

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Sumario

INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN?

ACLARANDO TÉRMINOS

¿CUÁNDO CONCILIAR?

¿EN QUÉ PACIENTES CONCILIAR?

PROGRAMAS DE CONCILIACIÓN: EVIDENCIAS DE SU EFECTIVIDAD

¿CÓMO SE REALIZA LA CONCILIACIÓN?

ELEMENTOS FACILITADORES

CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

La medicación es la primera causa de acontecimientos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, según se recoge en los estudios realizados a nivel estatal sobre la seguridad del paciente en atención primaria (APEAS) y durante la hospitalización (ENEAS)^{1,2}.

Uno de los problemas de seguridad más habituales es la falta de información precisa y completa sobre los medicamentos que toma un paciente en las transiciones entre los distintos niveles de asistencia. Las transiciones colocan al paciente en una situación de riesgo de sufrir errores de medicación, que pueden derivar en efectos adversos e ingresos hospitalarios evitables^{3,4}.

Los estudios publicados ponen de manifiesto que en alrededor del 50% de los pacientes admitidos en hospitales de agudos se producen discrepancias de medicamentos no intencionadas entre la medicación que tomaba el paciente en el momento del ingreso y la prescripción hospitalaria (errores de conciliación). Durante las transiciones intrahospitalarias pueden producirse tasas de discrepancias ligeramente más altas y en el momento del alta hospitalaria se observan discrepancias en al menos el 40% de los pacientes³.

Los errores de conciliación constituyen, por tanto, un problema de seguridad y han sido señalados por organismos como la OMS, NICE, Institute for Healthcare Improvement (IHI) o Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) como un asunto prioritario dentro de la estrategia de seguridad del paciente, que requiere un abordaje sistemático dentro de las organizaciones³.

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población».

El objetivo de este boletín es sensibilizar a los profesionales sobre la importancia de la conciliación de la medicación, destacando la necesidad de implicar a todos los profesionales involucrados en los distintos ámbitos de atención al paciente.

¿QUÉ ES LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN?⁵⁻⁸

La conciliación de la medicación se define como un proceso formal consistente en comparar la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una transición asistencial o de un traslado dentro del propio nivel asistencial, con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas. Las discrepancias encontradas se deben comentar con el prescriptor para valorar su justificación y, si se requiere, se deben corregir. Los cambios realizados se deben documentar y comunicar adecuadamente al siguiente responsable sanitario del paciente y al propio paciente.

Este proceso debe realizarse con la participación de todos los profesionales responsables del paciente, sin olvidar al propio paciente/cuidador siempre que sea posible, con el objetivo de valorar la adherencia y/o la falta de comprensión de los tratamientos.

El objetivo de la conciliación es disminuir los errores de medicación a lo largo de toda la atención sanitaria, garantizando que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente en la dosis, vía y frecuencia correctas y que se adecúan a la situación del paciente y/o a la nueva prescripción realizada en otro punto del sistema sanitario (hospital, urgencias, consultas externas, atención primaria...). El proceso de conciliación no tiene como objetivo juzgar la práctica médica ni cuestionar las decisiones clínicas individuales, sino detectar y corregir los posibles errores de conciliación que habrían podido pasar inadvertidos.

Los errores de conciliación se derivan de problemas organizativos como la descoordinación entre niveles asistenciales, la falta de comunicación eficaz de la información farmacoterapéutica entre profesionales sanitarios o la ausencia de un registro adecuado, actualizado y accesible de la medicación del paciente. Factores como la pluripatología, la polimedición, la automedicación, la situación clínica y personal del paciente en las transiciones asistenciales, pueden condicionar la aparición de errores de conciliación.

Se pueden producir distintos tipos de errores de conciliación (tabla 1), siendo el error de omisión el más frecuente (40-70%) y los fármacos cardiovasculares o los analgésicos en ancianos, los más afectados⁷⁻⁹.

Tabla 1. Tipos de errores de conciliación⁷

- **Omisión de medicamento:** el paciente tomaba un medicamento necesario y no se ha prescrito, sin que exista justificación clínica explícita o implícita para omitirlo.
- **Diferente dosis, vía o frecuencia de administración de un medicamento:** se modifica la dosis, vía o frecuencia de un medicamento que el paciente tomaba, sin que exista justificación clínica, explícita o implícita, para ello.
- **Prescripción incompleta:** la prescripción del tratamiento crónico se realiza de forma incompleta y requiere aclaración.
- **Medicamento equivocado:** se prescribe un nuevo medicamento sin justificación clínica, confundiéndolo con otro que el paciente tomaba y que no ha sido prescrito.
- **Inicio de medicación (discrepancia de comisión):** se inicia un tratamiento que el paciente no tomaba antes, y no hay justificación clínica, explícita o implícita, para el inicio.
- **Duplicidad:** el paciente presenta una duplicidad entre la medicación previa y la nueva prescripción.
- **Interacción:** el paciente presenta una interacción clínicamente relevante entre la medicación previa y la nueva prescripción.
- **Mantener medicación contraindicada:** se continúa una medicación crónica contraindicada en la nueva situación clínica del paciente.

ACLARANDO TÉRMINOS^{7,10}

Transición asistencial: toda interfaz en la que la prescripción debe ser revisada y nuevamente registrada de acuerdo a las políticas de la organización. A nivel hospitalario incluye el ingreso, traslado de servicio y el alta hospitalaria; desde el punto de vista ambulatorio habría que incluir la atención domiciliaria, la asistencia a urgencias o a diferentes consultas médicas, así como los cambios de domicilio y de médico de familia o los ingresos en centros sociosanitarios.

Discrepancia: cualquier diferencia entre la medicación que el paciente tomaba previamente y la medicación prescrita tras una transición asistencial. No constituye necesariamente un error.

- **Discrepancia intencionada documentada:** el prescriptor decide añadir, cambiar o cesar un tratamiento y esta decisión se encuentra claramente documentada.
- **Discrepancia intencionada no documentada:** el prescriptor decide añadir, cambiar o cesar un tratamiento, pero esta decisión no se encuentra claramente documentada. No se trata de un error de medicación, pero puede llevar a confusión, requiere un trabajo extra del siguiente profesional que atiende al paciente y podría, finalmente, derivar en un error de medicación.
- **Discrepancia no intencionada o error de conciliación:** el prescriptor, sin ser consciente de ello, añade un nuevo tratamiento o bien cambia o cesa un tratamiento que el paciente estaba tomando previamente. Se trata de errores de medicación potenciales que pueden provocar efectos adversos. Para calificar una discrepancia como error de conciliación, el prescriptor debe aceptarlo como tal tras solicitar su aclaración.

¿CUÁNDO CONCILIAR?^{3-5,9}

La medicación debe conciliarse en todas las transiciones asistenciales, esto es, cada vez que el paciente cambia de nivel asistencial o un nuevo profesional clínico participa en su atención.

En el ámbito hospitalario, los errores se producen en el momento del alta más que en el ingreso. Sin embargo, estos errores están a menudo relacionados con discrepancias que se han generado en fases previas, especialmente en la admisión.

En atención primaria, la conciliación se debería realizar, o verificar que se ha realizado previamente, en todas las transiciones asistenciales (ingresos hospitalarios, visitas a urgencias, consultas a atención especializada, ingresos en residencias, etc.).

Ejemplos de errores de conciliación notificados en Osakidetza

Ejemplo 1. Paciente en tratamiento con Sintrom® que ingresa para realización de una intervención quirúrgica en un hospital de la red. En el informe de alta no aparece pautado Sintrom®, cuya indicación sigue vigente.

Ejemplo 2. Paciente que es dado de alta de un hospital con un informe en el que consta la medicación que tomaba el paciente hace aproximadamente 3 años, tras el alta de otro hospital de la red. Durante todo este tiempo la medicación se ha modificado y está actualizada en Osabide AP.

Ejemplo 3. Paciente en tratamiento con esomeprazol, entre otros medicamentos, a quien tras acudir a un servicio de urgencias se le pauta Vimovo® (asociación de naproxeno 500 mg con esomeprazol 20 mg de administración 2 veces al día). No se advierte al paciente de la duplicidad, por lo que el paciente toma los dos medicamentos.

Ejemplo 4. Paciente en tratamiento con dutasterida y tamsulosina como monofármacos. En una consulta del segundo nivel se le pauta Duodart®, asociación de dutasterida y tamsulosina, sin advertir al paciente que esta presentación sustituye a las anteriores, lo cual genera dudas en el paciente, que se plantea si esta nueva medicación es compatible con los tratamientos que estaba tomando previamente.

¿EN QUÉ PACIENTES CONCILIAR?⁴

La conciliación, entendida como un proceso sistemático y protocolizado, más allá de la conciliación informal que se realiza durante la entrevista clínica, debería realizarse en todos los pacientes. Sin embargo, se trata de un proceso complejo que requiere una estructura y recursos humanos y tecnológicos, por lo que se puede plantear la posibilidad de priorizar la conciliación en los pacientes de alto riesgo.

Por el momento, no hay suficiente información para clasificar a los pacientes según el riesgo de sufrir errores de conciliación. Algunos autores proponen centrarse en los pacientes mayores o los que toman más medicamentos, mientras que otros prefieren guiarse por criterios como las hospitalizaciones frecuentes, la utilización de medicamentos de riesgo o patologías que requieren cambios de medicación frecuentes.

PROGRAMAS DE CONCILIACIÓN: EVIDENCIAS DE SU EFECTIVIDAD

Los programas de conciliación presentan una metodología muy variable, determinada por las características de las organizaciones sanitarias y los recursos humanos y tecnológicos disponibles, por lo que la reducción de los errores de medicación depende en gran medida del nivel de intensidad con el que se implementan estas iniciativas. En general, las intervenciones disminuyen los errores de medicación (entre un 50-94%), así como aquellos errores que podrían causar daño potencial (50%)¹¹. La mayoría de los estudios publicados se refieren al ámbito hospitalario y utilizan como comparador la práctica habitual, por lo que no es posible identificar los modelos de conciliación de medicamentos más efectivos.

Una revisión sistemática de 2013, que valora la conciliación de medicamentos durante todo tipo de transiciones asistenciales hospitalarias, concluye que los errores de conciliación clínicamente significativos afectan a pocos pacientes y que la conciliación por sí sola probablemente no reduce la utilización de recursos sanitarios (acceso a urgencias y reingresos hospitalarios) a los 30 días del alta hospitalaria. No se descarta que, considerando un periodo de observación más largo (1 año), y/o asociada a otro tipo de intervenciones que mejoran la coordinación al alta (elaboración de un plan de cuidados y seguimiento telefónico del paciente), la conciliación consiga reducir la utilización de recursos sanitarios tras el alta hospitalaria. En esta revisión también se apunta la ineficacia de los factores de riesgo habituales para estratificar a los pacientes de mayor riesgo¹².

A pesar de que estos datos no son extrapolables a nuestro ámbito, en otros sistemas sanitarios el proceso de conciliación ha demostrado reducir las cargas de trabajo asociadas a la gestión de la medicación⁵.

¿Conciliación o revisión?

A menudo se confunden la conciliación y la revisión de medicamentos.

En la revisión se valora la medicación que recibe el paciente para identificar problemas relacionados con los medicamentos y asegurar un tratamiento óptimo.

En un estudio retrospectivo danés se observó que la conciliación identifica un número de errores mayor que la revisión de medicamentos, pero el número de errores graves identificados mediante la revisión fue mayor. Estos dos procedimientos identifican diferentes tipos de errores y son complementarios.

Bjeldbak-Olesen M, Gadsbølle A, Vilstrup D, Joen T. Medication reconciliation is a prerequisite for obtaining a valid medication review. Dan Med J. 2013;60(4):A4605.

¿CÓMO SE REALIZA LA CONCILIACIÓN?^{5,10,13}

La conciliación debe ser una estrategia efectiva que garantice que los pacientes toman en cada momento los medicamentos que precisan. Se debe evitar que el proceso de conciliación se entienda como una carga burocrática más que no aporta valor al proceso asistencial.

La conciliación de la medicación consta básicamente de tres fases:

1. Obtención de la historia farmacoterapéutica del paciente (listado completo de la medicación que toma el paciente).
2. Detección y resolución de discrepancias con la medicación activa del paciente.
3. Comunicación de los cambios de prescripción y de la medicación resultante al siguiente responsable sanitario del paciente y al propio paciente.

1. Obtención de la historia farmacoterapéutica (HFT) del paciente lo más completa, precisa y actualizada posible, que contenga información sobre el nombre del medicamento, la pauta y la vía de administración. Es un proceso que requiere realizar una entrevista con el paciente y/o familiares y cuidadores (valorando la adherencia y obteniendo información de medicación que no requiere receta médica) y utilizar las mejores fuentes de información disponibles, tanto de atención primaria como hospitalaria, además de información sobre posibles ingresos hospitalarios y/o estancias en instituciones sociosanitarias.

La «mejor historia farmacoterapéutica posible» es la base sobre la que realizar la conciliación. Esta «mejor historia» se diferencia de una historia farmacoterapéutica usual en que requiere entrevistar al paciente (o a su familiar) y revisar todas las fuentes de información disponibles.

2. Detección y resolución de discrepancias con la medicación activa del paciente

Consiste en comparar la HFT previamente obtenida con la medicación prescrita tras la transición asistencial, detectando y resolviendo las discrepancias encontradas. Estas discrepancias se deben comentar con el prescriptor y resolverlas.

3. Comunicación de los cambios de prescripción y de la medicación resultante al siguiente responsable sanitario del paciente y al propio paciente.

Todos los pasos dados en esta intervención deben quedar registrados.

ELEMENTOS FACILITADORES^{6,7,8,11,14}

La conciliación es una estrategia de indudable valor pero compleja y no exenta de dificultades. Los problemas organizativos, la falta de recursos, herramientas y personal dificultan su implantación, incluso en modelos sanitarios líderes en este proceso, por lo que exige un compromiso decidido por parte de los gestores y de la administración. Sin embargo, existen elementos facilitadores, considerados por algunos autores como imprescindibles, para su puesta en marcha (ver tabla 2).

Tabla 2. Actividades facilitadoras

- Unificar las distintas fuentes de información sobre medicación (registros de prescripciones de atención primaria y especializada; medicación de dispensación hospitalaria; medicina privada, medicina alternativa, información del paciente y sus familiares; registros de dispensación de las farmacias, etc.) consiguiendo una única HFT ligada a dispensación electrónica.
- Disponer de registros electrónicos compartidos.
- Asegurar la calidad de los registros.
- Revisar la medicación, valorar la adherencia y plantear la deprescripción.
- Implicar al paciente y/o su cuidador/familiar.
- Promover la responsabilidad compartida entre todos los profesionales implicados (médicos de atención primaria, de hospital, farmacéuticos de hospital y de atención primaria, farmacia comunitaria, enfermería, etc.), definiendo roles, trabajando de forma coordinada e integrando el proceso de conciliación en los flujos de trabajo de cada ámbito.
- Asegurar canales de comunicación entre los distintos profesionales implicados en la atención del paciente.
- Estandarizar la recogida de datos en el proceso de conciliación.
- Proporcionar formación específica.

El módulo de prescripción informatizada Presbide-SUPRE (herramienta de prescripción común para todos los niveles asistenciales), ya implantado totalmente en atención primaria y salud mental e iniciada su extensión en el ámbito hospitalario, permitirá una disminución de los errores de conciliación siempre que las historias farmacoterapéuticas de los pacientes se encuentren convenientemente revisadas y actualizadas. En caso contrario, puede llevar a una falsa sensación de seguridad.

La mayoría de estrategias, estudios y experiencias de conciliación se han llevado a cabo a nivel hospitalario. Sin embargo, la vulnerabilidad del paciente no solo aumenta cuando se ve sometido a transiciones asistenciales hospitalarias (ingresos, altas o atención en urgencias). Las múltiples consultas a distintos profesionales de la salud en el medio ambulatorio, los cambios de domicilio, el acceso a la medicina privada, las estancias temporales en residencias, etc., exigen también la implicación de la atención primaria en la estrategia de conciliación. La atención primaria juega un papel fundamental en este proceso por ser uno de los eslabones de mayor accesibilidad para el paciente y disponer de una visión integral del mismo y de su entorno socio-familiar.

CONCLUSIONES

- Las discrepancias de medicación en las transiciones asistenciales colocan al paciente en una situación de riesgo de sufrir efectos adversos e ingresos hospitalarios evitables.
- El objetivo final de la conciliación es desarrollar un proceso que permita disponer de una historia farmacoterapéutica del paciente lo más precisa, completa y actualizada posible, común a todos los profesionales sanitarios implicados en cada transición asistencial del paciente, con el objetivo de evitar efectos adversos por medicamentos.
- Para lograr este objetivo resulta imprescindible contar con el compromiso y el apoyo de los gestores y de la administración, dado que la conciliación es un proceso complejo, que requiere importantes recursos, involucra a múltiples profesionales y además exige una reorientación en la actual forma de trabajar compartimentada para lograr una atención cohesionada y centrada en el paciente.

Fuentes de información sobre conciliación

Adaptado de Medication Reconciliation International websites. Disponible en:

<http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/02/International-Medication-Reconciliation-Websites1.pdf>

Instituto para el uso seguro de medicamentos

<http://www.ismp-espana.org/>

El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos es la delegación española del Institute for Safe Medication Practices (ISMP), organización multidisciplinar sin ánimo de lucro dedicada a promover la seguridad y mejorar la calidad del proceso de utilización de los medicamentos. Su finalidad es prevenir los errores de medicación y reducir los acontecimientos adversos por medicamentos.

Dispone de una publicación sobre conciliación. Boletín nº 34 (2011): Recomendaciones para la prevención de errores de medicación ISMP-España. Disponible en:

<http://www.ismp-espana.org/ficheros/Bolet%C3%ADn%20n%C2%BA%2034%20%28Diciembre%202011%29.pdf>

Sociedad Catalana de Farmacia Clínica

<http://www.scfarmclin.org/>

Sociedad científica integrada por profesionales de las ciencias de la salud, principalmente farmacéuticos, de distintos ámbitos de la profesión.

Ha elaborado en 2010 una Guía para la implantación de programas de conciliación en centros sanitarios. Disponible en: http://www.scfarmclin.org/docs/conciliacio/conciliacion_medica_cat.pdf

Canadian Safer Healthcare Now! Medication Reconciliation Initiative

<http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/medrec/Pages/default.aspx>

Iniciativa canadiense sobre conciliación de medicamentos del Instituto de Seguridad del Paciente. Además de aportar información sobre la iniciativa, dispone de materiales de apoyo para iniciar programas de conciliación en distintos ámbitos asistenciales (ingreso, servicios hospitalarios, al alta, en urgencias y en la comunidad), así como herramientas de auditoría.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care

<http://www.safetyandquality.gov.au/our-work/medication-safety/medication-reconciliation/>

Material diverso del programa australiano de conciliación: formularios para registro, videos, posters, presentaciones en diapositivas destinados a profesionales y folletos para pacientes.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&o=11897>

Guía sobre conciliación de medicación en el ingreso hospitalario elaborada en colaboración por el Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica y la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

<http://www.ahrq.gov/qual/match/>

Material basado en la web Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH), apoyado por la Agencia de Investigación y Calidad de Estados Unidos (AHRQ). Proporciona información sobre cómo mejorar el proceso de conciliación desde la planificación, realización de prueba piloto, estrategia de implementación y fase de evaluación.

Institute for Health Care Improvement

<http://www.ihc.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Measures>

Amplio material procedente de la campaña "Proteger 5 millones de vidas" que incluye una guía para poner en marcha un proceso de conciliación, además de folletos educativos, artículos y material para realizar seguimiento.

Society of Hospital Medicine MARQUIS program

<http://www.hospitalmedicine.org/Content/NavigationMenu/QualityImprovement/QIResourceRooms2/MARQUIS/MedicationReconcili.htm>

Material proveniente del proyecto MARQUIS, proyecto sobre conciliación, multicéntrico, de tres años de duración, llevado a cabo por la Sociedad de Medicina Hospitalaria de Estados Unidos. Dispone de herramientas para implementar un proceso de conciliación al ingreso y al alta hospitalaria.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx

En los programas de acreditación 2014 para hospitales y centros de asistencia ambulatoria se plantea la conciliación de la medicación en el apartado 3º de mejora de uso seguro de medicamentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/eu/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
2. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud: APEAS 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
3. Lo L, Kwan J, Fernandes OA, Shojania KG. Chapter 25. Medication Reconciliation Supported by Clinical Pharmacists (NEW) AHRQ 2013. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Comparative Effectiveness Review No. 211. (Prepared by the Southern California-RAND Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10062-I.) AHRQ Publication No. 13-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2013. Disponible en: www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuotp.html
4. Fernandes OA, Shojania KG. Medication Reconciliation in the hospital. What, Why, Where, When, Who and How? Healthcare Quarterly. 2012; 15. Special Issue: 42-49. Disponible en: <http://www.longwoods.com/content/22842>
5. How-to Guide: Prevent Adverse Drug Events by Implementing Medication Reconciliation. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Disponible en: <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuidePreventAdverseDrugEvents.aspx>
6. Gleason KM, Brake H, Agramonte V, Perfetti C. Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Toolkit for Medication Reconciliation. (Prepared by the Island Peer Review Organization, Inc., under Contract No. HSA2902009000 13C.) AHRQ Publication No. 11(12)-0059. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Revised August 2012. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/match/match.pdf>
7. Rodríguez G, Rosich I. Conciliación de la medicación. Capítulo 2. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: Información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. SEFAP 2012. Disponible en: <http://issuu.com/sefap/docs/sefap/1>
8. Roure C. Conciliación de la medicación: una herramienta necesaria para garantizar la continuidad asistencial y mejorar la seguridad del paciente. Butlletí d'informació terapèutica. 2010;22(4):19-26. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/Medicaments/Professionals/Butlletins/Boletin_Informacion_Terapeutica/Documents/Arxiu/BIT_v22_n04e.pdf
9. Medication Reconciliation at Discharge: A Review of the Clinical Evidence and Guidelines, 2012. Rapid Response Report. Summary with critical appraisal. CADTH. Disponible en: <http://www.cadth.ca/media/pdf/htis/april-2012/RC0339%20-%20Medication%20Reconciliation%20Final.pdf>
10. Institute for Safe Medication Practices Canada. Medication reconciliation in acute care. Getting Started Kit. 2011. Safer healthcare now. Disponible en: [http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/medrec/Documents/Acute%20Care/MedRec%20\(Acute%20Care\)%20Getting%20Started%20Kit.pdf](http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/medrec/Documents/Acute%20Care/MedRec%20(Acute%20Care)%20Getting%20Started%20Kit.pdf)
11. Duguil M. The importance of medication reconciliation for patients and practitioners. Aust Prescr. 2012;35(1):15-9. Disponible en: <http://www.australianprescriber.com/magazine/35/1/issue/163.pdf>
12. 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(5 Part 2): 397-403. Disponible en: <http://annals.org/article.aspx?articleid=1656444>
13. Medicines Reconciliation. A guide to implementation. National Prescribing Center. 2008. National Institute for Health and Clinical Excellence and National Patient Safety Agency. Disponible en: http://www.npc.nhs.uk/improving_safety/medicines_reconciliation/resources/reconciliation_guide.pdf
14. Bravo R, Caballero N. Conciliación de la medicación en el paciente polimedcado. En Curso Polimedcación y Salud. Estrategias para el abordaje integral de los pacientes polimedcados. Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedcación y Salud. Disponible: <http://www.polimedcado.com/>

Fecha de revisión bibliográfica: diciembre 2013

Es de gran importancia que se notifiquen a la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco las sospechas de reacción adversa a los nuevos medicamentos. La notificación se puede realizar a través de OSABIDE, del formulario de notificación on line de la intranet de Osakidetza, rellenando la tarjeta amarilla o a través de la nueva web de la AEMPS: <https://www.notificaRAM.es>

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazialaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME / MIEZ - tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpuru, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Arrate Bengoa, Idoia Camarón, Saioa Domingo, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^º José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISSN: 1575054-X