



CONCILIACIÓ DE LA MEDICACIÓ: UNA EINA NECESSÀRIA PER GARANTIR LA CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL I MILLORAR LA SEGURETAT DEL PACIENT

Cristina Roure Nuez

Servei de Farmàcia. Consorci Sanitari de Terrassa

Resum

S'estima que entre el 54% i el 67% dels pacients que ingressen als hospitals tenen almenys una discrepància no justificada entre la medicació anotada a la història clínica i la que realment prenen al seu domicili.^{1,2,3}

L'alta prevalença d'errors de medicació relacionats amb aquests defectes de comunicació va fer reaccionar les organitzacions líders en la promoció de la seguretat del pacient com ara la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO),⁴ l'Organització Mundial de la Salut (OMS)⁵ o l'Institute for Healthcare Improvement (IHI).⁶ L'any 2005 la JCAHO va incloure en la seva acreditació un nou estàndard de seguretat relacionat amb aquest problema i va definir la conciliació de la medicació (CM) com el **procés formal i protocol·litzat** de comparació i resolució de les possibles discrepàncies entre la medicació que ja estava prenent el malalt i la que se li prescriu de nou a l'organització.⁴ Es tracta d'un concepte molt simple però alhora difícil de garantir en els sistemes sanitaris actuals.

Els programes de CM s'han mostrat altament efectius, amb reduccions dràstiques dels errors de medicació, en estudis publicats als Estats Units d'Amèrica (EUA) i el Canadà^{7,8} i actualment tenen un alt grau d'implantació en aquests països.

A Catalunya hi ha algunes experiències aïllades de CM, promogudes principalment pels serveis de farmàcia en solitari. Es tracta d'experiències molt meritòries, però escasses i en general adreçades a un nombre limitat de pacients. Cal un abordament interdisciplinari i més global, amb el suport

de l'administració sanitària i dels gestors, que garanteixi la continuïtat assistencial pel que fa al tractament farmacològic per a tots les pacients i en què cada col·lectiu de professionals assumeixi la seva responsabilitat en el procés de conciliació. En aquest sentit, el Departament de Salut i el Servei Català de la Salut han fet darrerament alguns passos per començar a promoure la realització d'aquest tipus d'activitats. Ara cal també que tots els professionals sanitaris prenguin consciència del problema i col·laborin activament en la implantació de les solucions.

L'objectiu d'aquest article és donar a conèixer la magnitud del problema dels errors de conciliació de la medicació, el seu impacte sobre la salut dels pacients i la necessitat de posar en marxa solucions que en altres països ja han demostrat la seva efectivitat en la reducció dels errors de conciliació, a més de sensibilitzar als professionals sanitaris, gestors i administració sanitària i implicar-los en la posada en marxa de programes de conciliació a Catalunya.

Introducció

La medicació és la primera causa d'esdeveniments adversos derivats de l'assistència sanitària als pacients.^{10,11} 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 (EAM) als hospitals.^{12,13} L'ingrés i l'alta hospitalària són processos complexos, amb freqüents relleus entre professionals i organitzacions, amb múltiples canvis en el pla terapèutic i en un entorn de pressió que posa el pacient en una situació de risc davant de possibles errors de medicació. La meitat dels errors de medicació es produeixen en processos relacionats amb l'ingrés o l'alta, o amb canvis de responsable del pacient.¹²

Taula 1. Incidència d'errors de conciliació de la medicació

Estudi	n	% pacients amb discrepàncies no justificades de medicació	% omissions*
Cornish (3) 2005	151	54	46
Gleason (2) 2004	204	54	42
Lessard (71) 2006	63	65	57
Kwan (7) 2007	237	40	46
Vira (8) 2006	60	60	59
Lizer (72) 2007	54	80	-
Delgado (19) 2009	603	53	58
Roure (17) 2008	1.058	78	83
Hernández (56) 2008	434	35	-
Arroyo (55) 2008	177	35	-

* Sobre el total de discrepàncies no justificades.

La major part dels estudis xifren en més del 50% el percentatge de discrepàncies no justificades entre la medicació que es prescriu als pacients a l'hospital i la que prenen abans de l'ingrés (taula 1).^{1,2,3,14,16,15} Entre el 27% i el 59% d'aquests errors poden suposar un risc potencial de lesió per al pacient.^{1,2,3,17}

Es tracta de situacions com les següents: omissió d'una medicació crònica necessària, continuïtat d'una medicació crònica contraindicada o innecessària, duplicitat terapèutica d'una medicació crònica no suspesa i una medicació nova iniciada, o modificació no intencionada de la posologia de la medicació crònica. Els errors d'omissió són, de llarg, els més freqüents i representen el 40%-70% de tots els errors de conciliació (taula 1).^{2,3,8,18,19}

Segons les dades del sistema de comunicació d'errors de medicació MEDMARX® de la United States Pharmacopoeia (USP), un 22% d'aquestes discrepàncies es donen en el moment de l'ingrés, un 12% en l'alta²⁰ i un 66% en altres transicions assistencials que impliquen canvis de responsabilitat i actualitzacions globals del tractament, com els trasllats interns intrahospitalaris o també en el postoperatori.^{6,17,21,22,23,24} La meitat dels errors produïts a l'ingrés o durant els trasllats s'intercepten abans que arribin al pacient, però només un 28% dels que es donen a l'alta es poden evitar.²⁰ Alguns estudis prospectius mostren una incidència d'errors de conciliació durant l'alta encara més elevada (41,3%-59,6%), acompanyada de prescripcions incompletes en un 55% dels pacients, les quals poden induir a errors potencials en un 29% dels casos.^{8,25}

Discrepàncies i errors de conciliació

La bibliografia sobre errors de conciliació de la medicació barreja sovint els termes *discrepància de medicació* i *error de conciliació de la medicació*, cosa que complica la interpretació i la comparació dels resultats de diferents estudis. Per poder assegurar que una **discrepància** aparent és un error de medicació i que s'ha de corregir, no solament cal conèixer la llista de medicació crònica prèvia del pacient i

veure si coincideix amb la medicació prescrita, sinó que cal valorar si els canvis introduïts són adequats o no.²⁶ Per aquest motiu, davant d'una discrepància aparent, només després d'haver confirmat amb el prescriptor que no era intencionada es parla **d'error de conciliació**.^{2,27} 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 els possibles errors de medicació que haurien pogut passar in advertits.²⁶ Per tant, les discrepàncies són només diferències entre el que el malalt pren i el que té prescrit, no són errors en si mateixes. Només es consideren errors de conciliació aquelles discrepàncies que no estan justificades i que el prescriptor, un cop consultat, accepta que no eren intencionades.

Causes dels errors de conciliació

A continuació es descriuen algunes de les causes que poden explicar l'alt nombre d'errors de conciliació.

Els avenços en terapèutica, i la tendència creixent a l'ús de medicaments en la prevenció primària i secundària, fan que la polimediació sigui cada vegada més freqüent.^{28,29} Els estudis realitzats en el nostre entorn mostren que el 77% dels malalts que ingressen a l'hospital prenen medicació crònica amb una mitjana de 3,5 medicaments per pacient¹⁷ i que aquestes xifres arriben al 88,3% de la població anciana, amb una mitjana de 4,1 fàrmacs en homes i de 4,4 en dones.³⁰ Un estudi americà recent mostrava una mitjana de 7,3-7,7 medicaments per pacient, dels quals un 39% eren medicaments sense recepta.³¹

La participació de múltiples professionals sanitaris en el tractament d'un mateix malalt, juntament amb una comunicació insuficient i incompleta entre ells, condueix a la coexistència de diversos registres de medicació activa per al mateix pacient, amb inconsistències importants entre aquests.^{1,14,15,16,21,59} La millora de la integració i de la interoperabilitat entre els sistemes d'informació dels diferents proveïdors

Taula 2. Tipus d'errors de conciliació de la medicació (27)

Omissió de medicament	El pacient prenia un medicament necessari i no s'ha prescrit, sense que existeixi justificació clínica explícita o implícita per ometre'l.
Diferent dosi, via o freqüència d'un medicament	Es modifica la dosi, la via o la freqüència amb què el pacient el prenia, sense que existeixi justificació clínica explícita per fer-ho.
Prescripció incompleta	La prescripció del tractament crònic es realitza de manera incompleta i s'ha d'aclarir.
Medicament equivocat	Es prescriu un nou medicament sense justificació clínica, confonent-lo amb un altre que el pacient prenia i que no ha estat prescrit.
Inici erroni de medicació (error de comissió)	S'inicia un tractament amb medicació que el pacient no prenia abans, sense que existeixi justificació clínica explícita o implícita que ho expliqui.

de la xarxa sanitària podria contribuir a solucionar aquest problema.

Als hospitals, els condicionants derivats de la situació d'urgència (en un entorn d'interrupcions freqüents, de presa ràpida de decisions i amb el problema agut com a objectiu prioritari) dificulten la realització d'una història farmacoterapèutica completa.³² De fet, diversos estudis mostren que els errors de conciliació de la medicació es deuen majoritàriament a defectes en la recollida de la llista de medicació prèvia a l'ingrés, més que a la conciliació d'aquesta amb el nou tractament prescrit.^{16,33} Altres estudis han relacionat directament el pas per l'hospital amb la interrupció dels tractaments crònics del pacient.¹⁵

L'existència de guies farmacoterapèutiques als centres sanitaris és, en principi, un element de seguretat, ja que centra l'ús en una selecció dels medicaments amb un millor perfil de seguretat, eficàcia i eficiència. No obstant això, la necessitat d'adaptació de la medicació crònica a la guia farmacoterapèutica i a les polítiques de prescripció del centre implica la modificació de medicaments, dosis i pautes, que si no estan ben estandarditzades impliquen també un risc d'error.³⁴

Solucions. Programes de conciliació de la medicació

L'origen d'aquesta manca de coherència entre el tractament habitual del pacient i el que se li prescriu durant el procés assistencial rau en un dèficit d'estandardització dels processos i procediments, d'assignació de responsabilitats i de documentació adequada del procés de recollida d'informació sobre la medicació del pacient prèvia a l'ingrés, de l'avaluació d'aquesta informació i de la posterior prescripció de medicació durant tot el procés assistencial.^{35,36,37}

L'IHI i la JCAHO defineixen la CM com el procés formal, sistematitzat i documentat, d'obtenció d'una llista completa i acurada de la medicació del pacient prèvia a l'ingrés i comparar-la amb la que se li ha prescrit al centre sanitari en ingressar, en traslladar-lo i en donar-li l'alta. Les discrepàncies trobades s'han de comentar amb el prescriptor i, si procedeix, s'han de corregir. Els canvis realitzats s'han de documentar

i comunicar adequadament al següent responsable sanitari i al pacient.^{37,38} La JCAHO exigeix en la seva acreditació que les organitzacions disposin de programa de CM i l'apliquin sistemàticament en totes les transicions entre els nivells assistencials (episodis d'hospitalització, visites a hospitals de dia, atenció primària, etc.). L'objectiu del procés de CM és garantir, al llarg de tot el procés d'atenció sanitària, que els pacients reben en el moment oportú tots els medicaments necessaris que estaven prenent prèviament, assegurar-se que estan prescrits amb la dosi, la via i la freqüència correctes i que són adequats a la situació del pacient i a la nova prescripció realitzada a l'hospital.

Els programes de CM han demostrat que són una estratègia útil i capaç de reduir els errors de conciliació de la medicació en un 42%-90%^{8,13,36,39,40,41,42,43} i els EAM relacionats en un 15%-18% (taula 3).^{8,36}

Implicació clínica dels errors de conciliació

La reducció del nombre d'errors de conciliació és un objectiu desitjable com a mesura de qualitat del procés assistencial, però no és un resultat de salut en si mateix. És cert que els pacients que presenten un major nombre de discrepàncies de medicació tenen un risc més alt de presentar EAM (47% d'EAM en el cas dels pacients amb tres o més discrepàncies, 23% d'EAM si hi ha una o dues discrepàncies).⁴⁵ No obstant això, i malgrat l'alta prevalença dels errors de conciliació, només una part d'aquests, al voltant del 5%-12%, condueixen a EAM que afecten significativament la salut del pacient.^{17,33,45,46,47}

S'ha estudiat quins són els factors relacionats amb els errors de conciliació que tenen un major valor predictiu pel que fa a la producció d'EAM. Com que els programes de CM comporten una important inversió de recursos i un gran esforç d'implementació, cal identificar aquests factors de risc per optimitzar els recursos i prioritzar els programes amb un major impacte en resultats sobre la seguretat del pacient.^{16,46,47}

Tipus de fàrmac. Les discrepàncies en alguns tipus de medicaments com els fàrmacs cardiovasculars, o

els analgèsics en ancians, tenen un risc més alt de produir EAM.^{16,33,45}

Edat del pacient. L'edat del pacient (OR = 2,17; IC95%: 1,09-4,30 per als pacients ≥ 65 anys) i un major nombre de prescripcions a l'ingrés s'associen a una major probabilitat d'error amb dany potencial sobre el pacient.¹⁶

Etape del procés de conciliació. La major part dels errors que condueixen a EAM (72%-85%) són deguts a deficiències en la recollida de la llista de medicació del pacient (principalment omissions), més que a la conciliació d'aquesta amb les prescripcions generades a l'ingrés (26%).^{16,33}

Moment en què es produeix l'error. La major part dels errors que poden conduir potencialment a EAM es produeixen a l'alta (75%), més que a l'ingrés (25%), perquè aquests darrers tenen una major probabilitat de ser interceptats abans que arribin a lesionar el pacient.^{16,33} La vulnerabilitat dels pacients a l'alta es posa també de manifest amb dades que indiquen que un 12% d'ells experimenta un EAM en les dues setmanes posteriors a l'alta hospitalària.⁴⁸

Impacte dels programes de CM sobre el consum de recursos sanitaris

Sembla lògic pensar que una reducció dràstica dels errors de conciliació hauria de tenir una repercussió clara en el nombre d'EAM i, en conseqüència, en el consum de recursos associats a aquests. En els darrers anys s'ha començat a estudiar l'impacte que els programes de CM tenen sobre la utilització de recursos sanitaris ocasionada pels EAM relacionats amb errors de conciliació. Coleman va trobar un 14,3% de reingressos hospitalaris als 30 dies en els pacients amb discrepàncies de conciliació, en comparació d'un 6% en els que no en tenien ($p = 0,04$).⁴⁹ En canvi, Walker, en un estudi comparatiu posterior entre un grup de pacients sotmesos a un programa d'alta tutelada per farmacèutic (que incorporava, entre altres intervencions, la CM) i un grup de pacients control, malgrat observar una reducció important del nombre de discrepàncies a l'alta (59,6% en comparació del 33,5%), no va trobar diferències significatives en el nombre de reingressos als 14 i 30 dies, ni tampoc en el nombre de visites a urgències.⁵⁰ Els mateixos autors expliquen que els seus resultats poden estar esbiaixats per la naturalesa de la intervenció, la metodologia de l'estudi i l'existència d'altres intervencions concomitants en el grup control. Caldrà esperar la publicació dels resultats de nous estudis per poder establir l'efectivitat dels programes de CM sobre el consum de recursos sanitaris.⁵¹

Barreres per a la implantació de programes de conciliació

Si bé l'objectiu de la conciliació és simple, les dificul-

tats per a la seva implantació són nombroses. Abans d'exigir-ne el compliment, la JCAHO va donar un any i mig a les organitzacions perquè es prepararessin.

En primer lloc, la informació clínica està molt fragmentada, les fonts d'informació sobre medicació són molt diverses (registres de prescripcions d'atenció primària i especialitzada; medicació de dispensació hospitalària; informació del pacient i els seus familiars; registres de dispensació de les farmàcies, etc.) i totes elles són parcials i incompletes.

A més, la possibilitat que un mateix pacient pugui ser atès per diferents entitats proveïdores obliga a integrar no solament els diversos sistemes d'informació clínica, sinó també els diferents equips de professionals, i ho fa encara més difícil.

Un altre obstacle important és la naturalesa necessàriament interdisciplinària de la CM. Cadascun dels col·lectius implicats (metges d'atenció primària, metges d'hospital, farmacèutics d'hospital, d'atenció primària i de farmàcia comunitària, infermeria, etc.) té idees i expectatives diferents sobre qui és el responsable de la conciliació en cada fase de l'atenció sanitària.

Finalment, la ingent dedicació de temps i recursos necessaris per garantir un grau significatiu d'implantació de la CM pot ser percebuda com excessiva, ja que el percentatge d'errors de conciliació que provoquen EAM greus és relativament petit.

Situació actual de la implantació de la conciliació de la medicació

Als EUA i al Canadà, la implantació de programes de CM està generalitzada, probablement com a conseqüència del mandat de la JCAHO que exigeix la seva existència per a l'acreditació. Segons la darrera *National Survey of Pharmacy Practice in Hospitals* (NSPG) de l'*American Society of Health-System Pharmacists* (ASHP) publicada al 2008, un 78,3% dels centres sanitaris realitzava activitats de conciliació de la medicació l'any 2007, mentre que al 2005, abans de la posada en marxa de la vuitena NSPG de la JCAHO, només ho feien un 41,7%.⁵²

La realitat del nostre entorn és ben diferent. L'estudi d'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'Institut per a l'Ús Segur dels Medicaments (ISMP Espanya), en el qual van participar 105 hospitals de les disset comunitats autònomes, incloïa dos ítems relacionats amb la conciliació de la medicació.⁵³ 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 obtenir només un 28,1% del valor màxim possible (taula 3).

Taula 3. Alguns exemples de l'efectivitat dels programes de CM en la reducció dels errors de conciliació

Mesura d'efectivitat utilitzada	Efectivitat del programa de CM		
	Preintervenció	Postintervenció	Variació
	% de pacients >= 1 error		
Murphy 2009 (43)			
Alta (Unitat quirúrgica)	90	47	-48%
Alta (Unitat mèdica)	57	33	-42%
Van der Bemt 2009 (40)			
Ingrés	18,6	6	-71%
Vira 2006 (8)			
Ingrés trasllat o alta	18	4,5	-75%
Walker 2009 (50)			
Alta	59,6	33,5	-44%
	mitjana d'errors/pacient		
Varkey 2007 (73)			
Ingrés	0,5	0	-100%
Alta	3,3	1,8	-45%
Michels 2003 (39)			
Ingrés	1,45	0,76	-48%
Rozich 2001 (13)			
Ingrés, trasllat o alta	2,13	0,63	-70%

I és que, a diferència del que passa als EUA, on la implicació dels farmacèutics en la CM és bastant escassa en relació amb la de la resta de professionals,⁵⁴ a Espanya les primeres experiències de conciliació de la medicació han estat realitzades en solitari per farmacèutics d'hospital i d'atenció primària i, en general, han consistit en la incorporació de la conciliació de la medicació al conjunt d'activitats pròpies de l'atenció farmacèutica que s'ofereixen en àrees, grups de pacients o punts concrets de la transició assistencial (a l'alta, l'ingrés, el postoperatori, etc.).^{17,22,23,55,56} Algunes d'aquestes experiències s'han dut a terme en el context de la realització d'un projecte dotat de recursos humans i econòmics puntuals sense continuïtat en el temps. Altres s'han plantejat com un programa amb una major garantia de continuïtat, però amb impacte sobre un grup molt petit de pacients.⁵⁷ De moment no s'ha publicat a casa nostra cap experiència d'implantació d'un programa integral de CM al llarg de tot el procés assistencial (ingrés, trasllats i alta) i per a la totalitat dels pacients atesos.

Reptes de futur

Registres electrònics compartits i implicació dels pacients

Tot i l'avantatge innegable que comportarà l'existència de registres electrònics de medicació, com ara la recepta electrònica, accessibles per a tots els professionals que atenen el pacient, hem de ser conscients de les seves limitacions.^{58,59}

Ara per ara, la recepta electrònica no es pot considerar un registre exhaustiu de medicació, ja que de moment no inclou la medicació prescrita pels especialistes ni tampoc la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria que no es dispensada a les oficines de farmàcia sinó als hospitals.

Sovint, als registres de medicació es mantenen ac-

tius tractaments que el malalt ha deixat de prendre.⁵⁸ A més a més, és ben coneguda la manca de registre dels medicaments sense recepta i de la fitoteràpia en els sistemes d'informació,¹ que també poden estar implicats directament o indirecta en els EAM.^{59,61} Els metges i els pacients tendeixen a ometre'ls, els primers perquè no estan familiaritzats amb aquests productes i pensen que són poc importants, i els darrers perquè, erròniament, els consideren completament innocus. A Dinamarca, des de l'any 2004, els metges poden accedir en línia a la base de dades de prescripció del pacient que tracten i als medicaments que se li han dispensat a qualsevol farmàcia danesa en els darrers dos anys. Tot i així, un estudi danès recent mostra que per obtenir la història completa de medicació de pacient s'ha de recórrer a una combinació de la informació procedent dels registres de prescripció o dispensació i de la informació proporcionada pel pacient. Aquesta darrera requereix un interrogatori dirigit, ja que a més de la medicació sense recepta i la fitoteràpia, si no se'ls pregunta específicament, els pacients no solen esmentar els medicaments sense pauta fixa i els que pertanyen a determinats grups terapèutics que perceben com poc rellevants.⁶²

L'existència d'un procés sistemàtic de verificació amb els pacients de la medicació que prenen realment (no només la que tenen prescrita o la que retiren de les farmàcies) és imprescindible per posar de manifest les discrepàncies i la manca de compliment, que són factors determinants dels resultats del tractament en termes d'efectivitat i seguretat.¹⁷ S'ha demostrat que el fet que el pacient aportí, en el moment de l'ingrés, una llista dels medicaments que pren o una bossa amb els mateixos medicaments redueix significativament la probabilitat d'experimentar un esdeveniment advers causat per errors de conciliació (OR = 0,35; IC95%: 0,19-0,63).¹⁷

En aquest sentit, la conciliació de la medicació a l'àmbit ambulatori, és a dir, la congruència entre el

Taula 4. Resultats de l'estudi de l'ISMP sobre la seguretat dels sistemes d'ús de medicaments de 105 hospitals espanyols l'any 2007. Resultats dels ítems del qüestionari relacionats amb la conciliació de la medicació (53)

Ítem del qüestionari relacionat amb la CM	Puntuació obtinguda	Puntuació màxima possible	% d'assoliment (sobre el valor màxim possible)
S'utilitza sistemàticament un procediment estandarditzat per conciliar els medicaments que el pacient ha estat prenent abans de l'ingrés amb els medicaments prescrits en l'ingrés i a l'alta.	4,50	16	28,1
S'utilitza sistemàticament un procediment estandarditzat per conciliar els medicaments que el pacient ha rebut abans i després del seu trasllat dins el centre a una altra unitat assistencial o servei diferent.	3,58	8	44,8

que el pacient pren realment i les prescripcions que figuren als registres sanitaris, és també una assignatura pendent.^{31,63,64} Si es comparen amb els estudis sobre conciliació a l'ingrés i a l'alta hospitalària, els programes de conciliació a l'àmbit ambulatori són molt escassos, però mostren un nombre alt de discrepàncies (75%-90%), algunes de les quals poden conduir a esdeveniments adversos.^{31,44,64} Per exemple, un estudi recent mostra que els pacients amb discrepàncies en el seu tractament antihipertensiu controlen significativament pitjor la seva tensió arterial.⁶⁴

Aquesta manca de coordinació entre el sistema i el pacient, juntament amb la manca de compliment del tractament, són dos grans obstacles per assolir millores significatives dels resultats de salut. Cal implicar el pacient perquè contribueixi a la revisió i l'actualització del seu tractament cada vegada que freqüent el sistema.³¹ El desenvolupament de programes que aconseguixin implicar el pacient per millorar el compliment terapèutic i fer-lo partícip del procés de conciliació de la medicació constitueix una de les prioritats de la reforma sanitària als EUA.⁶⁵

Lideratge i responsabilitat dels programes de conciliació

L'objectiu final del programa de CM en un centre sanitari ha de ser abastar la totalitat o la majoria dels pacients atesos. Això implica un projecte interdisciplinari en el qual participin tots els professionals sanitaris, sense oblidar el pacient i els seus familiars. La CM ha de ser un objectiu i una responsabilitat compartida per tots els professionals sanitaris, incorporant la a totes les activitats que realitzen diàriament: valoració inicial del pacient a l'ingrés, passi de visita, prescripció mèdica de noves ordres, canvis de torns d'infermeria, validació farmacèutica, educació sanitària, planificació de l'alta, etc.^{26,27,35,66}

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 80% d'hospitals de procediments normalitzats de conciliació de la medicació habitual del pacient, en el moment de l'ingrés i en el de l'alta.⁶⁷ El Servei de Farmàcia ha de participar en la implantació d'aquests procediments, i fins i tot pot liderar la juntament amb la Direcció, però sense la participació activa de la resta de professionals, el programa mai no tindrà un impacte significatiu sobre la qualitat global de la farma-

coteràpia del centre i no deixarà de ser un programa minoritari del qual es beneficiarà un nombre limitat de pacients.²⁶ De fet, altres col·lectius plantegen també la necessitat de garantir la conciliació de la medicació i així s'assenyala en la *Conferencia de consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas*, elaborat recentment per dotze societats científiques d'àmbit nacional i el Foro Español de Pacientes.⁶⁸

Però cal anar més enllà i no hem d'oblidar que l'objectiu final hauria de ser la implantació d'un programa integral de CM a tota la xarxa sanitària, que impliqui i integri les diverses entitats proveïdores públiques i privades, perquè només així podrem garantir al pacient la continuïtat i la seguretat desitjables en l'assistència, al llarg de tot l'espectre de professionals i d'entorns en què se l'atén, i que hauria de ser percebuda pel pacient⁷⁰ com una atenció «sense fissures» o *seamless care*, tal com la defineix la Canadian Pharmacists Association.⁶⁹

Iniciatives per a la implantació de la CM a Catalunya

Dins la iniciativa mundial de projectes de 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 redactat una Guia de recomanacions per impulsar i instaurar programes i pràctiques de seguretat en la conciliació dels tractaments dels pacients.²⁶

En aquest escenari, a la Regió Sanitària Barcelona (RSB) es va introduir un objectiu en el contracte de serveis del 2009 amb els proveïdors d'atenció especialitzada, per tal de promoure els processos de conciliació terapèutica a l'ingrés i a l'alta, que s'havien de dur a terme en un termini màxim de dos anys.

El darrer mes de desembre es va publicar la Instrucció 7/2009 del CatSalut sobre criteris i actuacions de millora de la coordinació i continuïtat assistencial, accessibilitat i resolució, i de millora de la continuïtat dels tractaments farmacològics entre atenció primària i atenció especialitzada. Aquesta instrucció incorporava la conciliació de la medicació per part del metge d'atenció primària després de l'alta hospitalària. La normativa és d'aplicació a tots els centres del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) i va entrar en vigor el 15 de desembre de 2009.

Conclusió

La verificació amb el pacient de la llista completa i correcta de la medicació que pren realment, i la corresponent actualització del seu registre en la història clínica, són elements essencials en la valoració del pacient quan és atès a l'hospital o a l'àmbit ambulatori i resulten imprescindibles per assegurar la coherència amb la nova medicació que se li prescriu. Les discrepàncies de medicació no detectades poden ser una de les causes que motiven l'actual problema de salut del pacient, o bé poden conduir a l'aparició d'EAM en el futur, les quals generaran una iatrogènesi evitable al pacient i un consum innecessari de recursos.

Durant la hospitalització, la major part dels errors de conciliació de la medicació amb repercussió significativa en la salut del pacient tenen el seu origen en defectes en la recollida d'informació sobre la medicació crònica prèvia a l'ingrés, però el major impacte sobre la salut del pacient i el consum de recursos es produeix quan aquests errors es perpetuen a l'alta hospitalària.

Per tant, les accions de millora amb un major impacte sobre la seguretat dels pacients s'han d'orientar vers els objectius següents:

- **Millora de la qualitat dels registres de medicació activa dels pacients a l'àmbit ambulatori** (registres complets i acurats). Per assolir aquest objectiu serà necessari **implicar els pacients en el procés de conciliació de la medicació** per garantir la coherència d'aquests registres amb el que el pacient pren realment.
- **Disposar de registres sanitaris electrònics compartits i accessibles per part de tots el proveïdors sanitaris públics i privats** i millorar la interoperabilitat dels sistemes d'informació d'atenció primària i dels hospitals.
- **Impulsar la conciliació de la medicació a l'ingrés i als trasllats, però especialment a l'alta hospitalària.**

Aquests objectius no es podran assolir sense la implicació de tots els col·lectius de professionals que participen en el procés i sense el compromís dels gestors i de l'administració.

La conciliació de la medicació no és «un altre projecte més», i tampoc no és una moda, ja que contribueix a la seguretat del pacient, facilita la feina dels professionals, i aporta coherència, fluïdesa i eficiència al sistema. Hem de ser capaços de transformar un procés d'ús de la medicació, fragmentat i centrat en els professionals o en les organitzacions, en un procés d'atenció «sense fissures» i centrat en el pacient. No és fàcil ni ràpid, requereix un esforç col·lectiu i el camí és llarg, però l'objectiu mereix l'esforç i és la nostra responsabilitat.

Bibliografia

1. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etechells 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.
2. 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.
3. 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.
4. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. National Patient Safety Goals. [Consultat l'1 de març de 2008]. Disponible a: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/>
5. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Patient Safety Solutions. [Consultat l'1 de març de 2008]. Disponible a: <http://www.jcpatientsafety.org/14685/>
6. Institute for Healthcare Improvement. 5 Million lives campaign. Prevent harm from high-alert medications, 2007. [Consultat l'1 de març de 2008]. Disponible a: <http://www.ihl.org/IHL/Programs/Campaign/HighAlertMedications.htm>
7. 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.
8. Vira T, Colquhoun M, Etechells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care* 2006;15(2):122-6.
9. 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;324:377-8.
10. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
11. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS 2005). Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; febrer de 2006.
12. ISMP. Medication Safety Alert Acute Care. 2005 April 21 issue. [Consultat al març de 2010]. Disponible a: <http://www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/20050421.asp>.
13. Rozich J, Resar R. Medication Safety: One Organization's Approach to the Challenge. *Quality Management in Health Care* 2001;8(10):27-34.
14. Slain D, Kincaid SE, Dunsworth TS. Discrepancies between home medications listed at hospital admission and reported medical conditions. *Am J Geriatr Pharmacother* 2008;6(3):161-6.
15. Stuffken R, Heerdink ER, de Koning FH, et al. Association between hospitalization and discontinuity of medication therapy used in the community setting in the Netherlands. *Ann Pharmacother* 2008;42(7):933-9.
16. Boockvar K, Fishman E, Kyriacou CK, et al. Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes in patients transferred between acute and long-term care facilities. *Arch Intern Med* 2004;164(5):545-50.
17. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D, Noskin GA. Results of the medications at transitions and clinical handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. *J Gen Intern Med* 2010 feb. 24. [publicació electrònica abans de la impressió] PMID: 20180158.
18. Roure C LD, Casasin 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.
19. Delgado O, Picó J, Martínez I i cols. Errores de conciliación en el ingreso y en el alta hospitalaria en pacientes ancianos polimedicados. Estudio prospectivo aleatorizado multicéntrico. *Med Clin (Barc)*. 2009;133(19):741 4.
20. USP. Medication errors involving reconciliation failures: United States Pharmacopoeia; octubre de 2005.
21. 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.
22. 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.
23. Moriel MC, Pardo J, Catalá RM, Segura M. Estudio prospectivo de conciliación de medicación en pacientes de traumatología. *Farm Hosp* 2008;32:65-70.
24. Bell C, Rahimi-Darabad P, Orner A. Discontinuity of Chronic Medications in Patients Discharged from the Intensive Care Unit. *J Gen Intern Med* 2006;21:937-41.
25. Wong J, Bajkar J, Wong G et al. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Ann Pharmacother* 2008;42:1373-9.
26. Roure C, Delgado O, Gorgas Q. i cols. Societat Catalana de Farmàcia Clínica. Guia per a la implantació de programes de conciliació de la medicació als centres sanitaris. © Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Travessera de les Cortes, 131-159 Barcelona. Disponible a: http://www.scfarmclin.org/docs/conciliacion_cat.pdf
27. Roure C, Delgado, O, Aznar MT, Villar I, Fuster L. Grupo coordinador del grupo de trabajo de la SEFH de conciliación de la medicación. Documento de consenso sobre terminología, clasificación y evaluación de los programas de Conciliación de la Medicación 2009. Ediciones Mayo. Barcelona 2009.
28. Gurwitz JH. Polypharmacy: a new paradigm for quality drugs therapy in the elderly? *Arch Intern Med* 2004;164:1957-9.
29. Fulton MM Polypharmacy in the elderly: a literatura review. *J Am Acad Nurse Pract* 2005;17:123-32.
30. Castelo R, Cano P, Perez S. Prevalencia de polifarmacia en mayores de 80 años. *Farmacia Atención primaria* 2006;4:69-73.
31. Nassaralla CL, Naessens JM, Hunt VL, Bhagra A, Chaudhry R, Hansen MA, Tullidge-Scheitel SM. Medication reconciliation in ambulatory care: attempts to improvement. 2010; *Qual Saf Health Care* 2009;18:402-7.
32. Thompson CA. JCAHO views medication reconciliation as adverse-event prevention. *Am J Health Syst Pharm* 2005;62:1528-32.
33. Pippins J, Gandhi T, Hamann C. et al. Classifying and predicting errors in inpatient medication reconciliation. *J Gen Intern Med* 2008;23(9):1414-22.
34. 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.

35. 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.
36. 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
37. JCAHO. Medication Reconciliation Handbook. 1a ed. Rich DS, editor. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission Resources. 2006.
38. 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. Disponible a: <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/98096387-C903-4252-8276-5BFC181C0C7F/0/ADEHowtoGuide.doc> Getting Started Kit.
39. Michels RD, Meisel SB. Program using pharmacy technicians to obtain medication histories. Am J Health Syst Pharm 2003 oct 1;60(19):1982-6.
40. Van der Bemt P, Van der Broek S, Van Nunen A, Harbers J Medication Reconciliation Performed by Pharmacy Technicians at the Time of Preoperative Screening. Ann Pharmacother 2009;43:868-74.
41. Weingart S, Cleary A, Seger A, Eng T, Saadeh M, Gross A, Shulman L. Medication reconciliation in ambulatory Oncology. Jt Comm J Qual Saf 2007; 33:750-7.
42. Pronovost P, Weast B, Schwarz M, Wyskiel RM, Prow D, Milanovich SN, et al. Medication reconciliation: a practical tool to reduce the risk of medication errors. J Crit Care 2003;18(4):201-5.
43. Murphy E, Oxencis C, Klauk J et al. Medication reconciliation at an academic medical center: Implementation of a comprehensive program from admission to discharge. Am J Health-Syst Pharm 2009;66:2126-31.
44. Weingart S, Clary A, Seger T, Eng T, Saadeh M, Gross A, Shulman L. Medication reconciliation in ambulatory oncology. J Comm Qual Patient Saf 2007;33:750-7.
45. Boockvar KS, Liu S, Goldstein N, et al. Prescribing discrepancies likely to cause adverse drug events after patient transfer Qual Saf Health Care 2009;18:32-6.
46. Leape L, Bervick DM, Bates DW. What practices will most improve safety. Evidence based medicine meets patient safety. JAMA 2002;288:501-7.
47. Layde PM, Maas LA, Teret SP et al. Patient safety efforts should focus on medical injury. JAMA 2002;287:1993-7.
48. 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.
49. Coleman E, Smith J, Raha D, Sung-Joon Min. Posthospital Medication Discrepancies Prevalence and Contributing Factors. Arch Intern Med 2005;165:1842-7.
50. Walker P, Bernstein S, Tucker Jones J et al. Impact of pharmacist-facilitated hospital discharge. Arch Intern Med 2009;169:2003-10.
51. Karapinar-Çarkit et al. BMC Health Services Research 2010;10:39.
52. 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 des 1;65(23):2244-64.

53. Otero, MJ, Martín MR, Castaño B i cols. Evaluación de las prácticas de seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007) Med Clin Monogr (Barc) 2008;131(supl. 3):39-47.
54. ISMP Medication Safety Alert!, jul 13, 2006.
55. Arroyo Domingo E. Transición entre niveles asistenciales: puntos críticos de actuación farmacéutica para conciliar la medicación de los pacientes. Farm Hosp 2008;192:52-8.
56. Hernández Prats C, Mira Carrio A, Arroyo Domingo E, Díaz Castellano M, Andreu Giménez L, Sánchez Casado MI. Conciliation discrepancies at hospital discharge. Aten Primaria 2008;40(12):597-601.
57. Hernández J., Montero M, Font I, Doménech L, Merino V, Poveda JL. Evaluación de un programa de conciliación e información al paciente trasplantado cardíaco. Farm Hosp 2010;34(1):18.
58. Orrico K. Sources and Types of Discrepancies Between Electronic Medical Records and Actual Outpatient Medication Use. J Manag Care Pharm 2008;14(7):626-31.
59. Bikowski RM, Ripsin CM, Lorraine VL. Physician-patient congruence regarding medication regimens. J Am Geriatr Soc 2001;49:1353-7.
60. Rams N. L'ús de plantes medicinals. Butlletí d'Informació Terapèutica. 2003;15:31-4
61. Bonafont X, Bosch M. Efecte de l'ús de plantes medicinals en el període perioperatori. Butlletí d'Informació Terapèutica. 2009;21:19-23.
62. Glintborg B, Andersen SK, Poulsen HE. Prescription data to improve the medication history in primary care. Qual Safe Health Care 2009; doi:10.1136/qshc.2008.029488.
63. Glintborg, Bente et al. Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. Quality and Safety in Health 2007;16:34-9.
64. Persell S, Cooper S, Tang J et al. Medication Reconciliation and hypertension control. Am J Med 2010;123:182.e9-182.e15.
65. Cutler DM, Everett W. Thinking Outside the Pillbox – Medication Adherence as a Priority for Health Care Reform. N Engl J Med 2010;362(17):1553-5
66. Delgado O, Martínez I, Crespi M, Serra G. Conciliación de la medicación: asumamos la responsabilidad compartida. Farm Hosp 2008;32(2):63-4.
67. SEFH. 2020 Hacia el futuro con seguridad, 2008. Disponible a: http://www.sefh.es/sefhpdfs/2020_Consulta_Publica.pdf.
68. Conthe Gutiérrez P, et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. Med Clin (Barc) 2010. doi:10.1016/j.medcli.2009.12.002
69. Faris R. Continuity of care in medication management: review of issues and considerations for pharmacy. Am J Health-Syst Pharm 2005;62:1714-20.
70. Burroughs TE, Waterman AD, Gallagher TH, et al. Patients' concerns about medical errors during hospitalization. Jt Comm J Qual Patient Saf 2007;33:5-14.
71. Lessard S, DeYoung J, Vazzana N. Medication discrepancies affecting senior patients at hospital admission. Am J Health Syst Pharm 2006;63(8):740-3.
72. Lizer MH, Brackbill ML. Medication history reconciliation by pharmacists in an inpatient behavioural health unit. Am J Health Syst Pharm 2007;64(10):1087-91.
73. Varkey P, Cunningham J, O'Meara J, Bonacci R, Desai N, Sheeler R. Multidisciplinary approach to inpatient medication reconciliation in an academic setting. Am J Health Syst Pharm 2007 abr 15;64(8):850-4.

Algunes fonts d'informació i recursos sobre conciliació de la medicació

American Society of Health-System Pharmacists
Institute for Healthcare Improvement
Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors
Institute for Safe Medication Practices
Medication Reconciliation Handbook.
Joint Commission Resources, Inc. Oakbrook Terrace, IL 2006

www.ashp.org
www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign
www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals
www.macoalition.org
www.ismp.org
www.jcinc.com

Data de redacció: **Abril 2010**

En el proper número: **Actualització dels anestèsics locals**

Butlletí d'informació terapèutica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Director: David Elvira Martínez. **Coordinadora general:** Neus Rams i Pla.

Coordinador editorial: Xavier Bonafont i Pujol

Comitè científic: Maite Alay, Rafael Albertí, Xavier Bonafont, Fina Camós, Arantxa Catalán, Isabel Castro, Joan Costa, Laura Diego, Eduard Diogène, Begonia Eguileor, M^a José Gaspar, Pilar López, Carles Llor, Rosa Madrdejós, M^a Antònia Mangués, Eduardo Mariño, Rosa Monteserín, Neus Rams, Cristina Roure, Francesc Vila.

Secretària tècnica: Adela Perisé i Piquer

CedimCat. Coordinador: Josep Monterde i Junyent

Composició i impressió: Ampans - Dip. Legal B. 16.177-87

ISSN 0213-7801

El Butlletí d'Informació Terapèutica és membre de la INTERNATIONAL SOCIETY OF DRUG BULLETINS

Per a la reproducció total o parcial d'aquesta publicació, cal fer-ne la sol·licitud a la **Secretaria Tècnica de la Comissió d'Informació Terapèutica, Subdirecció General de Farmàcia i Productes Sanitaris**, Gran Via de les Corts Catalanes, 587, 08007 Barcelona.

Es poden consultar tots els números publicats des de l'any 1999 a:

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2250/spbit.htm>

