



Farmacia Hospitalaria

ISSN: 1130-6343

farmhosp@grupoaulamedica.com

Sociedad Española de Farmacia
Hospitalaria
España

Delgado Sánchez, O.; Martínez López, I.; Crespi Monjo, M.; Serra Soler, G.
Conciliación de la medicación: asumamos la responsabilidad compartida
Farmacia Hospitalaria, vol. 32, núm. 2, 2008, pp. 63-64
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365961776001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://www.redalyc.org)

[redalyc.org](http://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Conciliación de la medicación: asumamos la responsabilidad compartida

O. Delgado Sánchez, I. Martínez López, M. Crespí Monjo y G. Serra Soler

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. Islas Baleares. España.

El desarrollo del concepto de conciliación de la medicación en nuestro país ha sido paralelo a la incorporación del farmacéutico a áreas asistenciales que permiten y conllevan una atención global al paciente¹.

Al revisar la historia clínica de un paciente ingresado en el hospital, el farmacéutico clínico ha podido percibir en muchos casos que el tratamiento crónico no se había prescrito de forma correcta o completa, o que la adecuación a los medicamentos disponibles en el hospital no había sido adecuada. En este contexto, la actividad de conciliar los tratamientos se percibe como un punto de mejora en la atención a los pacientes, en el que el papel del farmacéutico clínico podía ser de gran valor.

Por otra parte, la base de datos de eventos centinela de la Joint Commission on Accreditation of Health-Care Organization (JCAHO) mostraba que los errores de medicación eran la cuarta causa de muerte o pérdida permanente de funcionalidad en pacientes hospitalizados, y que ocurría principalmente en los momentos relacionados con cambios de responsables de paciente².

Los estudios publicados sobre conciliación de la medicación no son muy numerosos, pero los resultados son contundentes: un 30-70% de las órdenes médicas de prescripción realizadas al ingreso hospitalario conllevan discrepancias no justificadas^{3,4}, y los procesos de conciliación de medicación pueden disminuir los errores hasta en un 70%, con repercusión en la disminución de los efectos adversos de los medicamentos en más de un 15% de los casos^{2,5}.

Después de conocer esta situación, no sorprende que en España se reproduzcan datos similares. El oportuno trabajo de Moriel et al publicado en este número es un ejemplo de ello⁶.

El problema es, pues, conocido, y la necesidad de mejorar este proceso estaba clara, lo que ha ocasionado que distintos organismos tomen medidas para minimizarlo. De forma pionera, en el año 2002, la Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors llevó a cabo una iniciativa para concienciar sobre este problema en sus hospitales⁷.

En el año 2003 la Joint Commission planteó por primera vez el incluir la conciliación de la medicación entre los objetivos para mejorar la seguridad de los pacientes y, en julio de 2004,

anunció mediante la National Patient Safety Goals⁸ que, a partir de enero del año 2006, todas las organizaciones sanitarias acreditadas por este organismo debían tener desarrollados procedimientos para garantizar una conciliación adecuada de la medicación cuando el paciente tenía un cambio de responsable⁸.

Un poco más tarde, también la World Health Organization (WHO) estableció que una de las soluciones para asegurar la seguridad de los pacientes debería ser garantizar la exactitud de la medicación en los procesos de transición asistencial, y lo definió como una acción a realizar en una primera fase entre los años 2006-2008⁹.

Más recientemente, en diciembre de 2007, el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), conjuntamente con la National Patient Safety Agency de Inglaterra, ha publicado una guía de soluciones para la conciliación de la medicación en los ingresos hospitalarios en pacientes adultos¹⁰.

Así pues, actualmente existe documentación suficiente para saber que la conciliación de la medicación es un proceso que requiere mejora, pero ¿qué responsabilidad se atribuye y es asumida por el farmacéutico de hospital en la conciliación de la medicación?

El papel que se atribuye al farmacéutico clínico en la conciliación de la medicación es amplio y está bien establecido, y la responsabilidad que asume es muy alta. En primer lugar, NICE dirige su documento a los farmacéuticos, y establece de forma taxativa que un farmacéutico debe realizar la conciliación de la medicación tan pronto como sea posible tras un ingreso hospitalario, tanto urgente como electivo, que las responsabilidades deben estar claramente delimitadas y pueden ser diferentes según las diferentes áreas clínicas¹⁰.

Por otra parte, en Estados Unidos existe un debate más amplio sobre quién debe asumir esta responsabilidad. Si bien se considera que los farmacéuticos son los profesionales más adecuados para realizar la historia farmacoterapéutica por sus conocimientos en farmacología, algunos autores consideran que la actuación del farmacéutico es necesaria en determinadas circunstancias, como en los pacientes que toman medicación de alto riesgo o si el número de tratamientos crónicos es superior a diez medicamentos⁷.

En España, el problema de los errores de conciliación es el mismo, pero probablemente las soluciones que podamos abordar desde la realidad de la Farmacia Hospitalaria en nuestro país sean diferentes.

Para empezar, el desarrollo de la Atención Farmacéutica Especializada está comenzando en nuestros hospitales, que distan mucho de disponer de un número de farmacéuticos similar al de países como Estados Unidos o Reino Unido. Aún existen pocos farmacéuticos hospitalarios cuya actividad profesional esté orientada hacia un servicio clínico o a un conjunto de pacientes, en vez de a un área asistencial o un tipo de actividad concreta dentro del hospital.

La conciliación de la medicación requiere dos pasos básicos: el primero es el acceso a la historia clínica de Atención Primaria y de Consultas Externas, y el segundo, la entrevista con el paciente/cuidador para verificar el tratamiento real del paciente, de ahí que no pueda hacerse de forma poblacional y estandarizada, sino que requiere individualización de la intervención.

La disponibilidad de farmacéuticos clínicos responsables de unos determinados pacientes, en número suficiente, haría posible abarcar la revisión de los tratamientos instaurados, no sólo en adecuación de dosis y pauta, sino en la indicación clínica y situación del paciente, así como la revisión del tratamiento crónico y la conciliación de la medicación de cada paciente, tanto al ingreso como al alta. Pero este planteamiento no parece posible en este momento.

En nuestra opinión, una forma realista de acercarnos a la conciliación de la medicación en nuestro medio conllevaría en primer lugar una concienciación del problema entre los médicos y personal de enfermería, haciéndoles partícipes de los errores que se producen y la importancia de realizar una adecuada historia farmacoterapéutica al ingreso hospitalario.

En segundo lugar, la solución pasa por tener acceso a los archivos informáticos de la prescripción de Atención Primaria, Consultas Externas y Centros Sociosanitarios, con el fin de disponer de información exacta y actualizada del tratamiento del paciente. Actualmente los datos de prescripción y de dispensación del tratamiento crónico están disponibles, y la receta electrónica lo hará más evidente en un plazo breve. Es indispensable que los médicos hospitalarios conozcan y revisen esta información al instaurar los tratamientos en el ingreso y también en el alta hospitalaria, con el fin de evitar errores, así como para facilitar el conocimiento del tratamiento por parte de sus pacientes.

Además, hay que tener presentes las soluciones informáticas integradas, que permiten “importar” el tratamiento de la prescripción de Atención Primaria al hospital, y viceversa, cuando se produzca el alta hospitalaria.

Pero conocer y registrar de forma precisa la historia medicamentosa de un paciente es sólo el primer paso para una correcta conciliación de la medicación. Otro tema que requiere consenso es la protocolización de los programas de sustituciones, el intercambio terapéutico o las interrupciones de tratamientos de eficacia dudosa durante el ingreso y al alta hospitalaria, así como el manejo de la medicación en el periodo perioperatorio.

Así pues, el farmacéutico de hospital que trabaje en áreas asistenciales que permitan una atención farmacéutica integral al paciente debe incorporar de forma prioritaria la conciliación de la medicación entre sus actividades. Pero más allá de la actitud individual ante un paciente, la Farmacia Hospitalaria debe asumir su responsabilidad para disminuir los errores de conciliación de la medicación, mediante actividades formativas, de divulgación, de investigación sobre la importancia del problema, así como trabajando para la integración de la información sobre los tratamientos y en el desarrollo y aplicación de soluciones informáticas integradas.

Bibliografía

1. Delgado Sánchez O, Anoz Jiménez L, Serrano Fabiá A, Nicolás Pico J. Conciliación de la medicación. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:343-8.
2. Sentinel Event Statistics. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [consultado 1/2008]. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>
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;165:424-9.
4. 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;61:1689-95.
5. 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;30:5-14.
6. Moriel MC, Pardo J, Catalá RM, Segura M. Estudio prospectivo de conciliación de medicación en pacientes de traumatología. *Farm Hosp*. 2008;32:65-70.
7. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Medication reconciliation handbook. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources; 2006.
8. National Patient Safety Goals. The Joint Commission [consultado 1/2008]. Disponible en: http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/08_npsg_facts.htm
9. World Health Organization. Patient safety. Action on patient safety-high 5s [consultado 1/2008]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/solutions/high5s/project_plan/en/index.html
10. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), National Patient Safety Agency. Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital [actualizado 12/2007; consultado 1/2008]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byId&o=11897>