de la resta de l'estada hospitalària se simplifiquen. Així, un estudi demostra que la implantació del procés de conciliació de la medicació estalvia més de 20 minuts de personal d'infermeria per pacient a l'ingrés i 40 minuts de personal farmacèutic a l'alta (36).

Segons el tipus d'ingrés del pacient, fer l'entrevista de la medicació serà més o menys difícil. Així, en pacients amb ingressos programats és útil que se'ls faci l'entrevista sobre la medicació habitual en la visita mèdica prèvia a l'ingrés, i una vegada en hospitalització confirmar que segueix amb la mateixa medicació. En els pacients que ingressen per urgències és més difícil conèixer la medicació habitual, ja sigui per la patologia aguda que presenta el pacient o per la pressió assistencial que suporta el Servei d'Urgències. Sigui quin sigui el tipus d'ingrés, seria bàsic disposar d'un circuit establert que especifiqui qui és el responsable i com s'ha de recollir la medicació domiciliària que pren el pacient per a la seva conciliació.

La conciliació es fa, normalment, entre les 4 i les 24 primeres hores de l'ingrés. Idealment s'hauria de fer al mateix moment en què es prescriu el primer medicament. Normalment això no és possible i la primera llista de medicació que es recull ha de refer-se després d'una o diverses verificacions. Els terminis per a la conciliació de la medicació s'han d'establir en funció de:

- Risc associat al medicament (risc associat a l'administració contraindicada o a l'omissió).
- Hora prevista d'administració de la propera dosi.
- Hora d'ingrés a l'hospital.

Alguns dels terminis utilitzats són:

- Abans de la propera dosi.
- Abans de la propera visita diària.
- Abans de 4 hores en cas de medicaments de risc i la resta abans de 24 hores. Alguns centres recomanen conciliar diàriament el risc d'administració de medicaments amb la llista de medicació a l'ingrés en el cas de pacients amb medicaments de risc (55).

Taula 6. Temps en què s'ha de realitzar la conciliació de la medicació segons el tipus de medicaments, segons Resar i Cols (55).

Conciliació en 4 hores	Conciliació en 24 hores
Analgèsics	AINE
Antianginosos	Anticoagulants
Antiarítmics	Antidepressius
Antibiòtics	Antihipertensius
Anticomicials	Antineoplàstics
Antihipertensius dosis múltiples diàries	Antiplaquetaris
Immunosupressors	Antipsicòtics
Coliris i pomades oftàlmiques	Contraceptius orals
Hipoglucemians orals dosis múltiples	Diürètics
Inhaladors	Electròlits
Insulina	Ferro
	Hipoglucemians orals
	Hipolipemians
	Laxants
	Medicació gastrointestinal
	Medicació tiroïdal
	Medicació tòpica
	Tractament hormonal substitutiu
	Vitamines

4.4.2. Conciliació en els trasllats interns

Els trasllats d'un servei o unitat a un altre generen més de la meitat dels errors de conciliació (16). Amb freqüència els trasllats impliquen, a més, canvis que compliquen el procés de conciliació perquè la medicació del pacient s'ha d'adaptar a una nova situació, com per exemple la impossibilitat de rebre medicació oral o, al contrari, el pas de medicació parenteral a oral com passa en trasllats entre el Servei de Medicina Intensiva i una unitat d'hospitalització convencional.

L'alta del Servei de Medicina Intensiva és un punt de risc elevat d'errors de conciliació, ja que l'enfocament centrat en els problemes aguts del pacient i les contínues actualitzacions del tractament poden conduir a omissions inadvertides de la medicació crònica en el moment de l'alta del Servei de Medicina Intensiva, i poden arrossegar-se fàcilment fins a l'alta definitiva del pacient de l'hospital (15). Una revisió retrospectiva de 1.402 històries clíniques realitzada en tres hospitals canadencs mostrava que una tercera part dels pacients que havien estat al Servei de Medicina Intensiva patien omissions de la seva medicació crònica a l'alta de l'hospital (33).

4.4.3. Conciliació en hospitalització domiciliària

L'hospitalització domiciliària, cada vegada més nombrosa als nostres hospitals, no deixa de ser un trasllat intern i, com a tal, s'ha de tenir en compte per fer la conciliació. Els col·lectius mèdic i infermer dels serveis d'hospitalització domiciliària haurien de disposar d'un informe de conciliació de la medicació dels seus pacients i actualitzar-lo en el moment en què se'ls dona l'alta.

4.4.4. Conciliació en el postoperatori

En el cas dels pacients quirúrgics, als problemes de comunicació se suma la impossibilitat de prendre medicaments per via oral a causa de la dieta absoluta i les possibles interaccions entre la medicació crònica i la utilitzada durant l'anestèsia, que obliguen, en ocasions, a suspendre transitòriament el tractament crònic. En absència d'un procés estandarditzat de reinici programat d'aquest tractament, són freqüents les omissions o almenys els retards injustificats un cop el pacient recupera la tolerància oral als líquids i per tant la capacitat de prendre la seva medicació.

A més, sovint es confon el dejú preoperatori d'aliments amb la impossibilitat de prendre la medicació amb una petita quantitat d'aigua que pot fer-se fins a 2 hores abans de la inducció anestèsica sense cap risc d'aspiració (56). Un estudi australià mostra que el dia de la intervenció s'ometia el 49% de les dosis i en el postoperatori, el 33% (57). La meitat de les omissions eren degudes al dejú preoperatori i un 29% de les dosis no s'administraven per falta de prescripció mèdica. Només un 3% dels pacients s'havien sotmès a una intervenció que contraindicava l'administració oral de medicació. Més de 15 anys després, la situació a Espanya és similar, tal com mostra un estudi multicèntric sobre el maneig de la medicació crònica en pacients quirúrgics a Catalunya, en què el 75% dels pacients presentaven algun error de conciliació, la majoria omissions (26).

4.4.5. Conciliació a l'alta

La conciliació a l'alta és la més complexa. Després de l'alta és possible que el pacient hagi de seguir prenent alguns dels medicaments que prenia abans de l'ingrés, però és possible que altres se suspenguin o es modifiquin.

D'altra banda, també és possible que el pacient hagi de reiniciar alguns medicaments crònics que no ha pres transitòriament mentre estava ingressat.

També pot ser que alguns dels nous medicaments que hagi de prendre d'ara en endavant, derivats del procés assistencial actual, obliguin a fer modificacions sobre el tractament crònic que estava prenent abans de l'ingrés a causa de duplicitats o interaccions.

Com a conseqüència, el procés de conciliació a l'alta inclou una doble comparació. La comparació de les

ordres de l'informe d'alta amb la llista de medicació que es va obtenir a l'ingrés, així com amb les ordres mèdiques actives que el pacient tenia prescrites a l'hospital immediatament abans de l'alta. De la conciliació de les tres llistes de medicació: les ordres actives abans de l'alta, la llista de medicació crònica a l'ingrés i la llista d'ordres mèdiques previstes per a l'alta, s'obindrà la llista de medicació conciliada a l'alta del pacient.

És especialment important evitar les ordres o instruccions genèriques del tipus: "reiniciar la seva medicació habitual", "continuar tractament habitual" o "resta de medicació igual". Aquestes ordres estan subjectes a la interpretació individual de qui hagi de posar-les en pràctica, normalment el personal d'infermeria o el mateix pacient a qui se li trasllada la responsabilitat de la conciliació de la seva medicació crònica amb la resta de medicaments prescrits. Són les denominades blanket orders, que estan explícitament prohibides pel *Medication Management Standard* MM.3.20 de la JCAHO (35). L'existència d'una ordre d'aquest tipus suggereix immediatament que el procés de conciliació senzillament no s'ha produït.

En general, les millores en el procés de conciliació a l'ingrés repercuteixen en una reducció substancial del nombre total d'errors de medicació potencials. Però la conciliació a l'alta és la que té més efecte sobre el nombre d'esdeveniments adversos produïts relacionats amb la medicació. La documentació i la comunicació dels canvis realitzats respecte a la llista inicial de medicació a l'ingrés del pacient que s'han derivat del procés assistencial, és més important en el postoperatori o en els trasllats interns, ja que haurà de ser coneguda i entesa pel professional responsable del pacient següent i pel mateix pacient quan ja no es trobi sota la supervisió del personal sanitari de l'hospital. Només el 28% dels errors de conciliació que es produeixen a l'alta són interceptats abans que arribin al pacient (16) i, per tant, les seves conseqüències potencials són més greus. De fet, és durant les primeres dues setmanes després de l'alta de l'hospital quan es produeixen el 12% de tots els esdeveniments adversos amb medicaments (14).

El 2007, la JCAHO va actualitzar el NPSG número 8B amb una nova exigència, la d'entregar també al pacient la llista de medicació conciliada a l'alta redactada en un llenguatge adequat i comprensible (54).

4.5. Impresos normalitzats per a la conciliació de la medicació

Moltes de les organitzacions relacionades amb l'ús segur de la medicació que es relacionen al capítol 3.9, ofereixen als seus portals web multitud d'exemples dels impresos necessaris per documentar el procés de conciliació de la medicació, el càlcul i el registre periòdic d'indicadors per seguir l'evolució del Programa als centres, fulls de recollida de la medicació crònica del pacient a l'ingrés, etc.

En qualsevol cas, és convenient dissenyar primer quin és el circuit que millor s'adapta a les necessitats de cada centre: recursos disponibles, grau d'informatització de la història clínica i del procés d'ús de la medicació, etc. Una vegada s'ha decidit quin serà el circuit més adequat, és recomanable consultar els impresos dissenyats i testats per altres com a punt de partida per dissenyar el propi. L'experiència dels centres que han implantat programes de conciliació de la

medicació mostra que sovint són necessàries diverses modificacions de l'imprès original fins a aconseguir que resulti adequat.

4.6. Recomanacions per a la conciliació de la medicació

Alguns experts en la implantació de programes de conciliació de la medicació donen les recomanacions següents, per contribuir a assegurar l'èxit del Programa de conciliació de la medicació (17, 28):

- 1. Assignar un responsable de la conciliació de la medicació.** Es tracta d'una persona amb coneixement i experiència suficient en el maneig de la medicació. Generalment, és el personal d'infermeria qui fa aquesta activitat (59%), però també pot ser personal mèdic (24%) o farmacèutic (29), tot i que en molts casos pot existir una responsabilitat compartida. En general, als EUA no és el col·lectiu farmacèutic el responsable de la conciliació, i en alguns casos s'estableix que ho ha de fer el personal farmacèutic sempre que es donin situacions de risc: medicació d'alt risc, tractaments amb més de 10 medicaments, pacient complex (insuficiència renal), història de medicaments incompleta o dosis qüestionables (29).
- 2. Conciliar la medicació en un termini de temps establert.** En general, el temps assignat per a la conciliació és de 24 hores, però s'han establert temps més curts per a discrepàncies considerades de risc, com omissions o canvis de dosis de medicació crítica. També s'han publicat temps diferents segons el tipus de medicació utilitzada (55) (taula 2).
- 3. Utilitzar un model de full de conciliació en un format normalitzat.**
- 4. Fer una llista completa dels medicaments del pacient a l'ingrés hospitalari i validar la llista de tractament amb el pacient o cuidador.**
- 5. Incloure el full de conciliació de la medicació** (o, en cas d'història clínica electrònica, un enllaç) en un lloc visible de la història clínica, fàcilment localitzable; en algun cas es recomana utilitzar un color identificatiu.
- 6. Utilitzar la llista de conciliació de la medicació quan es prescriu** la nova ordre de tractament.
- 7. Establir un procediment per escrit per a cada fase del procés.**
- 8. Tenir accés a informació de medicaments** i a consell farmacèutic en cada pas del procés de conciliació.
- 9. Millorar l'accés a la llista de medicaments a l'ingrés**, per exemple mitjançant campanyes per tal que els pacients portin el seu tractament a l'hospital si hi ingressen o promoure l'accés a les dades electròniques del pacient.
- 10. Proporcionar educació i difusió** sobre la conciliació de la medicació, així com proporcionar informació dels resultats del procés.

4.7. Indicadors sobre la conciliació de la medicació

Amb l'objectiu de poder mesurar el grau d'implantació del Programa de conciliació de la medicació al centre, així com el compliment dels objectius relacionats amb la seguretat del pacient, és necessari establir indicadors:

Descripció	Ingrés	Postop.	Traslats UC	Alta	Total
Cobertura del Programa					
<ul style="list-style-type: none"> Pacients amb medicació conciliada / total de pacients atesos 					
Seguretat					
<ul style="list-style-type: none"> Pacients amb ≥ 1 error de conciliació / total de pacients revisats 					
<ul style="list-style-type: none"> Errors de conciliació / total de pacients revisats 					
<ul style="list-style-type: none"> Pacients amb errors greus (categoria E, H, I) / total de pacients revisats 					

4.8. Fonts d'informació sobre la conciliació de la medicació

A continuació, s'ofereix una llista de portals d'organitzacions internacionals que treballen en la millora de la qualitat d'ús de la medicació, on es poden trobar eines útils com formularis de conciliació de la medicació, d'avaluació del procés, enquestes de satisfacció del personal sanitari amb el procés de conciliació, material educatiu, manuals, bibliografia i enllaços d'interès.

American Society of Health-System Pharmacists	www.ashp.org
ASHP Medication Reconciliation Toolkit	www.ashp.org/s_ashp/doc1c.asp?CID=489&DID=7633
Institute for Healthcare Improvement	www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign
Institute for Safe Medication Practices	www.ismp.org
Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors	www.macoalition.org
Joint Commission Resources	www.jcrinc.com
Joint Commission International Centre for Patient Safety	www.jointcommission.org/PatientSafety
National Institute for Health and Clinical Excellence	www.nice.org.uk

La implantació de programes de conciliació de la medicació als hospitals no és un procés fàcil ni ràpid. La majoria d'hospitals que han treballat en aquest tipus de programes han invertit més d'un any a posar en marxa el procés en àrees pilot i segueixen en fase d'expansió del procés a altres àrees de l'hospital.

5. Implantació d'un programa de conciliació de la medicació

5.1. Fase prèvia

5.1.1. Avaluació de la situació de partida al centre

És important fer una avaluació de la situació de partida, que ens serveixi com a referència per poder avaluar el grau d'implantació del procés en cada una de les etapes. Cal fer una descripció del circuit preexistent i disposar d'alguns indicadors bàsics sobre la continuïtat de la farmacoteràpia al centre, com el percentatge de pacients amb un o més errors de conciliació. Atès l'elevat nombre d'errors de conciliació que ocorren en absència d'un circuit estandarditzat de conciliació (50-60%), n'hi ha prou amb recollir dades d'un nombre relativament reduït de pacients per poder obtenir l'indicador de la situació de partida.

5.1.2. Presentació del projecte a la Direcció

El projecte necessitarà el suport i el compromís dels líders de l'organització (Direcció Mèdica i Direcció d'Infermeria). La implicació pública de la Direcció és necessària per donar una autoritat visible al Programa i demostrar el compromís del centre amb els objectius. Per això, el primer objectiu és conscienciar la Direcció de la importància del Programa i aconseguir el compromís institucional. La presentació a Direcció ha d'incloure els punts següents:

1. Importància del problema dels errors de conciliació en general i, si és possible, aportar dades pròpies.
2. Concepte de conciliació de la medicació.
3. Èxits assolits en experiències prèvies amb programes de conciliació de la medicació.
4. Programa previst per al centre.
5. Objectius.
6. Cronograma d'implantació.

5.1.3. Creació de l'equip multidisciplinari de conciliació de la medicació del centre

L'equip ha d'assumir la responsabilitat de desenvolupar, implementar i monitorar el procés de conciliació. L'equip bàsic ha d'estar format per representants dels professionals més directament relacionats amb el procés d'ús de la medicació: col·lectius mèdic, infermer i farmacèutic. També ha d'integrar l'equip alguna persona de la Direcció que tingui autoritat per assignar recursos i reduir possibles barreres a la implantació del procés de conciliació. L'equip bàsic ha de ser petit per guanyar agilitat. Es poden convidar a col·laborar altres persones molt necessàries en determinades etapes del procés (representants de comissions de qualitat, documentació clínica, seguretat clínica, sistemes d'informació, etc.) quan sigui necessari.

Un altre punt important és l'establiment d'indicadors sobre conciliació de la medicació i metodologia per a la seva avaluació periòdica, i que aquests indicadors siguin fàcils d'obtenir, ja que s'hauran de calcular periòdicament per avaluar el procés al llarg de la implantació, fet que pot suposar una càrrega de treball important, especialment a mesura que el procés s'estengui. Per això, és convenient distribuir les tasques entre el personal de farmàcia i infermeria, analitzar quin tipus de dades es poden obtenir directament del sistema d'informació del centre i, fins i tot, establir un sistema d'incentivació del personal que participa en la recollida de dades.

També resulta útil dissenyar impresos per a la tabulació de les dades necessàries per al càlcul dels indicadors sobre conciliació de la medicació. Als portals de l'IHI, la Macoalition i la JCAHO es poden trobar models d'aquest tipus d'impresos (58).

5.2. Fase pilot

Els criteris utilitzats per seleccionar l'àrea pilot per on començar la implantació són diversos. És recomanable començar per allò més senzill i anar afegint complexitat al procés a mesura que es va estenent. Les àrees on es preveu una implantació més fàcil són:

- Unitats amb activitat programada (no urgent).
- Unitats on ja existeix una bona col·laboració multidisciplinària i estan més obertes al canvi.
- Unitats on es disposa de col·lectiu farmacèutic clínic a temps total o parcial.
- Àrees on se sospita que la taxa d'errors de conciliació és elevada: unitats quirúrgiques, serveis de medicina intensiva, serveis d'urgències.

També es pot prioritzar la conciliació a l'ingrés i, una vegada perfeccionat el circuit de conciliació a l'ingrés, abordar la conciliació a l'alta o en els trasllats. De fet, resulta difícil plantejar la conciliació a l'alta o en els trasllats si no s'ha organitzat primer un bon sistema de recollida de la llista de medicació habitual a l'ingrés.

En primer lloc, cal dissenyar els impresos i el circuit nou. Pot resultar molt útil basar-se en circuits i impresos ja utilitzats per altres centres, però cada organització els ha d'adaptar a les seves pròpies característiques. També és necessari disposar d'una avaluació de la situació de partida a l'àrea pilot.

En qualsevol cas, el més important és avançar lentament i començar a treballar amb un grup mèdic, infermer i farmacèutic reduït, que constitueixin l'equip bàsic de conciliació de la Unitat Pilot. L'objectiu és provar els formularis i els nous circuits pacient per pacient, sense que els problemes detectats afectin la resta de l'equip, corregir-los i tornar-los a provar tantes vegades com sigui necessari fins que funcionin correctament.

Una vegada s'hagi aconseguit un funcionament fluït del circuit i els formularis, s'haurà de fer una nova avaluació de la situació per part de l'equip bàsic en un grup de pacients als quals se'ls hagi implantat el circuit nou, per poder quantificar els resultats obtinguts i exposar-los a la resta de l'equip de la Unitat. Aquestes dades poden ser molt útils per convèncer a la resta de l'equip que l'esforç que suposa la implantació general a la Unitat repercuteix en més seguretat per als pacients i facilita el treball dels professionals.

5.3. Extensió general del Programa de conciliació de la medicació al centre

L'extensió del Programa de conciliació de la medicació a la resta del centre ha de ser tutelada per l'equip de conciliació del centre i passa per les etapes següents:

- 1.** Presentació a la Direcció i a la resta del centre dels resultats obtinguts en la Unitat Pilot.
- 2.** Planificació de l'extensió progressiva del Programa a altres unitats.
- 3.** Incorporació dels indicadors sobre conciliació a la resta d'indicadors relacionats amb la seguretat del pacient.
- 4.** Revaluació progressiva dels indicadors de conciliació de la medicació i establiment de nous objectius per al centre.

6. Experiències de conciliació de la medicació en hospitals de Catalunya i Balears

6.1. Experiència de l'Hospital Universitari Son Dureta

A l'Hospital Universitari Son Dureta, la conciliació de la medicació s'inclou com una activitat del col·lectiu farmacèutic que treballa integrat en els serveis clínics. En els serveis que no disposen de personal farmacèutic en planta, l'activitat es realitza de forma esporàdica o en cas que es doni algun problema o incidència.

Un element clau per a la conciliació és l'accés a la història clínica del pacient d'atenció primària, així com a les prescripcions actives i històriques de medicaments.

El procés de conciliació es concep com un procés continu, i s'ha de fer no només en cada un dels canvis assistencials, sinó també amb els canvis clínics del pacient:

1. Conciliació a l'ingrés del pacient. Es preveu la medicació habitual que pren el pacient (segons els registres d'atenció primària i especialitzada, contrastats amb l'entrevista al pacient).

És el cribratge més important d'errors de conciliació i el que més recurs temporal sol consumir. Per fer-ho d'una forma reglada, s'ha disposat d'un model per revisar tots els aspectes importants que poden ser d'interès en les recomanacions de l'atenció farmacèutica. No obstant això, aquest registre en paper no va resultar útil, atesa la implantació de la prescripció electrònica en tot l'hospital, i es va optar per fer que el personal farmacèutic deixés, en el curs clínic, informació del tractament d'atenció primària en un full que reflecteix el tractament crònic que figura a atenció primària amb la seva valoració, així com les recomanacions de mantenir, retirar temporalment, suspendre o substituir la medicació crònica.

2. Conciliació durant l'estada. El col·lectiu farmacèutic integrat en el pas de visita pot realitzar un seguiment del pacient i valorar la reintroducció de la medicació crònica en el moment més adequat, així com els canvis de pauta que siguin necessaris, sense esperar l'alta del pacient.

3. Conciliació en el moment de l'alta. Si el seguiment del pacient ha estat complet és relativament ràpid. La medicació a l'alta ha d'haver estat consensuada amb el personal mèdic responsable del pacient durant l'estada hospitalària, motiu pel qual el punt més important a l'alta consisteix a aportar al pacient la informació clara i concisa del seu nou tractament farmacològic, i incidir en els canvis respecte al tractament previ a l'ingrés.

6.2. Experiència de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron

6.2.1. Cobertura del Programa de conciliació de la medicació

L'Hospital Universitari Vall d'Hebron és un hospital de tercer nivell, que disposa de 1.300 llits i té una activitat assistencial elevada. L'any 2007, des del Servei de Farmàcia es va impulsar la iniciativa d'implantar un programa de conciliació de la medicació habitual. Es va decidir començar el Programa en els pacients

quirúrgics. Aquesta elecció va tenir dos motius: està descrit àmpliament que els pacients quirúrgics es beneficien més que els pacients mèdics dels programes de conciliació de la medicació, i l'hospital fa un gran nombre d'intervencions quirúrgiques, 33.927 l'any 2007, motiu pel qual una gran quantitat de pacients es van veure beneficiats per la implantació del Programa.

Es va decidir iniciar la implantació al Servei de Cirurgia General i Digestiva per l'elevada predisposició a col·laborar dels membres de l'equip mèdic i d'infermeria, fet amb el qual es pretenia assegurar l'èxit del Programa. La implantació del Programa es va iniciar amb els pacients que ingressen en aquest servei procedents del Servei d'Urgències, ja que és un grup reduït i controlat de pacients als quals el personal mèdic responsable de l'ingrés realitza una anamnesi farmacològica completa abans de traslladar-los a la Unitat d'Hospitalització.

6.2.2. Descripció del Programa de conciliació de la medicació

Al Programa que es descriu a continuació, la responsabilitat de realitzar la conciliació de la medicació habitual està compartida entre els col·lectius mèdic, infermer i farmacèutic. La conciliació es fa al moment de l'ingrés del pacient i durant els trasllats interhospitalaris. Es pretén que el temps que han d'invertir cada un d'ells per realitzar la conciliació sigui només lleugerament superior al temps que es dedica habitualment al tractament farmacològic del pacient.

El procés de conciliació es fa manualment. La primera prescripció del pacient és manual i es fa en l'imprès de "Prescripcions farmacològiques" estandarditzat de l'hospital, al qual s'ha afegit un espai per registrar la medicació habitual del pacient. Aquest apartat consta d'una columna per registrar la medicació habitual (medicament, dosi, via d'administració i freqüència), i diverses columnes consecutives, en les quals el personal farmacèutic va indicant manualment si els medicaments continuen o se suspelen en el moment de l'ingrés, la postcirurgia, els trasllats o a l'alta. Per prendre la decisió, tant el col·lectiu mèdic com el farmacèutic, disposen de les recomanacions del "Protocol de maneig perioperatori de la medicació habitual" de la Societat Catalana de Farmàcia Clínica.

La llista de la medicació habitual s'obté durant l'anamnesi farmacològica que realitza el col·lectiu mèdic al Servei d'Urgències amb el pacient i els seus cuidadors. A la Unitat d'Hospitalització, el personal d'infermeria repeteix l'entrevista i en cas de dubte en relació amb algun medicament es demana als cuidadors del pacient que portin de casa les capsas i, si és possible, una llista recopilada de tot el tractament realitzada pel col·lectiu mèdic d'atenció primària.

El procés de conciliació segueix els passos següents:

Al Servei d'Urgències: ingrés del pacient.

El pacient arriba al Servei d'Urgències de l'hospital, on l'atén l'equip de guàrdia del Servei Quirúrgic que li correspongui segons el motiu de la consulta.

1. Col·lectiu mèdic. Si decideix l'ingrés del pacient a l'hospital, inicia el procés de conciliació en l'anamnesi d'ingrés preguntant al pacient quins medicaments pren habitualment a casa seva. El tractament habitual es registra manualment en l'apartat "Medicació habitual" de l'imprès de "Prescripcions farmacològiques". El col·lectiu mèdic indica quins medicaments han de continuar prescrits a l'ingrés. Aquesta prescripció es deixa en un lloc visible de la història clínica, la qual s'envia a la Unitat d'Hospitalització amb el pacient.

Unitat d'Hospitalització abans de la cirurgia.

2. Col·lectiu infermer. Rep el pacient quan arriba a la Unitat d'Hospitalització i realitza l'entrevista d'ingrés al pacient i els seus cuidadors. Revisa la medicació habitual que el col·lectiu mèdic ha anotat en la prescripció mèdica, i, en cas que trobi alguna discrepància entre els medicaments prescrits pel personal mèdic i el resultat de l'entrevista amb el pacient, l'anota a l'espai "Observacions del col·lectiu infermer sobre la medicació habitual" de l'imprès "Prescripcions farmacològiques". Si ho estima oportú, contacta amb el personal mèdic amb la finalitat de resoldre la discrepància. La prescripció mèdica que conté la "Medicació habitual" del pacient s'envia al Servei de Farmàcia.

3. Col·lectiu farmacèutic. Valida la prescripció i revisa les instruccions del col·lectiu mèdic en relació amb la medicació habitual d'acord amb les recomanacions del "Protocol de maneig perioperatori de la medicació habitual". Si troba alguna discrepància entre les recomanacions i la prescripció, es posa en contacte amb el personal mèdic per valorar si està justificada o no i anota a l'imprès la intervenció. A la nit, el Servei de Farmàcia envia la prescripció en format preimprès a la Unitat d'Infermeria per tal que estigui disponible per a la visita mèdica següent. En aquesta prescripció preimpresa consta tota la medicació habitual del pacient, fins i tot els medicaments que s'han suspès de forma temporal, i s'hi indica clarament aquesta circumstància.

Quiròfan i Unitat de Reanimació.

El dia de la intervenció, el pacient es trasllada a quiròfan i després de la cirurgia ingressa a la Unitat de Reanimació, on s'ha de quedar durant un període que pot oscil·lar entre hores i dies, segons el tipus d'intervenció i l'estat clínic del pacient.

4. Col·lectiu mèdic. Realitza la primera prescripció mèdica postoperatòria en el format preimprès que envia el Servei de Farmàcia, on consta tota la medicació habitual del pacient (amb indicacions de quins medicaments continuen pautats i quins s'han suspès). D'aquesta manera, l'anestesiòleg disposa de la informació completa de la medicació habitual del pacient i pot realitzar la conciliació postoperatòria i decidir quins medicaments han de seguir pautats, quins s'han de suspendre i quins s'han d'administrar per una via alternativa o substituir per un equivalent terapèutic adequat a les circumstàncies del pacient.

Unitat d'Hospitalització després de la cirurgia.

5. Col·lectiu mèdic. Realitza una nova prescripció i continua amb la conciliació postoperatoria tenint en compte la llista de medicació habitual i les recomanacions del "Protocol de maneig perioperatori de la medicació habitual". En aquesta prescripció indica si decideix continuar, reiniciar, substituir o suspendre cadascun dels medicaments habituals del pacient.

6. Col·lectiu farmacèutic. Valida les prescripcions i fa la conciliació postoperatoria. Si troba alguna discrepància amb les recomanacions del protocol, es posa en contacte amb el col·lectiu mèdic per valorar si està justificada o no, i ho anota al costat de cada medicament en l'imprès de conciliació.

Alta del pacient.

7. Col·lectiu mèdic. Redacta l'"Informe d'alta", que disposa d'un apartat on s'ha d'indicar el tractament que ha de seguir el pacient al seu domicili. En aquest moment, el col·lectiu mèdic ha de conciliar les prescripcions de medicació actives amb la llista de medicació habitual realitzada a l'ingrés del pacient en l'"Imprès de conciliació de la medicació habitual". Així, a l'"Informe d'alta" que s'entrega al pacient han de constar tots els medicaments que ha de seguir prenent a casa seva, tant els relacionats amb la cirurgia com amb la seva medicació habitual.

6.2.3. Resultat de l'experiència

Després de la implantació del Programa, s'ha observat una disminució en els errors de conciliació tant a l'ingrés com en el període perioperatori del pacient. Disposar de la llista completa de la medicació habitual ha estat fonamental: ha permès augmentar el percentatge de medicaments que es mantenen en el preoperatori, i en el postoperatori ha disminuït el retard en el reinici de la medicació habitual. A més, ha facilitat la intervenció del col·lectiu farmacèutic, ja que li proporciona la informació necessària per vetllar pel maneig adequat del tractament farmacològic en el perioperatori.

Les dificultats principals trobades durant la implantació del Programa es deuen a la complexitat organitzativa de l'hospital, per la gran quantitat i dispersió d'equips mèdics i d'infermeria, fet que fa difícil informar, convèncer i formar tots els implicats.

A més, el procés d'implantació ha estat lent, perquè s'ha fet sense una dotació específica de recursos. No obstant això, s'han aconseguit modificar els hàbits de prescripció de la medicació habitual del pacient, fet que sembla assegurar la supervivència del Programa. Actualment, el Programa s'aplica a tots els pacients que ingressen al Servei de Cirurgia General i Digestiva procedents d'Urgències i s'està estenent a la resta de pacients del Servei. Una vegada s'hagi consolidat el Programa, es preveu estendre'l a la resta de serveis quirúrgics de l'hospital.

6.3. Experiència de l'Hospital Parc Taulí

6.3.1. Cobertura del Programa de conciliació de la medicació

El Servei de Farmàcia de l'Hospital Parc Taulí ha definit com una àrea prioritària d'actuació i integració del col·lectiu farmacèutic als equips clínics el Servei d'Urgències (SU) pels motius següents:

1. Als SUH conflueixen una sèrie de circumstàncies que els fan especialment vulnerables al fet que es produeixin errors de medicació:

- 1.** No existeix validació de les prescripcions pel personal farmacèutic.
- 2.** Prevalen les ordres verbals i de medicació intravenosa.
- 3.** L'atenció és urgent.
- 4.** Existeix un grau d'estrès en els professionals que realitzen a la vegada diverses tasques assistencials amb interrupcions freqüents.
- 5.** Existeix, en la majoria de centres, accés limitat a la història clínica completa del pacient.
- 6.** No hi ha seguiment directe del pacient.

2. Els SUH són l'àrea de l'hospital on es produeixen un nombre més gran d'errors de medicació evitables pel pacient ingressat.

3. Més del 50% de pacients que ingressen a l'hospital provenen d'aquest servei.

Atès que el nombre de facultatius del Servei de Farmàcia és limitat i el nombre de pacients que ingressen a l'hospital a través del Servei d'Urgències és elevat (47 pacients/dia de mitjana), l'actuació s'ha plantejat a temps parcial, però de forma sistemàtica des de l'any 2005, i es dóna prioritat als pacients que fa més temps que estan ingressats al SU. S'hi inclouen una mitjana del 14% dels pacients pendents d'ingrés.

La conciliació de la medicació domiciliària sobre els pacients diana del nostre Programa d'atenció farmacèutica al SU, es considera una eina de treball que ens ajuda que els pacients inclosos en el Programa rebin la medicació més efectiva i segura durant l'estada al SU.

6.3.2. Descripció del Programa de conciliació de la medicació

El procés de conciliació consta de tres passos fonamentals:

El primer pas del procés consisteix a verificar i completar la història farmacoterapèutica obtinguda a l'inici de l'episodi d'urgències, mitjançant entrevista directa al malalt i el cuidador.

El segon pas consisteix a conciliar la medicació prescrita en el SU amb la medicació domiciliària obtinguda en el pas 1.

El tercer pas consisteix a comentar les discrepàncies no justificades per la situació clínica, les duplicitats terapèutiques i les interaccions amb l'equip clínic responsable. La forma de comunicació de les discrepàncies a l'equip responsable del pacient es farà de forma immediata i personal o a través del curs clínic segons la gravetat de les discrepàncies detectades. Les discrepàncies que generen un canvi de prescripció es consideren errors de conciliació que classifiquem d'acord amb els criteris exposats anteriorment a la guia.

Els problemes de conciliació són la primera causa de modificació de la prescripció mèdica en el SU induïda pel Programa d'atenció farmacèutica.

6.4. Experiència de l'Hospital de Barcelona

6.4.1. Cobertura del Programa de conciliació de la medicació

L'Hospital de Barcelona disposa d'un programa de conciliació de la medicació habitual en els pacients quirúrgics programats amb una previsió d'estada més gran de tres dies i en tractament amb tres o més medicaments crònics.

6.4.2. Descripció del Programa de conciliació de la medicació

En el nostre model, la responsabilitat de la conciliació de la medicació habitual està compartida entre el personal d'infermeria i el Servei de Farmàcia. Actualment, el procés de conciliació s'està realitzant en una unitat de cirurgia general.

El procés de conciliació segueix els passos següents:

A l'ingrés

El pacient ingressa de forma programada a l'hospital, on és entrevistat pel personal d'infermeria. Aquests professionals són els que elaboren la millor llista possible de la medicació habitual del pacient (MLPMH). Si el pacient s'ha sotmès al preoperatori en un centre adscrit al nostre hospital, el personal d'infermeria

remet a farmàcia la documentació. Tant aquest document com la MLPMH recullen la dosi, la via d'administració i la freqüència de la medicació habitual. El document s'envia per fax al Servei de Farmàcia, on el personal farmacèutic realitza el procés de conciliació amb la prescripció mèdica d'acord amb el "Protocol de maneig perioperatori de la medicació habitual". Si troba alguna discrepància contacta amb el personal mèdic responsable i s'introdueix l'ordre mèdic al sistema indicant, a l'apartat "Observacions", que es tracta de medicació habitual. Una vegada realitzada la conciliació, el personal farmacèutic escriu en el curs clínic una nota indicant que la medicació habitual del pacient s'ha conciliat i indica si s'ha suspès temporalment algun medicament i per quin motiu.

A l'alta

El personal d'infermeria avisa a farmàcia de les altes dels pacients inclosos al Programa de conciliació de la medicació. En aquell moment, el pacient té redactat l'informe d'alta. Des de farmàcia es procedeix a la conciliació de la medicació de l'informe d'alta amb les últimes ordres de tractament actives del pacient. En cas de discrepàncies no justificades es contacta amb el prescriptor i es resolen. El Servei de Farmàcia elabora un informe complet de medicació (generat amb l'ajuda del *software Infowin®*), que entrega al personal d'infermeria per tal que expliqui el tractament al pacient.

7. Amenaces i oportunitats

Una barrera per a la posada en marxa de programes de conciliació de la medicació és que no es pot fer a través de la història farmacoterapèutica o clínica i que requereix contacte amb el pacient. Aquest fet és també una oportunitat per establir un punt assistencial encaminat a l'atenció farmacèutica en l'àmbit hospitalari (17, 46).

El temps requerit per a l'entrevista clínica varia segons els estudis entre 11,4±9,15 minuts/pacient (22), 30 minuts/pacient (10), 71-120 minuts/cas (19). Aquest temps s'incrementa si es requereixen aclarir amb el col·lectiu mèdic les possibles discrepàncies.

És particularment important no solapar funcions amb altres professionals i evitar duplicar el treball realitzat pel col·lectiu mèdic, infermer o en consultes prequirúrgiques.

Altres limitacions són les barreres lingüístiques o per l'estat cognitiu del pacient, que dificulten el coneixement del tractament; tot i que resulten determinants a la pràctica, en general, s'arriba a establir el tractament del pacient.

8. Cap al futur

Hi ha diversos fets que facilitaran la conciliació de la medicació en un futur molt proper. En el sistema públic de salut ja es disposa de la prescripció informatitzada completa dels pacients i la recepta electrònica és una realitat en moltes àrees sanitàries, i probablement sigui universal en un termini curt de temps.

D'altra banda, el fet de disposar del tractament crònic als centres hospitalaris facilitarà molt el treball de conciliació, ja que podrà ser consultat i també utilitzat pel col·lectiu mèdic especialista que atén el pacient, tant en consultes externes, com en urgències o durant l'ingrés hospitalari.

Així mateix, el procés de conciliació pot arribar fins i tot a ser innecessari en aquelles comunitats autònomes en què s'està treballant per utilitzar un mòdul de prescripció i dispensació de medicaments únic i compartit per tots els àmbits assistencials, tant d'atenció primària com especialitzada o sociosanitària.

Si bé aquestes eines facilitaran la conciliació, aquesta s'haurà de seguir fent, ja que no sempre s'inclourà la prescripció realitzada en la medicina privada, cada vegada es tindrà més accés a la compra de fàrmacs per correu, per e-farmàcies o per Internet, i també s'han d'avaluar els medicaments sense recepta i la fitoteràpia, aspectes que no seran accessibles mitjançant el sistema informàtic.

A més, no es podrà prescindir de la revisió d'aquesta informació, de la concordança amb els diagnòstics del pacient, de la indicació clínica i l'adequació de dosi i pauta. I sempre serà necessària la valoració de l'adherència i el compliment del pacient al règim terapèutic, els efectes secundaris i altres aspectes relacionats amb l'èxit terapèutic.

Hem de buscar la informació en el pacient (17). El més important és *conciliar* la llista, no fer-la; és a dir: utilitzar la informació. No es tracta de fer una llista, sinó d'utilitzar aquesta informació per aconseguir el tractament adequat per a la situació clínica del pacient (19).

9. Decàleg de recomanacions per a la conciliació de la medicació als centres sanitaris

1. La conciliació de la medicació ha de ser un objectiu compartit i assumit per la direcció del centre.
2. Disposar del procediment escrit per a la conciliació de la medicació vigent al centre.
3. Disposar d'un model d'imprès per realitzar la conciliació de la medicació, ja sigui en format paper o electrònic.
4. Els centres han de tenir accés a la informació del tractament crònic del pacient que consti al registre d'atenció primària.
5. Aconsellar al pacient que porti el seu tractament habitual en els ingressos programats, no per a la seva administració, sinó per facilitar-ne el coneixement.
6. Disposar de protocols de maneig de la medicació crònica en el període perioperatori.
7. Disposar de protocols d'intercanvi terapèutic i de polítiques d'actuació en el moment de l'alta.
8. Reflectir el tractament complet del pacient en tot moment i evitar-ne l'administració per part del mateix pacient.
9. Evitar frases com "continuar tractament previ" o "seguir igual" i indicar el nom, la dosi, la via, la freqüència i la durada del tractament.
10. Informar el pacient dels canvis en el seu tractament i de com ha de seguir-lo, especialment a l'alta hospitalària.

10. Bibliografia

1. Consumo MdSy. Estudio nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005; 2005.
2. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991 7 feb.; 324 (6): 377-84.
3. ISMP. Medication Safety Alert. [En premsa] 2005.
4. Rozich J, Resar R. Medication Safety: One Organization's Approach to the Challenge. *Quality Management in Health Care* 2001; 8 (10): 27-34.
5. JCAHO. Medication Reconciliation Handbook. Rich DS eOT, Illinois: Joint Commission Resources (ed.), 2006.
6. Delgado O, Serra G, Martínez-López I, Do Pazo F, Fernández F, Serra J, et al., editors. Errores de Conciliación al ingreso y al alta hospitalaria en un Servicio Quirúrgico. XII Jornada de la Societat Catalana de Farmàcia Clínica. Barcelona: 2006 20 juny.
7. Burda SA, Hobson D, Pronovost PJ. What is the patient really taking? Discrepancies between surgery and anaesthesiology preoperative medication histories. *Qual Saf Health Care* 2005 des.; 14 (6): 414-6.
8. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med* 2005 28 feb.; 165 (4): 424-9.
9. Gurwich EL. Comparison of medication histories acquired by pharmacists and physicians. *Am J Hosp Pharm* 1983 set.; 40 (9): 1541-2.
10. Lessard S, DeYoung J, Vazzana N. Medication discrepancies affecting senior patients at hospital admission. *Am J Health Syst Pharm* 2006 15 abr.; 63 (8): 740-3.
11. Lizer MH, Brackbill ML. Medication history reconciliation by pharmacists in an inpatient behavioural health unit. *Am J Health Syst Pharm* 2007 15 maig; 64 (10): 1087-91.
12. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ* 2005 30 ago.; 173 (5): 510-5.
13. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ* 2005; 173: 510-5.
14. Forster 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 4 feb.; 138 (3): 161-7.
15. Stufken R, Heerdink ER, de Koning FH, Souverein PC, Egberts AC. Association Between Hospitalization and Discontinuity of Medication Therapy Used in the Community Setting in the Netherlands (July/August). *Ann Pharmacother*; 2008 10 juny.
16. USP. Medication errors involving reconciliation failures: United States Pharmacopoeia 2005 oct. Disponible a: <http://www.usp.org/pdf/EN/patientSafety/capsLink2005-10-01.pdf>
17. Delgado O. Conciliació de la medicació. *Med Clin (Barc)* 2007; 129 (9): 6.
18. Faris RJ. Preventable Drug-Related Morbidity and Seamless Care. In: Pharmacists C, editor. *Seamless Care: A Pharmacist's Guide to Continuous Care Programs*. Ottawa (Canadà): 2003; 13-8.
19. Thompson CA. JCAHO views medication reconciliation as adverse-event prevention. *Am J Health Syst Pharm* 2005 1 ago.; 62 (15): 1528, 30, 32.
20. 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.
21. 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 8 març; 164 (5): 545-50.
22. 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 15 ago.; 61 (16): 1689-95.
23. Kwan Y, Fernandes OA, Nagge JJ, Wong GG, Huh JH, Hurn DA, et al. Pharmacist medication assessments in a surgical preadmission clinic. *Arch Intern Med* 2007 28 maig; 167 (10): 1034-40.
24. Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care* 2006 abr.; 15 (2): 122-6.
25. Montesinos Orti S, Soler Company E, Rocher Milla A, Ferrando Piqueres R, Ruiz Del Castillo J, Ortiz Tarin I. [Results of a medication reconciliation project in routine medical treatment after surgical discharge.]. *Cir Esp* 2007 des.; 82 (6): 333-7.
26. Roure C LD, Casasín T, Martínez E, Masip M, Domínguez, González et al. Intervenció del farmacèutic en la millora del maneig perioperatori de la medicació habitual dels pacients quirúrgics. *Circular farmacèutica* 2007.
27. IHI. Protecting 5 million Lives from harm Campaign. Getting Started Kit: Prevent Adverse Drug Events (Medication Reconciliation) How-to Guide. Institute for Healthcare Improvement 2007 [actualització 2007; citat 2008 8 març 2008]; disponible a: <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/98096387-C903-4252-8276-5BFC181C0C7F/0/ADEHowtoGuide.docGetting Started Kit>.
28. JCAHO. Medication Reconciliation Handbook. 1st ed. Rich DS, editor. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission Resources, 2006.
29. 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 Qual Patient Saf 2006 gen.; 32 (1): 37-50.
- 30.** Rozich JD, Howard RJ, Justeson JM, Macken PD, Lindsay ME, Resar RK. Standardization as a mechanism to improve safety in health care. *Jt Comm J Qual Saf* 2004 gen.; 30 (1): 5-14.
- 31.** Michels RD, Meisel SB. Program using pharmacy technicians to obtain medication histories. *Am J Health Syst Pharm* 2003 1 oct.; 60 (19): 1982-6.
- 32.** 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 des.; 18 (4): 201-5.
- 33.** Bell CM, Rahimi-Darabad P, Orner AI. Discontinuity of chronic medications in patients discharged from the intensive care unit. *J Gen Intern Med* 2006 set.; 21 (9): 937-41.
- 34.** Kramer JS, Hopkins PJ, Rosendale JC, Garrelts JC, Hale LS, Nester TM, et al. Implementation of an electronic system for medication reconciliation. *Am J Health Syst Pharm* 2007 15 feb.; 64 (4): 404-22.
- 35.** JCAHO JCoAoH. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (CAMH): The Official Handbook. Organizations JCoAoH, editor. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission Resources, 2006.
- 36.** Rozich JD RR. Medication safety: one organization's approach to the challenge. *J Clin Outcomes Manage* 2001; 8 (10): 27-34.
- 37.** Organization WWH. Action on Patient Safety: High 5s Initiative 2006 [actualització 2006; citat 28 maig 2008]; disponible a: http://www.who.int/patientsafety/events/media/high_5s-without_oz.pdf.
- 38.** NICE National Institute for Clinical Excellence NPSA. Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to Hospital 2007 [actualització 2007; citat 28 maig 2008]; 2007 12 des.; disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PSG001GuidanceWord.doc>.
- 39.** Kliethermes MA. Continuity of care: the significance of the pharmacist's role. *Am J Health Syst Pharm* 2003 1 set.; 60 (17): 1787-90.
- 40.** Delgado O MI, Crespí M, Serra G. Conciliación de la medicación: asumamos la responsabilidad compartida. *Farm Hosp.* [editorial] 2008; 32 (2): 2.
- 41.** Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: prescribing and transcribing 2007. *Am J Health Syst Pharm* 2008 1 maig; 65 (9): 827-43.
- 42.** Pedersen CA, Gumpfer KF. ASHP national survey on informatics: assessment of the adoption and use of pharmacy informatics in U.S. hospitals 2007. *Am J Health Syst Pharm* 2008 1 des.; 65 (23): 2244-64.
- 43.** ISMP. ISMP Survey on Medication Reconciliation: Institute for Safe Medication Practice 2006 13 jul. 2006; disponible a: <http://www.ismp.org/Survey/Survey200604R.asp> |.
- 44.** SEFH. 2020 Hacia el futuro con seguridad 2008; disponible a: http://www.sefh.es/sefhpdfs/2020_Consulta_Publica.pdf.
- 45.** ISMP MdSyC. 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; disponible a: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/evaluacionSeguridadSistemasMedicamentos.pdf>
- 46.** Delgado. Conciliació de la medicació. *Med Clin (Barc)* 2007; 129 (9): 343-8.
- 47.** MERP) TNCCfMERaPN. NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors 28-10-2006; disponible a: <http://www.nccmerp.org/pdf/indexColor2001-06-12.pdf>.
- 48.** Caelles N IJ, Machuca M Entrevista farmacéutico-paciente en el Programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico. *Phar Care Esp* 2002; 4: 4.
- 49.** Corelli RL KW, Koda-Kimble MA Assessment of therapy and pharmaceutical care. In: Koda-Kimbe Ma YL, Kradjan WA editor. *Applied Therapeutics The Clinical Use of Drugs*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- 50.** Gardner ME HR, Meldrum H. Patient communication in clinical pharmacy practice. In: Herfindal ET GD, editor. *Textbook of Therapeutics Drug and Disease Management* Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
- 51.** Faster G. Método faster. A: Urgències FAe, editor. 2008.
- 52.** Practice IfSM. ISMP's List of High-Alert Medications. 2006 28 oct. Disponible a: <http://www.ismp.org/Tools/highalertmedicationpdf>.
- 53.** Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors. *Journal* [sèrie d'Internet]. Disponible a: <http://www.macoalition.org>.
- 54.** JCAHO. Facts about the 2007 National Patient Safety Goals 2007 [actualització 2007; citat 2008 23 març]; disponible a: http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/07_npsg_facts.htm.
- 55.** Resar R. Example guidelines for Time Frames for Completing Reconciling Process. *Journal* [sèrie d'Internet]. Massachusetts Hospital Association Medication Error Prevention. Disponible a: <http://www.macoalition.org/Initiatives/RecMeds/4hrMeds.pdf>.
- 56.** Pass SE, Simpson RW. Discontinuation and reinstitution of medications during the perioperative period. *Am J Health Syst Pharm* 2004 1 maig; 61 (9): 899-912; quiz 3-4.
- 57.** Kluger MT, Gale S, Plummer JL, Owen H. Peri-operative drug prescribing pattern and manufacturers' guidelines. An audit. *Anaesthesia* 1991 juny; 46 (6): 456-9.
- 58.** HUVH. Impreso de recogida de datos de conciliación 2008.

Guia per a la
implantació
de programes de
Conciliació
de la Medicació
als centres
sanitaris

