

1

Conciliación de la medicación

Cristina Roure Nuez





Cristina Roure Nuez

Directora de Farmacia, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa (Barcelona).

Índice

1. Introducción
2. Conciliación de la medicación: conceptos básicos y terminología
3. Conciliación y revisión de la medicación: diferencias
4. Uso de herramientas electrónicas para facilitar la conciliación de la medicación
5. Efectividad de los programas de conciliación de la medicación
6. Necesidad de centrarse en la persona y no en la organización o el profesional
7. Liderazgo de los programas de conciliación de la medicación
8. Armonización de las diversas intervenciones sobre la medicación en las transiciones asistenciales y papel del farmacéutico
9. Coste-efectividad de los programas de mejora del uso de la medicación en las transiciones asistenciales
10. Bibliografía

1. Introducción

Las personas, en sus contactos con el sistema sanitario, afrontan constantes transiciones entre distintos niveles asistenciales: visitas al médico de familia u otros especialistas dentro y fuera del sistema público; tratamientos en el hospital de día; ingresos, traslados y altas hospitalarias, etc. Los profesionales manejan estas transiciones con naturalidad, pero a menudo de forma poco coordinada y más centrada en su propia organización que en la del paciente.

El concepto de “transición asistencial” se refiere a la interfase entre dos episodios clínicos que implican un cambio de equipo responsable de la asistencia al paciente en su tránsito por el sistema sanitario, debido a:

- Cambios de proveedor de atención sanitaria (traslados entre centros).
- Cambios en el nivel asistencial de atención: ingreso o alta hospitalaria, visita a la atención ambulatoria especializada (consulta externa, hospital de día, centro de diálisis, etc.).

- Cambios de servicio clínico responsable del paciente dentro de una misma organización (traslados internos).
- Cambios en el nivel de complejidad de la atención: por ejemplo, entre el servicio de medicina intensiva y otras unidades de hospitalización convencional.

Estas transiciones, sobre todo el ingreso y el alta hospitalaria, son periodos de extraordinaria vulnerabilidad. Implican frecuentes relevos entre profesionales cuyos objetivos no siempre están alineados, y las prescripciones sufren numerosas actualizaciones. En estas circunstancias, se producen muy a menudo errores sin gran trascendencia clínica, pero en algunos casos los pacientes son víctimas de acontecimientos adversos, la mayoría de ellos relacionados con el uso de la medicación¹.

Por otra parte, una comunicación deficiente entre los profesionales o con el paciente, en un entorno centrado en los profesionales y

la organización, más que en las personas y sus necesidades y capacidades, también supone un obstáculo para la implicación en el autocuidado y el empoderamiento del paciente en general, contribuyendo a la falta de adherencia y de efectividad, además de a la evidente falta de seguridad ya mencionada. El cambio en la responsabilización en el autocuidado que supone el alta hospitalaria es un reto para el paciente y su entorno, viéndose sobrepasadas a menudo sus capacidades para asimilar la nueva situación y toda la información que recibe en un breve espacio de tiempo. En una encuesta realizada en 2012 en el Reino Unido a pacientes recientemente hospitalizados, el 33% no había recibido instrucciones sobre lo que debía hacer al alta y el 38% confesaba no haber entendido los efectos adversos de la medicación que se les había prescrito².

Estos problemas se ven agravados en los pacientes crónicos complejos polimedcados. Aproximadamente una de cada tres personas mayores que viven en la comunidad toman cinco medicamentos o más, experimentarán en los próximos 12 meses una reacción adversa a la medicación³ y el 17% de sus episodios de atención hospitalaria estarán asociados con un acontecimiento adverso relacionado con la medicación³. Una revisión sistemática de 29 estudios reportó una incidencia de 15 acontecimientos adversos producidos por la medicación por cada 100 pacientes/año, de

los cuales el 20% eran potencialmente evitables⁴.

Frente a estos problemas prevenibles, es necesario buscar soluciones centradas en el paciente mediante la implantación de programas de conciliación de la medicación (CM), revisión de la adecuación de la medicación (RM) y soporte a la adherencia, basados en el trabajo interdisciplinario y colaborativo de profesionales con visiones y conocimientos complementarios, que se centre en una evaluación integral de las necesidades de las personas, de su contexto clínico y social, y en el establecimiento de objetivos terapéuticos compartidos no solo entre todos los agentes implicados en su atención a lo largo del *continuum* asistencial, sino también por el paciente y su entorno, atendiendo a sus valores, preferencias y capacidades.

Esta monografía se centra en una de estas soluciones: la CM; en qué consiste y qué diferencias existen entre la CM y la RM; qué evidencias tenemos de su efectividad; qué papel puede desempeñar el farmacéutico en el equipo interdisciplinario y, sobre todo, cómo integrar la CM en el conjunto de actividades relacionadas con el uso de la medicación en las transiciones asistenciales, transformándola en un proceso transversal e interdisciplinario centrado en la persona, sostenible y capaz de tener un impacto relevante en la seguridad de todos los pacientes y no solo de unos pocos.

2. Conciliación de la medicación: conceptos básicos y terminología

Se estima que entre el 14% y el 47% de las historias clínicas hospitalarias, en porcentajes variables según las definiciones, la metodología y las poblaciones incluidas en los estudios, contienen discrepancias no justificadas inintencionadas entre la medicación que el paciente tomaba antes del ingreso y la que se le prescribe al alta⁵⁻¹², y que esta cifra asciende hasta el 67% en el caso de las discrepancias presentes al ingreso¹³.

En el ámbito ambulatorio tenemos menos información, pero en estudios realizados en los Estados Unidos y Canadá más del 90% de los pacientes, o el 70% si el análisis se centra solo en medicamentos de prescripción médica, presentaban al menos una discrepancia entre los medicamentos que realmente tomaban y los que el médico creía que tomaban de acuerdo con sus registros, y en aquellos medicamentos en que ambas fuentes coincidían había un 10-15% de discrepancias relacionadas con la dosis o la frecuencia de administración^{14,15}.

Resulta lógico pensar que tal cantidad de potenciales errores tiene que estar necesaria-

mente relacionada con la aparición de acontecimientos adversos, y que la implantación de procesos estandarizados de comparación sistemática de la medicación que el paciente tomaba previamente con la nueva medicación prescrita tras el contacto con el sistema, ya sea un ingreso hospitalario, un traslado o una visita, podría reducir dicho riesgo.

La CM es el proceso protocolizado, formal y documentado de revisión y comparación sistemática de todos y cada uno de los medicamentos que el paciente tomaba antes de la transición asistencial y los que toma en el momento actual, y de la valoración de la necesidad de mantenerlos, suspenderlos, modificarlos o bien iniciar nuevas prescripciones, así como la documentación de estos cambios en la historia clínica y su comunicación al paciente y al siguiente profesional responsable de la atención al paciente^{16,17}. Independientemente de quién realice la CM, el producto del proceso es una lista única y completa de medicación que especifica claramente qué medicamentos de los que tomaba antes debe dejar de tomar, qué medicamentos debe

mantener inalterados o bien con una nueva posología, y qué nuevos medicamentos debe tomar. Dicha lista única tiene que comunicarse al siguiente responsable de salud del paciente mediante la documentación clínica (informe de alta, nota de ingreso, etc.), y debe ser congruente al 100% con el plan de medicación que se entrega y explica al paciente, así como con las prescripciones activas.

Podríamos aceptar que la prueba documental del proceso de CM es dicha lista única, completa y exhaustiva de la medicación del paciente que explica exactamente los cambios introducidos en el proceso de atención, de forma clara y que queda reflejada en los tres documentos relacionados con la medicación:

- Prescripciones de medicación.
- Informe clínico dirigido a otros profesionales (de alta, de ingreso, etc.).
- Información para el paciente sobre su medicación.

Sin embargo, más allá de la documentación del proceso, no debemos olvidar la importancia de que la comunicación con el paciente y con el resto de los profesionales sea efectiva y se realice de manera adecuada, adaptándola a las características, el contexto y el entorno del paciente y sus familiares. El objetivo no es cumplir un proceso administrativo, sino que el paciente y sus allegados comprendan y asuman los cambios introducidos en cada transición asistencial.

2.1. Conciliación al ingreso hospitalario

En los hospitales, los condicionantes derivados de la situación de urgencia, en un entorno

de interrupciones frecuentes, de toma rápida de decisiones y con el problema agudo como el objetivo prioritario, dificultan la realización de una historia farmacoterapéutica completa¹³. En los pacientes con ingresos programados, mayoritariamente quirúrgicos, es la falta de definición sobre quién es el responsable del manejo de la medicación crónica de los pacientes la que condiciona también un elevado número de errores de CM, mayoritariamente omisiones de medicación necesaria, que pueden generar complicaciones en los pacientes¹⁸⁻²⁰. Los errores de CM al ingreso se deben mayoritariamente a defectos en la recogida de la lista de medicación previa, más que a la conciliación de esta con el nuevo tratamiento prescrito²¹.

2.2. Conciliación al alta hospitalaria

La mayor parte de los errores que pueden conducir a efectos adversos de la medicación durante la hospitalización se producen al alta (75%) más que en el ingreso, ya que estos últimos tienen una mayor probabilidad de ser interceptados por los profesionales antes de que lleguen a lesionar al paciente⁸. La vulnerabilidad de los pacientes al alta se pone de manifiesto también por datos que indican que un 12% experimenta un acontecimiento adverso por la medicación en las 2 semanas posteriores al alta hospitalaria^{1,22}. Es por este motivo por lo que a menudo se prioriza la CM al alta por encima del resto de las actividades de CM. En cualquier caso, independientemente de esta priorización, la CM al alta implica hacer una recogida y una verificación rigurosas de la medicación crónica del paciente antes del ingreso, con el objetivo de detectar y corregir eventuales discrepancias entre los registros de medica-

ción extrahospitalarios y la medicación que el paciente está tomando en realidad antes del ingreso. Estas discrepancias se deben no solo a falta de adherencia del paciente, sino también a factores relacionados con el sistema: ausencia de actualización de los registros, medicación no financiada, automedicación o medicación prescrita en la sanidad privada, medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria no incluidos en la receta, o imprecisiones relacionadas con la rigidez de la receta electrónica.

2.3. Conciliación en otras transiciones entre niveles asistenciales

Existen otras transiciones asistenciales en las que es recomendable implantar sistemas de CM sistemática, como los traslados intrahospitalarios e interhospitalarios, el alta del servicio de medicina intensiva²³ o el periodo perioperatorio en que hay interrupciones y cambios de la medicación crónica de la pacientes¹⁸⁻²⁰, pero también la visita ambulatoria a un especialista en consulta externa²⁴, a los centros de diálisis²⁵ o al hospital de día²⁶.

3. Conciliación y revisión de la medicación: diferencias

Si bien la CM y la RM tienen como objetivo mejorar los resultados del uso de la medicación con respecto a la seguridad y la efectividad, son procesos distintos, aunque a menudo en la práctica se confunden. El objetivo de la CM es mejorar la seguridad de la comunicación de las prescripciones en las transiciones asistenciales evitando discrepancias de medicación inintencionadas, y no juzgar ni mejorar la adecuación del tratamiento al paciente o a su situación, que es objeto de la RM²⁷. La CM es una cuestión de estandarización de procesos, y la segunda, de conocimiento y juicio clínico. Amado y Martín²⁸ definen la RM en el paciente crónico como un examen crítico

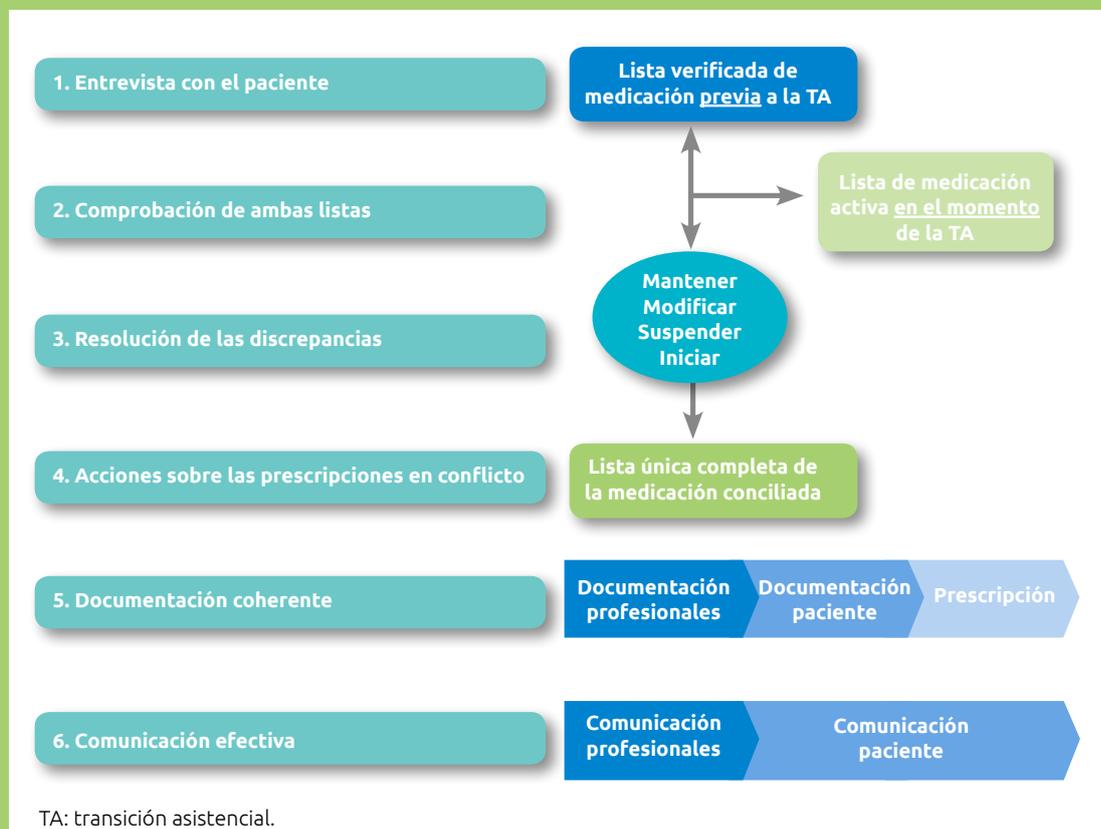
y estructurado de su régimen terapéutico, que persigue la adecuación del tratamiento farmacológico durante las diferentes etapas de la evolución de su enfermedad y a lo largo del tiempo, con el fin de optimizar el impacto sobre la salud y minimizar los riesgos asociados a la polimedicación.

Es cierto que la CM y la RM son necesarias para mejorar los resultados del uso de la medicación, pero no necesariamente deben realizarse en el mismo momento ni tampoco por los mismos profesionales. En la Tabla 1 se señalan las principales diferencias entre los dos procesos.

F01

Figura 1.

Proceso de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales.



T01

Tabla 1.

Diferencias entre conciliación y revisión de la medicación.

	Conciliación de la medicación	Revisión de la adecuación de la medicación
Por qué	Combatir déficits de comunicación en las transiciones entre niveles asistenciales	Maximizar la efectividad, la seguridad o la eficiencia de los tratamientos
Qué	Proceso protocolizado de comparación sistemática de la medicación prescrita antes y después de una transición asistencial	Examen crítico y estructurado del régimen terapéutico del paciente no relacionado necesariamente con la transición asistencial
Para qué	Detectar errores que pudieran haber pasado desapercibidos; no cuestiona en ningún momento la indicación ni la adecuación de los tratamientos	Analizar la adecuación del tratamiento a un estándar: <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos terapéuticos establecidos • Características del paciente • Estándares de calidad establecidos en las guías de práctica clínica u otros • Nuevo contexto clínico, vital o social
Producto	Una lista única y completa de medicación después de la transición asistencial que documenta claramente qué medicamentos deben suspenderse, mantenerse inalterados o modificados, y nuevos tratamientos	Una lista de cambios en el tratamiento farmacológico para adecuarse más al nuevo objetivo

4. Uso de herramientas electrónicas para facilitar la conciliación de la medicación

Como vemos, el manejo de la medicación en las transiciones asistenciales es un proceso complejo proclive al error, porque requiere consultar diversas fuentes de información no siempre congruentes, sobre la que se toman múltiples decisiones y que implican transcripciones manuales en un entorno de presión con frecuentes interrupciones. En este contexto, una herramienta electrónica que ofrezca un soporte a la toma de decisiones, que guíe al prescriptor y alivie la sobrecarga cognitiva del proceso evitando transcripciones, señalando eventuales discrepancias y manteniendo la trazabilidad de las acciones realizadas y pendientes, resultaría de gran ayuda^{11,29-31}. La automatización puede ayudar en diversas etapas del proceso:

- Importación y fusión de listas de medicación procedentes de bases de datos distintas (prescripciones activas antes del ingreso, prescripciones activas en el hospital antes del alta o de la visita) en una

sola lista sobre la que aplicar las acciones de suspender, mantener o modificar.

- Comparación y detección automatizada de eventuales discrepancias que sean resueltas por el prescriptor.
- Semiautomatización de los intercambios terapéuticos estandarizados.
- Documentación, manteniendo la trazabilidad de todas las acciones realizadas.
- Generación de una lista única de medicación activa.
- Reducción del tiempo y del personal dedicado a tareas de CM.

Existen algunas experiencias de conciliación electrónica de la medicación que han demostrado una reducción de hasta un 30% en el número de discrepancias no justificadas con potencial para producir acontecimientos adversos^{12,32}.

5. Efectividad de los programas de conciliación de la medicación

La CM está ampliamente recomendada para reducir discrepancias inintencionadas de medicación durante las transiciones asistenciales, especialmente al ingreso y al alta hospitalaria^{33,34}. Sin embargo, la evidencia sobre la efectividad de las recomendaciones para mejorar las transiciones asistenciales, y en particular la de la CM, no es concluyente³⁵. En una revisión sistemática, solo seis de los 26 estudios incluidos fueron clasificados como de buena calidad, y no hay estudios comparativos entre diversos modelos de CM³⁶.

La evidencia sobre el impacto de los programas de CM ha sido analizada en dos revisiones sistemáticas³⁶ y en el último informe de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) sobre evidencia de prácticas seguras³⁷. Parece claramente demostrado que los programas de CM reducen hasta en un 70% los errores de medicación presentes en la historia clínica (potenciales), y también los errores de CM producidos al ingreso o al alta³⁶⁻⁴⁰.

Sin embargo, la evidencia sobre la efectividad de dichos programas de CM en la reduc-

ción de los acontecimientos adversos en los pacientes es mucho más escasa^{13,38}. Los errores de CM son numerosos y diversos, pero una gran parte de ellos, se estima que entre el 40 y el 80%, no tienen consecuencias clínicas para los pacientes^{39,41}, porque suelen ser interceptados o porque son irrelevantes, lo que hace muy difícil poder demostrar reducciones importantes en resultados de acontecimientos adversos en los pacientes gracias a los programas de CM⁴².

Muy pocos estudios han mostrado una reducción en el uso de recursos sanitarios gracias a los programas de CM. Algunos han reportado diferencias significativas en los reingresos a 30 días, pero otros, a pesar de reducir los errores de medicación, no demostraron tener ningún impacto sobre las tasas de reingresos y visitas a urgencias⁴³. De hecho, la CM ha resultado efectiva en la reducción de ingresos y visitas a urgencias solo cuando se combina con otras intervenciones de coordinación asistencial antes y después del alta (trabajo interdisciplinario, gestión de casos, integración de la CM en los informes de alta

y recetas, y sobre todo educación sanitaria sobre la medicación a los pacientes antes y después del alta)^{39,44,45}.

No existen estudios de coste-efectividad. De hecho, por el momento no hay evidencia clara sobre el impacto económico en términos de ahorro directo relacionado con los programas de CM⁴⁶, y por otra parte tampoco los estudios publicados incluyen la evaluación del coste asociado a la implantación de estos

programas, por lo que difícilmente podemos conocer la relación coste-efectividad.

La gran heterogeneidad de modelos de CM y la diversidad de intervenciones que se incluyen en el concepto de CM, que implican una dedicación de recursos distinta en cada caso⁴⁷, hacen muy complejo el poder extraer conclusiones sobre el coste-efectividad de los programas.

6. Necesidad de centrarse en la persona y no en la organización o el profesional

Los programas clásicos estandarizados y centrados en una determinada actividad de optimización de la medicación, como la CM aplicada de la misma forma y con la misma intensidad a todos los pacientes, funcionan bien para pacientes con enfermedades únicas o poca comorbilidad, pero pueden no ser suficientes en los pacientes complejos mayores, con múltiple comorbilidad, discapacidad, fragilidad, demencia o escaso soporte familiar⁴⁸. En los pacientes complejos y frágiles, se hace necesario priorizar los problemas a abordar y hacer una evaluación multidimensional del paciente y su entorno. Son una población heterogénea, por lo que también sus necesidades serán diferentes. En ellos, la atención más adecuada combinará una evaluación multidimensional de todas sus necesidades y sus preferencias, actitudes, aptitudes y capacidades para cumplir el tratamiento, resultando una atención personalizada con objetivos individuales centrados en el paciente, su contexto y su entorno inmediato, más que con objetivos universales relacionados con la implantación de uno u otro programa. Este es un reto difícil porque

combina intervenciones diversas, a menudo interrelacionadas unas con otras y en un marco de incertidumbre y falta de evidencia específica sobre los resultados de los distintos programas e intervenciones.

Los resultados en salud obtenidos en una persona dependen de un delicado equilibrio entre las capacidades y las cargas que soporta, entendiendo como cargas las derivadas de la enfermedad y del tratamiento, pero también el resto de las cargas de la vida (familiares, financieras, etc.), tal como explica el modelo de complejidad acumulativa³². Los factores ambientales y sociales determinarán su capacidad para el autocuidado, su accesibilidad al sistema sanitario, la utilización que hacen de este y, por tanto, los resultados de salud.

Para dar una respuesta adecuada será necesario contar con el conocimiento y las competencias de diversos profesionales sanitarios: médico y enfermera de familia, farmacéuticos clínicos y especialistas en diversas disciplinas médicas, pero también profesionales y recursos del ámbito de trabajo social que,

trabajando de forma coordinada, pueden ayudar al paciente y su entorno a obtener un óptimo equilibrio entre capacidades y cargas que redunde en mejores resultados de salud

y bienestar, y también del uso de la medicación. En esta situación es básico recordar que se trata de adaptar la organización a la persona, y no la persona a la organización.

7. Liderazgo de los programas de conciliación de la medicación

El farmacéutico, como referente del sistema en el uso de la medicación, debe liderar los programas de CM y asesorar a los gestores asistenciales en los procesos de implantación. Sin embargo, entender que la CM debe ser realizada por farmacéuticos especialistas en todos los casos, argumentando su conocimiento de la farmacoterapia, es discutible y cuando menos poco realista. Las causas de los errores de la CM están relacionadas con déficits inintencionados de comunicación, y no con el desconocimiento de la farmacoterapia por parte de los prescriptores. La prueba de ello es la alta prevalencia de errores por parte de todo tipo de profesionales, incluso de los más cualificados y expertos. La valoración del paciente al ingreso, que forma parte de las competencias médicas y enfermeras, incluye la anamnesis sobre el tratamiento farmacológico previo al ingreso y el alta hospitalaria, así como la toma de decisiones por parte del médico sobre los tratamientos previos del paciente y su adecuada documentación en la historia clínica. El ingreso y el alta hospitalaria son procesos muy complejos, con frecuentes relevos de profesionales en un entorno de

presión asistencial y múltiples cambios en la medicación que requieren concentración y que tensionan la función cognitiva de los profesionales, y con ello la seguridad del sistema. La solución a los problemas complejos no es sustituir un profesional por otro, aunque sea experto en farmacoterapia, sino dotar al sistema de herramientas que lo hagan más seguro y ayuden a los profesionales que realizan las actualizaciones de la medicación en las transiciones asistenciales a trabajar en un entorno donde la probabilidad de error sea menor. Atul Gawande⁴⁹, cirujano y promotor de la lista de comprobación quirúrgica, explica de manera excelente en el libro *Checklist Manifesto* que tras el desastre aéreo ocurrido en el primer vuelo del Boeing 299, en 1935, debido a un fallo del piloto en el manejo de un sistema excesivamente complejo incluso para un profesional experto, no se optó por más formación o más profesionales, sino por implantar los actuales sistemas de seguridad basados en *checklists*. Del mismo modo, en otros ámbitos, como la cirugía (*checklist* quirúrgico), o por poner otro ejemplo, la prevención de la bacteriemia asociada a ca-

téter mediante los programas denominados “bacteriemia cero”⁵⁰, se consiguió mejorar de manera drástica la seguridad de los denominados sistemas complejos.

Como expertos en farmacoterapia podemos ser de gran valor, pero siempre atendiendo primero a los objetivos individualizados establecidos por el equipo multidisciplinario para el paciente, y nunca a partir de inter-

venciones realizadas de forma aislada según el establecimiento de un programa por parte de un determinado profesional, como el farmacéutico, circunscrito a su ámbito de actuación (hospital, primaria o comunitaria). Cada profesional debe contribuir a mejorar el sistema asumiendo la parte del proceso en la que aporta más valor y que encaja mejor con su responsabilidad y su papel en el proceso asistencial.

8. Armonización de las diversas intervenciones sobre la medicación en las transiciones asistenciales y papel del farmacéutico

La CM actúa de manera sinérgica con otros elementos, como la RM a los objetivos terapéuticos centrados en la persona, la educación sanitaria previa y posterior al alta, la implicación de los pacientes en el autocuidado, y otras estrategias de soporte a la adherencia, algunas de las cuales ni siquiera están actualmente en el sistema sanitario, por ejemplo el soporte a las necesidades sociales y el acceso a dichos recursos en la comunidad. Como ya hemos comentado, la CM no puede realizarse como una actividad farmacéutica aislada, sino que debe formar parte del proceso natural de actualización de la prescripción al ingreso, al alta o en los traslados, y debe integrarse en el trabajo coordinado del equipo interdisciplinario, cuyo objetivo es dar una respuesta integral y coordinada a las necesidades de las personas en relación con el tratamiento. La mejora en los resultados del uso de la medicación será el objetivo del conjunto de actividades.

En este sentido, Fernandes y Shojania⁵¹ hacen una propuesta interesante de clasificación de los programas de CM en cinco niveles (bron-

ce, plata, oro, platino y diamante) basándose en modelos publicados por diferentes autores, y en función de la intensidad creciente de actividades adicionales dirigidas a la mejora de los resultados del tratamiento que contempla el programa, además del proceso de CM en sentido estricto (Tabla 2).

Los niveles más avanzados implican progresivamente mayor colaboración interprofesional, integración de la CM en el proceso de generación de prescripciones e informes clínicos, y participación del paciente en programas de autocuidado después del alta. Según este modelo, cada paciente podría recibir una intervención más o menos exhaustiva combinando diferentes elementos en función de sus necesidades o de su riesgo de sufrir un acontecimiento adverso por la medicación. Los niveles más básicos (bronce y plata) no implicarían necesariamente la actuación del farmacéutico, aunque no le excluyen, mientras que los niveles más altos (oro, platino y diamante) sí requieren su participación y solo los dos últimos implicarían una RM con participación del farmacéutico, incluyendo en el



Nivel	Elementos que incluye	Papel del farmacéutico
Bronce	Lista de medicación al ingreso verificada con el paciente CM al ingreso	Opcional
Plata	Bronce + CM al alta por el médico	Opcional
Oro	Plata + CM al alta interprofesional + prescripción electrónica al alta	Opcional: soporte al médico en la CM al alta
Platino	Oro + alguna actividad de soporte farmacéutico en la RM	Necesario, soporte en la RM
Diamante	Platino + alguna actividad adicional antes y después del alta: <ul style="list-style-type: none"> • Educación al paciente sobre medicación al alta • Comunicación de los cambios a la farmacia comunitaria • Contacto hospitalario con el paciente tras el alta (llamada por parte de farmacéutico o enfermera) 	Necesario, soporte a la CM al alta, adecuación del tratamiento y soporte a la adherencia tras el alta

Tabla 2.

Clasificación de los programas de conciliación de la medicación según la intensidad de las actividades adicionales incluidas y el grado de interdisciplinariedad, según Fernandes y Shojania⁵¹.

CM: conciliación de la medicación; RM: revisión de la adecuación de la medicación.

máximo nivel la participación de la farmacia primaria o comunitaria.

La *American Society of Health-System Pharmacists* (ASHP) y la *American Pharmacists Association* (APhA) han desarrollado conjuntamente el proyecto *Medication Management in Care Transitions* (MMCT) con el objetivo de detectar las mejores prácticas farmacéuticas en las transiciones asistenciales⁵². El documento reconoce que la implicación y el liderazgo de los farmacéuticos en la implantación de prácticas seguras en relación con la medicación durante las transiciones asistenciales es un modelo emergente, pero que no está claramente definido por el momento. En diciembre de 2011 se abrió un proceso, que se cerró en enero de 2012, de recogida de las mejores prácticas existentes con el objetivo de seleccionar las más válidas para evaluar su escalabilidad y su adopción por otras organizaciones. Más de 80 entidades enviaron sus propuestas, que fueron evaluadas por un panel de expertos de la ASHP y de la APhA en función de su impacto en los reingresos, la estancia media, los errores de conciliación y la satisfacción del paciente en las encuestas. Los ocho modelos seleccionados como los mejores comparten el trabajo interdisciplinario y la comunicación efectiva entre farmacéuticos de hospital y de la comunidad, y con otros profesionales de la salud de distintos niveles asistenciales. Estos modelos demuestran una reducción en el número de reingresos y utilizan al personal de la farmacia (técnicos, residentes, estudiantes) de forma innovadora.

Una revisión sistemática más reciente estudia cuáles son los componentes de la intervención farmacéutica en las transiciones asistenciales que se asocian con los mejores resultados⁵³. Para ello, los autores identifican hasta

15 componentes distintos de la intervención farmacéutica y los clasifican en función de a quién va dirigida la intervención (paciente o profesional sanitario), la naturaleza de la intervención (profesional o administrativa) y en qué transiciones asistenciales se centra (ingreso, alta, independiente de la transición).

Aunque se reconoce que son necesarios nuevos ensayos clínicos bien diseñados, sí nos ofrece algunas conclusiones sobre cuáles son los elementos comunes a los programas más efectivos:

- La CM no se realiza aisladamente, sino que se combina con la RM en equipo con el médico durante el ingreso y la educación directa al paciente.
- El farmacéutico colabora estrechamente con el resto de los profesionales del equipo asistencial y está implicado en la atención directa al paciente, y conoce bien su historia y su contexto clínico (en contraposición a los programas en que la intervención la realiza un profesional ajeno al equipo asistencial).
- Las intervenciones se individualizan según las necesidades de cada paciente, en contraposición a los programas generalizados que aplican la misma intervención sobre todos los pacientes (por ejemplo, proveer de sistemas personalizados de dosificación de la medicación para todos los pacientes).
- Las intervenciones se orientan a la continuidad asistencial combinando estrategias de optimización en distintos niveles asistenciales (por ejemplo, antes y después del alta hospitalaria).

Estos elementos, junto con la taxonomía propuesta por Fernandes y Shojania⁵¹, podrían ayudarnos a definir a quién, dónde y cuándo aplicar una mayor o menor intensidad de intervenciones para conseguir una atención al paciente de más valor mediante programas interdisciplinarios de optimización de la medicación en las transiciones asistenciales. Todo ello dependerá, lógicamente, de la disponibilidad de recursos y de la existencia de otros programas relacionados con la con-

tinuidad asistencial, tales como unidades funcionales de pacientes crónicos complejos, enfermeras gestoras de casos, atención domiciliar social y sanitaria, implicación de las farmacias comunitarias de la zona, etc. No obstante, una propuesta que debe valorarse para estudiarla y mejorarla a partir del trabajo interdisciplinario y de la generación de evidencia sobre sus resultados y coste podría ser la que se expone en la Tabla 3.



Tabla 3.

Propuesta de armonización de intervenciones de optimización del uso de la medicación en las transiciones asistenciales.

Intervenciones sobre la medicación	Paciente sin necesidades especiales	Paciente complejo polimedicado o escasa adherencia	Paciente complejo en programa de gestión de casos
Intervenciones Hospitalarias			
Verificación de medicación previa al ingreso documentada en la HC	Sí	Sí*	Sí*
CM al ingreso documentada en la HC	Opcional si medicación de riesgo	Sí	Sí
Validación farmacéutica de la medicación durante el ingreso	Sí	Sí	Sí
CM al alta documentada en el informe de alta	Sí	Sí	Sí
Educación y soporte a la adherencia documentado en HC	Opcional si medicación de riesgo	Sí*	Sí*
RM interdisciplinar durante el ingreso documentada en el informe de alta	-	Sí*	Sí*
Intervenciones Ambulatorias y Comunitarias			
CM y soporte a la adherencia por teléfono tras el alta	-	Opcional	Sí
CM y soporte a la adherencia en la primera visita ambulatoria post alta	Sí	Sí	-
RM interdisciplinar en la primera visita ambulatoria post alta	-	Sí*	-
CM/RM interdisciplinar y soporte a la adherencia post alta en el domicilio (gestora de casos)	-	-	Sí*
Apoyo farmacia comunitaria en el soporte a la adherencia post-alta	-	Recomendable	Opcional

*Preferiblemente con la participación del farmacéutico clínico.

9. Coste-efectividad de los programas de mejora del uso de la medicación en las transiciones asistenciales

Si queremos que las intervenciones sobre la medicación aporten valor y se implanten, debemos plantearlas como procesos interdisciplinarios en los que cada profesional actúa allí donde aporta más valor, y tener en cuenta los beneficios obtenidos en relación con el coste que suponen.

La serie titulada “Los problemas con...” de la revista *BMJ Quality and Safety*, que explora temas controvertidos relacionados con la mejora de la calidad en los que la implantación de prácticas recomendadas es compleja, ha dedicado uno de sus artículos a la CM⁴⁶. Los autores señalan que la falta de evidencia clara de los efectos de la CM sobre los costes y las dificultades en la implantación están íntimamente relacionados. La falta de datos robustos sobre los costes y los beneficios de la CM en la literatura hace menos probable que los hospitales dediquen recursos a esta actividad. De manera paradójica, son precisamente estos recursos los que requerirían los programas para demostrar su efectividad, ya que para tener un efecto relevante sobre la seguridad del paciente y los costes que se de-

rivan deberían tener un enfoque integral que con frecuencia implica una gran inversión de tiempo y recursos. Por ejemplo, la gestión de la medicación al alta implica una serie de actividades que actúan sinérgicamente: la verificación de la medicación previa al ingreso (que puede llegar a suponer 30-40 minutos por paciente), la CM al alta, la educación al paciente sobre medicación, la evaluación de la falta de adherencia, la comunicación con otros proveedores y el seguimiento con los pacientes después del alta. Si se simplifica el programa a fin de hacerlo más alcanzable, puede que la intervención termine por no producir ningún resultado relevante sobre la seguridad ni sobre los costes.

La seguridad de las transiciones asistenciales es tan difícil de resolver porque se trata de lo que se denomina “un problema de demasiadas manos”⁵⁴. Se presenta en contextos en los que diversos actores, organizaciones, individuos y grupos de profesionales contribuyen a los efectos observados en el sistema, pero ninguno de ellos es el responsable único.

10. Bibliografía

1. Kripalani S, Jackson A, Schnipper J, Coleman E. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitals. *J Hosp Med.* 2007;2:314-23.
2. Ahmad N, Ellins J, Krelle H, Lawrie M. Person-centred care. From ideas to action. Health Foundation. 2015. (Consultado el 6 de marzo de 2016.) Disponible en: <http://www.health.org.uk/publication/person-centred-care-ideas-action>
3. Beijer HJM, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADRs): a meta-analysis of observational studies. *Pharm World Sci.* 2002;24:46-54.
4. Thomsen LA, Winterstein AG, Søndergaard B, Haugbølle LS, Melander A. Systematic review of the incidence and characteristics of preventable adverse drug events in ambulatory care. *Ann Pharmacother.* 2007;41:1411-26.
5. Cornu PL, Steurbaut S, Leysen T, De Baere E, Mets T, Dupont AG. Discrepancies in medication information for the primary care physician and the geriatric patient at discharge. *Ann Pharmacother.* 2012;46:983-90.
6. Akram F, Huggan P, Lim V, Huang Y, Siddiqui FJ, Assam PN, et al. Medication discrepancies associated risk factors identified among elderly patients discharged from a tertiary hospital in Singapore. *Singapore Med J.* 2015;56:379-84.
7. Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care.* 2006;15:122-6.
8. Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, Alibhai SM, Huh JH, Cesta A, et al. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Ann Pharmacother.* 2008;42:1373-9.
9. Hernández Prats C, Mira Carrió A, Arroyo Domingo E, Díaz Castellano M, Andreu Giménez L, Sánchez Casado MI. Discrepancias de conciliación en el momento del alta hospitalaria en una unidad médica de corta estancia. *Aten Primaria.* 2008;40:597-601.
10. Astier-Peña P, Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G. Prioridades en seguridad del paciente en atención primaria. *Aten Primaria.* 2016;48:3-7.
11. Belda-Rustarazo S, Cantero-Hinojosa J, Salmerón-García A, González García L, Cabeza-Barrera J, Gálvez J. Medication reconciliation at admission and discharge: an analysis of prevalence and associated risk factors. *Int J Clin Pract.* 2015;68:1268-74.
12. Hron JD, Manzi S, Dionne R, Chiang VW, Brostoff M, Altavilla SA, et al. Electronic medication reconciliation and medication errors. *Int J Qual Health Care.* 2015;27:314-9.
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. Frank C, Godwin M, Verma S, Kelly A, Birenbaum A, Seguin R, et al. What are our frail elderly patients taking? *Can Fam Physician.* 2001;47:1198-204.
15. Nassaralla CL, Naessens JM, Hunt VL, Bhagra A, Chaudhry R, Hansen MA, et al. Medication reconciliation in ambulatory care: attempts at improvement. *Qual Saf Health Care.* 2009;18:402-7.
16. Greenwald JL, Halasyamani L, Greene J, LaCivita C, Stucky E, Benjamin B, et al. Making inpatient medi-

- cation reconciliation patient centered, clinically relevant and implementable. A consensus statement on key principles and necessary first steps. *J Hosp Med*. 2010;5:477-85.
17. Institute for Healthcare Improvement. Getting started kit: medication reconciliation how-to guide. Institute for Healthcare Improvement; 2007. (Consultado el 10 de enero de 2013.) Disponible en: <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/Campaign.htm?TabId=2-PreventAdverseDrugEvents>
 18. Roure C, González M, González J, Fuster M, Broto A, Sarlé J, *et al*. Efectividad de un programa de conciliación perioperatoria de la medicación crónica en pacientes de cirugía programada. *Med Clin*. 2012;139:662-7.
 19. Brunswicker A, Yogarajah A. Improving pre-operative medicines reconciliation. *BMJ Quality Improvement Reports*. 2014;3:u205475.w2230.
 20. 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;167:1034-40.
 21. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, Ndumele CD, Labonville SA, Diedrichsen EK, *et al*. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *J Gen Intern Med*. 2008;23:1414-22.
 22. Forster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N, *et al*. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ*. 2004;170:345-9.
 23. Bosma BE, Meuwese E, Tan SS, van Bommel J, Melief PH, Hunfeld NG, *et al*. The effect of the TIM program (Transfer ICU Medication reconciliation) on medication transfer errors in two Dutch intensive care units: design of a prospective 8-month observational study with a before and after period. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:124.
 24. McCarthy L, Su X, Crown N, Turple J, Brown T, Walsh K, *et al*. Medication reconciliation interventions in ambulatory care: a scoping review. *Am J Health Syst Pharm*. 2016;73:1845-7.
 25. Patricia NJ, Foote EF. A pharmacy-based medication reconciliation and review program in hemodialysis patients: a prospective study. *Pharm Pract (Granada)*. 2016;14:785.
 26. Vega TG, Sierra-Sánchez JF, Martínez-Bautista MJ, García-Martín F, Suárez-Carrascosa F, Baena-Cañada JM. Medication reconciliation in oncological patients: a randomized clinical trial. *J Manag Care Spec Pharm*. 2016;22:734-40.
 27. Roure C, Delgado O, Aznar MT, Villar I, Fuster L. *Documento de consenso sobre terminología, clasificación y evaluación de los programas de conciliación de la medicación. Documento de consenso*. Grupo coordinador del grupo de trabajo de la SEFH de conciliación de la medicación. Barcelona: Ediciones Mayo; 2009.
 28. Amado E, Martín C. Revisión de la medicación en pacientes crónicos complejos. *Butlletí d'Informació Terapèutica del Departament de Salut de Catalunya*. 2013;24:1-5.
 29. Bozzo A, Bernstam E, Markowitz E, *et al*. Automated medication reconciliation and complexity of care transitions. *AMIA Annual Symposium Proceedings*; 2011. p. 1252-60.
 30. 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;64:404-22.
 31. Poon EG, Blumenfeld B, Hamann C, Turchin A, Graydon-Baker E, McCarthy PC, *et al*. Design and implementation of an application and associated services to support interdisciplinary medication reconciliation efforts at an integrated healthcare delivery network. *J Am Med Assoc*. 2006;13:581-92.
 32. Schnipper JL, Hamann C, Ndumele CD, Liang CL, Carthy MG, Karson AS. Effect of an electronic medication reconciliation application and process redesign on potential adverse drug events: a cluster-randomized trial. *Arch Intern Med*. 2009;169:771-80.
 33. ISMP. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Cuestionario de autoevaluación para hospitales. Delegación española del ISMP. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/>
 34. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2020. Hacia el futuro con seguridad. Disponible en: https://www.sefh.es/sefhpdfs/desarrollo_2020.pdf
 35. Rennke S, Nguyen OK, Shoeb MH, Magan Y, Wachter RM, Ranji SR. Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy. A systematic review. *Ann Intern Med*. 2013;158:433-40.
 36. Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2012;172:1057-69.
 37. AHRQ. Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. Evidence report/Technology Assessment, RAND Corporation, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. p. 270-82.
 38. Phatak A, Prusi R, Ward B, Hansen LO, Williams MV, Vetter E, *et al*. Impact of pharmacist involvement in the transitional care of high-risk patients through medication reconciliation, medication education,

- and postdischarge call-backs (IPITCH Study). *J Hosp Med.* 2016;11:39-44.
39. Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158:397-403.
 40. Rozich JD, Howard RJ, Justeson JM, Macken PD, Lindsay ME, Resar RK. Standardization as a mechanism to improve safety in health care. *J Comm J Qual Saf.* 2004;30:5-14.
 41. Boockvar KS, Liu S, Goldstein N, Nebeker J, Siu A, Fried T. Prescribing discrepancies likely to cause adverse drug events after patient transfer. *Qual Saf Health Care.* 2009;18:32-6.
 42. Coleman, E, Smith J, Raha D, Min SJ. Posthospital medication discrepancies prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med.* 2005;165:1842-7.
 43. Walker PC, Bernstein SJ, Jones JN, Piersma J, Kim HW, Regal RE, *et al.* Impact of pharmacist-facilitated hospital discharge. *Arch Intern Med.* 2009;169:2003-10.
 44. Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammarlund-Udenaes M, Toss H, *et al.* A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2009;169:894-900.
 45. Koehler BE, Richter KM, Youngblood L, Cohen BA, Prengler ID, Cheng D, *et al.* Reduction of 30-day postdischarge hospital readmission or emergency department visit rates in high-risk elderly medical patients through delivery of a targeted care bundle. *J Hosp Med.* 2009;4:211-8.
 46. Pevnick JM, Shane R, Schnipper J, *et al.* The problem with medication reconciliation. *BMJ Qual Saf.* 2016;25:726-30.
 47. Alfaro-Lara ER, Vega-Coca MD, Galván-Banqueri M, Nieto-Martín MD, Pérez-Guerrero C, Santos-Ramos B. Metodología de conciliación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria.* 2014;46:89-99.
 48. Sergi G. Polypharmacy in the elderly. Can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use? *Drugs Aging.* 2011;28:509-18.
 49. Gawande A. *The Checklist Manifesto. How to do things right.* New York: Pan Books; 2009.
 50. Hales B, Pronovost P. The checklist — a tool for error management and performance improvement. *J Crit Care.* 2006;21:231-5.
 51. Fernandes O, Shojania K. Medication reconciliation in the hospital: what, why, where, when, who and how. *Health Q.* 2012;15 spec No:42-9.
 52. Cassano A. ASHP-APha medication management in care transitions best practices. Informe, ADHP-APha. Bethesda: ASHP; 2013.
 53. Ensing HT, Stuijt CC, van den Bemt BJ, van Dooren AA, Karapinar-Çarkit F, Koster ES, *et al.* Identifying the optimal role for pharmacists at care transitions: a systematic review. *J Manag Care Spec Pharm.* 2015;21:614-36.
 54. Dixon-Woods M, Pronovost PJ. Patient safety and the problem of many hands. *BMJ Qual Saf.* 2016;25:485-8.