

Sumario

- Errores de medicación en las transiciones asistenciales.

Errores de medicación en las transiciones asistenciales □

Helena Genestal Vicente,¹ Jaume Barceló Vidal²

¹Farmacéutica del Servicio de Farmacia Hospital Universitario Vall d'Hebron. Instituto Català de la Salut.

²Farmacéutico del Área de Apoyo al Medicamento y Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Primaria y a la Comunidad Barcelona Litoral-Esquerra y Gerencia de Atención Primaria y a la Comunidad Barcelona Muntanya-Dreta. Instituto Català de la Salut.

□ □ □

Caso clínico

Hombre de 44 años, de origen chino, con importante barrera idiomática. No presenta alergias medicamentosas conocidas. Tiene antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, así como un historial de hematoma a nivel de los ganglios basales izquierdos de etiología hipertensiva, con complicaciones. Tratamiento habitual según la receta electrónica: amlodipina 5 mg/24 h, doxazosina 4 mg/12 h, enalapril 5 mg/24 h, hidroclorotiacida 50 mg/24 h, valsartán 320 mg/24 h y levetiracetam 1.000 mg/12 h.

Acude a urgencias derivado de su centro de atención primaria (CAP) por detección de hipopotasemia de

2,77 mmol/L en la analítica de control. Se le administra tratamiento con potasio endovenoso y oral y, después de descartar otros motivos, se orienta como hipopotasemia secundaria a diuréticos. Se decide suspender tratamiento con hidroclorotiacida al alta.

El paciente acude a visita de control a su CAP donde el médico de familia detecta que ha continuado el tratamiento con hidroclorotiacida. Al revisar el resto de medicación, también se encuentran algunas discrepancias en la receta electrónica en relación con el tratamiento antihipertensivo. Según la historia clínica, se tendría que haber suspendido la doxazosina y el enalapril, y reducido la dosis de valsartán en 160 mg/24 h a causa de cifras de tensión arterial bajas. En coordinación conjunta con el médico de familia, la farmacéutica de atención primaria (FAP) y la farmacéutica hospitalaria, y el especialista se aclaran las discrepancias, se actualiza el plan de medicación, la historia clínica y se informa al paciente de todos los cambios que se han realizado.

□ Introducción

Los errores de medicación (EM) representan una de las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas de atención sanitaria en todo el mundo. Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dedicó su tercer reto mundial a la seguridad del paciente al tema “Medicación sin daños”, mediante el cual se señalaban las

transiciones asistenciales como una de las áreas de actuación clave y punto crítico donde la falta de coordinación y la deficiencia en la transmisión de información pueden provocar EM de alto impacto.¹

Definimos como “transición asistencial” cualquier momento en que el paciente se traslada o retorna de un centro de salud o de la atención de un profesional sanitario diferente. Estas transiciones incluyen situaciones como el ingreso hospitalario, los traslados entre unidades, el alta hospitalaria, el seguimiento del paciente posterior al alta desde la atención primaria, y las visitas a los servicios de urgencias.

Durante estas transiciones de cuidados, el paciente puede sufrir modificaciones en su plan de medicación, una situación que se convierte en un punto de vulnerabilidad para los EM. Para comprender el impacto en nuestro entorno, varios estudios muestran que hasta un 86,8% de los pacientes pueden presentar algún EM en el momento del ingreso hospitalario; un 63%, al recibir el alta; un 79,3%, en el servicio de urgencias, y un 65,5%, posteriormente, en el seguimiento en atención primaria.³ Este riesgo aumenta proporcionalmente con la complejidad del caso, especialmente en pacientes polimedicados o con pluripatología compleja.

El proceso de **conciliación de la medicación** es una práctica fundamental que surge de la necesidad de optimizar el seguimiento del paciente y garantizar la continuidad asistencial en todas las transiciones.² Se define como un proceso formal para obtener una lista completa y exacta de todos los medicamentos que realmente está tomando el paciente. Este proceso incluye comparar esta lista con los nuevos medicamentos prescritos en cada transición asistencial para resolver cualquier discrepancia, evitando duplicidades, omisiones y posibles interacciones. Es importante asegurar que este proceso se lleve a cabo en cada transición a lo largo de la continuidad asistencial y garantizar que haya siempre disponible una lista completa, exacta y actualizada de la medicación, incluyendo medicamentos sin receta y plantas medicinales,

accesible para el paciente, sus familiares y todos los profesionales que lo atienden.

A diferencia del proceso de revisión de la medicación, la conciliación no tiene como objetivo juzgar la adecuación de la prescripción. Se trata, fundamentalmente, de una medida de seguridad basada en la transferencia de información de manera precisa y completa mediante un trabajo colaborativo entre los profesionales sanitarios de los diferentes niveles asistenciales, el paciente y sus cuidadores.

La conciliación de la medicación se presenta como una herramienta estandarizada e interdisciplinaria aplicable por cualquier profesional sanitario involucrado en la atención al paciente después de una transición asistencial o de una consulta que implique cambios en el tratamiento.

Esta herramienta consta fundamentalmente de cuatro etapas diferenciadas:²

1. Obtención y registro de la “**historia completa de medicación**”

El inicio del proceso de conciliación consiste en obtener un listado completo y actualizado de la medicación utilizando las fuentes de información disponibles, como la historia clínica electrónica, los registros de prescripciones activas de medicamentos, los informes de alta hospitalaria o de urgencias, y la bolsa de medicación del paciente. En esta fase del proceso se incluye una entrevista con el paciente y/o los cuidadores responsables de la medicación con el objetivo de completar y verificar la información recogida. Esta entrevista es una buena oportunidad para evaluar la tolerancia, el cumplimiento y la comprensión del tratamiento prescrito.

2. Comparación de la historia completa con la prescripción electrónica disponible o informe de la última transición asistencial, y detección de posibles **discrepancias**

En el proceso de revisión se pueden detectar discrepancias entre las diferentes fuentes de consulta (por ejemplo, entre la receta electrónica y el informe de alta hospitalaria), así como entre la

información registrada en estas fuentes y lo que el paciente afirma que está tomando. En este sentido, podemos encontrar varios tipos de discrepancias:

- a. Discrepancias justificadas y documentadas que NO requieren aclaración.

Todos aquellos cambios de medicación que están correctamente registrados y justificados por la situación clínica del paciente.

- b. Discrepancias justificadas NO documentadas, que SÍ que requieren aclaración.

Todos aquellos cambios de medicación que están justificados por la situación clínica del paciente, pero que no han sido documentados ni explicados en el correspondiente informe. En este caso, estas discrepancias no se consideran errores de conciliación, pero sí que suponen una situación de riesgo importante, por lo cual es necesario buscar aclaración y registrar la respuesta con el fin de evitar errores futuros.

- c. Discrepancias NO justificadas, que SÍ que requieren aclaración.

Todos aquellos cambios de medicación no intencionados y sin justificación clínica que les dé apoyo. Pueden incluir: omisión de un medicamento necesario; diferente dosis, vía o frecuencia; duplicidad; prescripción incompleta; prescripción de un medicamento nuevo erróneo por confusión; ...

3. Resolución de las discrepancias mediante un proceso comunicativo y creación de un **listado de medicación conciliada**

Para obtener aclaraciones sobre las discrepancias y resolverlas, será necesario contactar con el prescriptor original y ajustar adecuadamente la información. El paciente y/o los cuidadores también son fuentes de información muy importantes para determinar la causa de estas discrepancias y contribuir a su resolución. Una vez finalizado el proceso, habrá que hacer un registro de la medicación conciliada disponible para los profesionales sanitarios de cualquier ámbito que tengan que atender al paciente.

4. Comunicación y educación al paciente y/o los cuidadores

Para facilitar la transmisión y retención de la información, es importante proporcionar al paciente una lista actualizada de medicación conciliada, con la especificación de los medicamentos que tiene que tomar y que incluya para cada uno: nombre (principio activo, nombre comercial), dosis, frecuencia, vía de administración, indicación y duración del tratamiento. Esta lista tiene que ir acompañada de una explicación detallada y estructurada de los cambios efectuados, así como de consejos para facilitar el cumplimiento de este tratamiento. Durante este proceso, puede ser útil verificar que el paciente y/o los cuidadores conocen esta información y reforzarla si hace falta:

- Si ha habido algún cambio de medicación o nueva prescripción.
- Qué medicamentos tiene que seguir tomando y cuáles tiene que dejar de tomar.
- Cómo tiene que tomar los medicamentos y durante cuánto de tiempo tiene que hacerlo.
- Qué acontecimientos adversos tiene que vigilar y en qué casos tiene que buscar atención médica.
- Consultas o pruebas analíticas que sean necesarias para el seguimiento.

En esta línea de proporcionar herramientas al paciente con respecto al control de su propia medicación, la OMS creó la herramienta “5 momentos clave para la utilización segura de los medicamentos”,³ en la que se plantean una serie de preguntas que permiten a los pacientes centrarse en los puntos clave del proceso de medicación y, así, reducir los riesgos asociados.

■ Identificación de causas

Los EM en las transiciones asistenciales pueden ser causados por múltiples factores. Principalmente, encontramos la **dificultad de comunicación** efectiva entre los diferentes niveles asistenciales que pueden proporcionar atención sanitaria a un mismo paciente. Un aspecto característico del sistema

sanitario que contribuye a esta situación es la **fragmentación de los espacios asistenciales** y la **superespecialización**, procesos que dificultan la valoración continua y global del paciente. Este problema de coordinación dificulta la aplicación de un proceso de conciliación de la medicación adecuado, así como una valoración precisa de las necesidades y capacidades del paciente, lo cual disminuye la participación en el proceso y la implicación en el autocuidado.⁴ En una encuesta, realizada en el Reino Unido, un 33% de los pacientes declaró no haber recibido instrucciones claras al alta y un 38% no comprendía los efectos adversos de los medicamentos.⁵

En este mismo sentido, también existen **problemas en la transmisión de la información** mediante las diversas aplicaciones y registros de la historia clínica electrónica, utilizados como herramienta de comunicación indirecta entre las áreas asistenciales. Un estudio mostró discrepancias en el 76% de los casos entre los medicamentos registrados por los médicos y los medicamentos informados por los pacientes. Además, una comparativa entre las listas de medicamentos de los registros médicos electrónicos y los históricos de medicamentos de la farmacia reveló una media de 6 discrepancias por paciente, y un 41% de los pacientes tenían medicamentos inactivos registrados en su perfil.⁶

Actualmente, el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos ha incluido los errores de conciliación de la medicación entre los 10 EM más frecuentes que provocaron acontecimientos adversos a los pacientes durante los años 2020 y 2021.^{7, 8}

▣Propuestas de acciones correctoras

Con el fin de reducir los errores derivados de un proceso inadecuado de conciliación de la medicación durante las transiciones asistenciales, existen una serie de propuestas que abordan diferentes áreas de actuación, desde las más centradas en el paciente como actor principal y último responsable de su medicación hasta cambios a nivel organizativo y de sistema.² Entre las diferentes prácticas recomendadas, encontramos:

Sistémicas

- **Historia clínica electrónica única** que recoja toda la medicación del paciente, incluyendo las modificaciones realizadas en cualquier nivel asistencial.
- **Módulo de prescripción único y procedimiento formal de conciliación** aplicado en todas las transiciones asistenciales.
- Implementación del **proceso de conciliación en todos los entornos asistenciales** donde se puedan realizar cambios en el régimen de medicación: hospitales, centros sociosanitarios, residencias, centros de atención primaria, servicios de urgencias...

Centradas en el profesional

- Asumir la **responsabilidad de mantener la información actualizada y justificada** en todos los informes clínicos, poniendo especial énfasis en los casos de modificaciones en el plan de medicación.
- Mantenimiento de **canales de comunicación efectivos** entre profesionales de diferentes niveles asistenciales.
- **Asignación de funciones y responsabilidades** bien definidas, teniendo en cuenta que la conciliación es un proceso multidisciplinar de responsabilidad compartida. Garantizar una gestión colaborativa de la medicación.
- **Formación continuada** de los profesionales para garantizar un correcto proceso de conciliación de la medicación.

Centradas en el paciente

- **Involucrar los pacientes y cuidadores en el proceso de la conciliación** asegurando que dispongan de toda la información necesaria y una comprensión adecuada de la situación en todo momento.

- **Priorizar los casos de pacientes que más se pueden beneficiar** del proceso de conciliación. Considerando la complejidad del proceso y la posible falta de recursos necesarios, tanto en personal como en tiempo, es necesario realizar inicialmente una estratificación de los pacientes según el nivel de riesgo en el cual pueden estar expuestos en caso de error. Se priorizarán las altas hospitalarias y las altas de urgencias, con especial atención a los pacientes que presenten múltiples patologías, polimedicados o en tratamiento con medicamentos de alto riesgo.

Son necesarias actuaciones desde todas las perspectivas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los cambios sistémicos requieren más tiempo y recursos, y son iniciativas complejas de aplicar. Como herramienta para mejorar la práctica clínica diaria, tenemos que considerar las actuaciones de organización interna y las dirigidas al paciente como

claves para garantizar un uso seguro y eficiente de los medicamentos.

■ Análisis del caso

En el caso descrito, encontramos diferentes fuentes de EM que han expuesto al paciente a un riesgo significativo de aparición de reacciones adversas. Todos ellos están relacionados con un proceso de comunicación inefectiva, tanto con el propio paciente, a causa de la dificultad intrínseca de la barrera idiomática, como entre diferentes niveles asistenciales, y falla la tarea de introducir y justificar los cambios en la historia clínica electrónica o en la receta electrónica. En general, podemos decir que se detectan varias causas relacionadas con las transiciones asistenciales y la conciliación de la medicación. Estas pueden ser analizadas y abordadas mediante diferentes acciones correctoras en las tres dimensiones: sistémicas, centradas en el profesional y centradas en el paciente (tabla).

Tabla: Análisis de los errores de medicación en el caso del tránsito asistencial

Error de medicación	Fármaco implicado	Identificación de la causa	Propuesta acción correctora	Dimensión propuesta acción correctora
Discontinuación tratamiento	Hidroclorotiacida, enalapril, doxazosina	No actualización receta electrónica	Actualización de los cambios en el plan de medicación	Profesionales
		No registro del cambio al curso clínico compartido	Historia clínica única	Sistemática
			Procedimiento formal de conciliación	
			Registro de la información en la historia clínica compartida del paciente	Profesionales
		Comunicación al paciente	Comunicación con el paciente y asegurarse de la correcta comprensión de los cambios de tratamiento	Profesionales
				Pacientes
Reducción dosis	Valsartán	No actualización receta electrónica	Actualización de los cambios en el plan de medicación	Profesionales
		No registro del cambio al curso clínico compartido	Historia clínica única	Sistemática
			Procedimiento formal de conciliación	
			Registro de la información a la historia clínica compartida del paciente	Profesionales

■ Conclusiones

Para conseguir una conciliación eficaz de la medicación, es esencial adaptar el mensaje al paciente, teniendo en cuenta sus características individuales y capacidades de entender la información. Una comunicación clara y personalizada mejora el cumplimiento del tratamiento y la implicación del paciente en la toma de decisiones sobre su salud. Además, es importante crear estrategias de comunicación que tengan en cuenta barreras lingüísticas, culturales y emocionales. Los profesionales de la salud tienen que fomentar una comunicación empática y activa que mejore la confianza y la colaboración.

La optimización y la identificación de todos los puntos críticos en las transiciones asistenciales, especialmente en relación con la conciliación de la medicación, así como la garantía de un continuum asistencial adecuado, son fundamentales para reducir los EM. Estos puntos de transición, como los cambios entre la hospitalización y la atención primaria o entre diferentes niveles de atención especializada, son momentos clave en que pueden surgir desconexiones o inconsistencias en el tratamiento. Por lo tanto, asegurar una correcta coordinación en estas etapas es esencial para

garantizar que la medicación sea adecuada, segura y coherente. En consecuencia, la comunicación eficaz, junto con la optimización de los procesos asistenciales, es clave para reducir los EM y mejorar la seguridad y los resultados en salud.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Medication Safety in Transitions of Care. Ginebra: WHO; 2019.
2. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones sobre conciliación de la medicación en atención primaria en pacientes crónicos. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.
3. Barau M, Borràs E, Bossacoma F, Bolsero R, Cereza G, Fernández C, Jambrina AM, Leston M, Ramos N, Rocher A y Zamora J. Notificación de errores de medicación relacionados con una prescripción incorrecta de diclofenaco tópico. Butll Preval Errors Medicació Catalunya. 2024;22(3):1-5. Disponible en: <<https://hdl.handle.net/11351/12080>>
4. 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(5):510-5.
5. Ahmad N, Ellins J, Krelle H, Lawrie M. Person-centered care. From ideas to Action. London: Health Foundation; 2015.
6. Primary Care MedRec Guide. An Overview of Medication Reconciliation. Ontario: ISMP Canadá; 2012. Disponible en: <<https://www.ismp-canada.org/primarycaremedrecguide/overviewMedRec.htm>>
7. ISMP-España. Errores de medicación de mayor riesgo para los pacientes notificados en 2021. Boletín 51; 2022.
8. ISMP-España. Los 10 errores de medicación de mayor riesgo detectados en 2020 y cómo evitarlos. Boletín 50; 2021.

Creditos

© 2024. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Directora: Clara Pareja Rossell

Comité editorial: Mercè Barau, Eva Borrás, Ferran Bossacoma, Roser Bosser, Glòria Cereza, Cecilia Fernández, Anna M. Jambrina, Marta Leston, Neus Rams, Andrea Rocher i Juanjo Zamora

Conflicto de interés: los miembros del comité editorial declaran no tener ningún conflicto de interés que pueda influir en las valoraciones objetivas y científicas del contenido de este boletín.

Subscripciones y bajas: si queréis recibir este boletín hará falta que nos hacéis llegar una petición por correo electrónico a la dirección electrónica errorsmedicacio@gencat.cat indicando vuestro nombre y la dirección de correo electrónico donde queréis recibir el boletín.

ISSN 2013-3065.

<http://medicaments.gencat.cat>

SNiSP Cat

Sistema de Notificació d'Incidents
de Seguretat dels Pacients
de Catalunya

Butlletí de
**Prevenció d'Errors
de Medicació**

de Catalunya

Butlletí de
Farmacovigilància
de Catalunya