

Millora de la seguretat del pacient mitjançant programes de conciliació de la medicació

Cristina Roure¹, Maria Queralt Gorgas², Carles Codina³

¹Servei de Farmàcia. Consorci Sanitari de Terrassa. Secretaria de la Junta de la Societat Catalana de Farmàcia Clínica (SCFC);

²Servei de Farmàcia. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell; ³Corporació Sanitària Clínic. Barcelona.

Nota: Aquest estudi ha estat finançat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya en el marc de l'Aliança per a la Seguretat dels Pacients.

Antecedents i introducció

Els sistemes sanitaris s'enfronten actualment a un repte en la millora de la seguretat que supera en magnitud i complexitat als existents en qualsevol altra activitat. L'antic sistema de seguretat basat exclusivament en la infal·libilitat individual dels professionals ha fracassat, tal com mostra l'informe *To err is human: Building a safer health system* de l'*Institute of Medicine* dels EUA¹. Aquesta estratègia, abandonada fa ja molt de temps per altres sectors més segurs com l'aviació o la indústria nuclear, ha de ser substituïda per un nou paradigma: hem de ser capaços de redissenar els nostres processos i construir un sistema sanitari més segur².

Els errors de medicació són la primera causa d'iatrogenia als hospitals, tal com mostren estudis clàssics com el *Harvard Medical Practice Study*, realitzat en hospitals de Nova York a finals de la dècada dels 80³, o l'estudi ENEAS realitzat a Espanya el 2005⁴, que va mostrar que fins al 9,3% dels pacients ingressats en un hospital pateix algun efecte advers relacionat amb l'atenció sanitària i en el 37,4% dels casos la causa és l'ús de medicaments.

Les deficiències en la comunicació de la informació són responsables de fins al 50% dels errors de medicació i de fins al 20% dels esdeveniments adversos a medicaments que es produeixen en els primers 30 dies després de l'alta^{5,6}. L'ingrés o l'alta hospitalària són processos complexos, amb freqüents relleus entre professionals i entre organitzacions, amb múltiples canvis en el pla

terapèutic i en un entorn de pressió, que posen el pacient en una situació de risc davant de possibles errors.

Entre el 54% i el 67% dels pacients que ingressen als hospitals tenen almenys una discrepància no justificada entre la medicació anotada a la història clínica i la que realment prenen al seu domicili⁷. S'estima que entre el 5% i el 12% d'aquests errors donen lloc a un esdeveniment advers de medicació que afecta significativament la salut del pacient⁸⁻¹⁰.

L'origen del problema rau en un dèficit d'estandardització dels processos i procediments, d'assignació de responsabilitats i de documentació adequada del procés de recollida d'informació sobre la medicació del pacient prèvia a l'ingrés, de l'avaluació d'aquesta informació i de la posterior prescripció de nova medicació. Per això, la solució passa per la implantació d'un procés formal i estandarditzat d'obtenció de la llista completa de la medicació prèvia del pacient, la comparació sistemàtica de cadascun dels medicaments amb la nova prescripció activa i l'anàlisi i resolució de les discrepàncies trobades. Aquest procés sistemàtic, que es repeteix en cada etapa d'actualització de la medicació, s'anomena conciliació de la medicació (CM)^{11,12}.

El concepte de CM va néixer als EUA a principis de la darrera dècada. L'elevada prevalença d'errors de medicació relacionats amb defectes de comunicació va fer reaccionar les organitzacions líders en la promoció de la seguretat del pacient com la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), l'Organització Mundial de la Salut (OMS) o l'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI). Des de l'any 2005, la JCAHO inclou en la seva acreditació un nou estàndard de seguretat relacionat amb aquest problema, el *National Patient Safety Goal* número 8, que exigeix a les organitzacions sanitàries que estableixin programes de CM i que els apliquin de forma sistemàtica en totes les transicions assistencials¹¹. Els programes de CM han demostrat ser una estratègia útil capaç de reduir els errors de CM el 42% - 90%¹³⁻²⁰, però la seva implantació no és un procés fàcil ni ràpid.

Correspondència: Cristina Roure
Servei de Farmàcia. Consorci Sanitari de Terrassa
Carretera de Torrebonica, s/n
08227 Terrassa
Tel. 937 310 007
Adreça electrònica: croure@cst.cat

Aquest tipus de programes està relativament generalitzat als EUA i a Canadà i ja l'any 2007 el 78,3% dels centres sanitaris realitzaven activitats de CM²¹. A Catalunya i a Espanya la situació és ben diferent. L'any 2008 l'*Institute for Safe Medication Practices* (ISMP Espanya) i el *Ministerio de Sanidad y Consumo* varen publicar un estudi d'avaluació de la seguretat dels sistemes d'utilització de medicaments en 105 hospitals, el 19% dels quals eren catalans²². A la pregunta sobre si s'utilitzava sistemàticament un procediment estàndard per conciliar els medicaments que el pacient prenia abans de l'ingrés amb els medicaments prescrits a l'ingrés i a l'alta, la mitjana en la resposta va ser de només un 28,1% del valor màxim possible.

L'any 2007, l'Aliança per a la Seguretat dels Pacients a Catalunya va plantejar, juntament amb la Societat Catalana de Farmàcia Clínica (SCFC), un projecte associat per promoure el desenvolupament de programes pilot de conciliació de la medicació que després poguessin ser adoptats per altres i recollir l'experiència acumulada per aquestes experiències pioneres en una guia de recomanacions que facilités la implantació de programes similars als centres sanitaris catalans. El projecte, anomenat "Millora de la Seguretat del Pacient mitjançant Programes de Conciliació de la Medicació" va ser coordinat pel Departament de Salut, la Fundació Avedis Donabedian i l'SCFC.

Objectiu

Desenvolupar una metodologia per a la implantació de programes de conciliació de la medicació als centres sanitaris. Per desenvolupar aquest objectiu general es van plantejar tres objectius específics:

1. Contribuir al coneixement de quina és la realitat del nostre entorn respecte a la continuïtat en la farmacoteràpia dels pacients durant l'hospitalització, mitjançant la realització d'un estudi multicèntric d'errors de conciliació.

2. Desenvolupar un programa pilot de conciliació de la medicació en dues àrees quirúrgiques de dos hospitals diferents en condicions reals (amb els equips de professionals i els recursos disponibles en el nostre entorn).

3. Elaboració d'una guia per a impulsar i instaurar programes i pràctiques de seguretat en la conciliació dels tractaments dels pacients en els centres sanitaris.

Mètode

Objectiu 1. Metodologia

Estudi multicèntric de conciliació en un grup de pacients mèdics de risc.

– Tipus d'estudi. Estudi observacional prospectiu d'errors de conciliació de la medicació a l'ingrés i a l'alta de l'hospital.

– La població de l'estudi era un grup de pacients de risc amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i/o insuficiència cardíaca (ICC). Els criteris d'inclusió van ser:

- Descompensació i/o agudització d'insuficiència cardíaca (GRD 428.0) i/o de l'MPOC (GRD 491.21) com a diagnòstic d'ingrés en els serveis de medicina interna, pneumologia o cardiologia.

- Edat igual o superior a 65 anys.

Els pacients amb demència, malaltia mental o incapacitat per a entendre l'estudi varen ser exclosos.

– Grandària de la mostra. Es va calcular partint de la hipòtesi que el percentatge de malalts amb errors de conciliació de la medicació que es produeixen a l'ingrés a l'hospital seria del 50% en la situació estadística més desfavorable, amb una precisió del 5% i un nivell de confiança del 95% (error alfa de 0,05% bilateral). Es va calcular que es necessitaria recollir dades de 384 malalts en total.

Les definicions utilitzades van ser les següents:

- Discrepància: qualsevol diferència entre la medicació que el pacient prenia habitualment abans de l'ingrés i la que se li prescrivia durant l'ingrés.

- Discrepància no justificada o error de conciliació: qualsevol discrepància que no quedava explicada per les condicions clíniques del pacient o no estava justificada a la història clínica i que, un cop aclarida amb el metge, es confirmava que no era intencionada.

- Discrepància justificada: discrepància que quedava explicada per les condicions del pacient o bé que quedava explicada quan es consultava amb el metge.

Les variables de l'estudi van ser:

- Nombre de pacients amb un o més errors de conciliació.

- Nombre d'errors de conciliació/pacient.

- Classificació de les intervencions farmacèutiques. Es va utilitzar la classificació del programa ISOFAR.

Objectiu 2. Metodologia. Implantació d'un programa pilot de conciliació de la medicació en dos hospitals catalans

Es tractava d'un projecte pilot d'implantació d'un programa de conciliació de la medicació a l'ingrés i a l'alta de l'hospital, circumscrit a dos serveis concrets de dos hospitals catalans de característiques ben diferents. L'Hospital Universitari Vall d'Hebron (Hospital 1) és un gran hospital de referència, de titularitat pública, que pertany a l'Institut Català de la Salut, amb una organització jerarquitzada. L'Hospital de Barcelona SCIAS (Hospital 2) és un hospital d'una grandària mitjana, de titularitat privada sense ànim de lucre, amb una organització no jerarquitzada amb un equip obert de més de 1.000 facultatius. També les unitats quirúrgiques seleccionades i els programes de CM presentaven característiques i problemàtiques diferents: una unitat de cirurgia general i digestiva amb un programa centrat en pacients procedents d'urgències a l'Hospital 1, i una unitat de cirurgia ortopèdica i traumatològica (COT) amb un programa centrat en pacients programats a l'Hospital 2.

Ambdós hospitals van plantejar un programa de CM en suport paper, no informatitzat. Per dur a terme la CM en pacients quirúrgics, els dos hospitals van utilitzar el protocol de maneig de la medicació crònica en el període perioperatori de l'SCF, disponible a la web de la societat esmentada (www.scfarmclin.org), que estableix la conducta recomanada per a cada tipus de medicació, en relació a la conveniència de mantenir-la o suspendre-la abans, durant i després de la intervenció quirúrgica.

– Població inclosa al programa:

• Hospital 1. Malalts que ingressaven procedents d'urgències en les unitats de cirurgia general i digestiva de la planta 4^a que prenguessin alguna medicació abans de l'ingrés.

• Hospital 2. Tots els pacients que ingressaven de forma programada en la unitat UH10 de COT amb una estada prevista superior o igual a 3 dies i que prenguessin alguna medicació abans de l'ingrés.

– Descripció del procés de CM:

• Hospital 1. A l'Hospital Vall d'Hebron el procés començava a Urgències on el cirurgià, a partir de la informació obtinguda en l'entrevista amb el pacient, anotava al full de conciliació tota la medicació que prenia abans de l'ingrés amb la data i hora de la darrera dosi i indicava si s'havia de suspendre o bé mantenir a l'ingrés (Figura 1). En un altre apartat del full de conciliació, que

també servia d'imprès d'ordres mèdiques a l'ingrés, prescrivia la medicació relacionada amb el problema d'ingrés. A la Unitat d'Hospitalització, la infermera confirmava i completava, en cas que fos necessari, la informació recollida a Urgències i enviava el full a Farmàcia on es completava el procés de CM a l'ingrés i es registrava també la CM en el postoperatori, en cas que el pacient fos intervingut, i a l'alta hospitalària.

• Hospital 2. A l'Hospital de Barcelona el procés l'iniciava la infermera que anotava en el full de valoració del pacient a l'ingrés la medicació que el pacient prenia i la data i hora de la darrera dosi. A partir d'aquesta informació al Servei de Farmàcia es feia una proposta de conciliació de la medicació crònica a l'ingrés que es registrava en el sistema informàtic en forma d'ordres mèdiques condicionades a la posterior confirmació pel metge responsable del pacient. El farmacèutic registrava les eventuais discrepàncies així com les intervencions farmacèutiques realitzades en un full de CM. Aquest procés es realitzava també abans de l'alta hospitalària en un altre full de CM (Figura 2).

En ambdós casos es va fer una avaluació de la situació de partida i una revaluació després de la implantació del programa de CM. La variable avaluada va ser el percentatge de pacients amb un o més errors de conciliació de la medicació a l'ingrés i a l'alta amb els mateixos criteris descrits per a l'objectiu 1. A l'Hospital 1 es va fer també l'avaluació del percentatge de pacients amb error de conciliació en el postoperatori.

Objectiu 3. Metodologia.

Elaboració d'una guia per a la implantació de programes de conciliació de la medicació en els centres sanitaris.

Per a l'elaboració de la guia es van buscar professionals amb experiència en la implantació de programes de CM. Amb aquest objectiu, es va comptar amb l'experiència adquirida pel grup de professionals implicat en l'objectiu 2 d'aquest mateix projecte i la d'altres professionals de reconegut prestigi i experiència en conciliació de la medicació, que es van encarregar de la coordinació.

El pla de treball va ser el següent:

- Creació de l'equip de treball i de redacció de la guia
- Cerca i revisió bibliogràfica
- Elaboració del guió provisional
- Elaboració de normes de redacció
- Guió definitiu
- Creació d'equips de redacció per temes
- Redacció dels capítols
- Homogeneïtzació i redacció del document final
- Correcció del document final
- Traducció i correcció en català i castellà
- Edició en paper
- Presentació i difusió de la guia al territori

Vall d'Hebron Hospital Servei de Farmàcia

No és vàlid sense la signatura del metge

Primer cognom: NOM 1
Segon cognom: COOMM 2
Nom: COOMM 3
Ll: 412-1 NHC: 11222

NASS: D. M. J. S.
Servei: II. Infermeria

Prescripcions mèdiques

Al·lèrgies: A NC

Medicament	Dos	Freqüència	Via	Observacions	INCI
IMPRES DE CONCILIACIÓ DE LA MEDICACIÓ HABITUAL					
Med, dosi, freq, via	Stop Cont. (data)	Ultima dosi (data, hora)	Conciliació Igual	Ing.	Post Alta -IQ
AAS 300 mg/d	21/10/08	19/11/08, 11h	✓	X	
SIMVASTATINA 40mg/d	21/10/08	19/11/08, 20h	✓	X	
CARVEDILOL 6,25mg/d	21/10/08	19/11/08, 11h	✓	X	
AMLODIPINO 5mg/dia	21/10/08	19/11/08, 11h	✓	X	
FILOSEMIDA 40 mg/dia	21/10/08	21/10/08, 10h	✓	X	
MADO PARL 250 mg/dia	21/10/08	21/10/08, 10h	✓	X	
NITRODERM C124h pegat	21/10/08	21/10/08, 9h	✓	X	
OMEPRANOL 20mg/dia	21/10/08	19/11/08, 14h	✓	X	

Metge: Escat
Infermera: Lola
Farmacèutic/a:

Observacions infermera sobre medicació habitual:
NITRODERM 15 MG → DOSIS.

Altres prescripcions a l'ingrés:
Glucosali 2000ml 124h + 1 CLK c/s
Pantopazol 40mg/24h i.v. - #Furo semicla 1amp/dia i.v.
Mekambol 25/1CBH } al·lèrgics
Pantalgan 1gr/1CBH } - SNG en aspiració intermitent
Celexone 40mg/24h SC

Data: 21/11/09 Hora: 19h Signatura: [Signatura]
Cognoms i nom del metge: Escat Núm. de col·legiat: 3333
EXEMPLAR PER AL SERVEI DE FARMÀCIA

FIGURA 1. Full de conciliació de la medicació a l'Hospital 1

Resultats

Objectiu 1. Estudi multicèntric de conciliació en un grup de pacients mèdics de risc.

Es van incloure en l'estudi 388 pacients procedents de 9 hospitals que es detallen a la Taula 1. Els resultats de l'estudi de conciliació es mostren a la Taula 2. El percentatge de pacients amb un o més errors de conciliació al llarg de tot el procés d'hospitalització va ser del 33,2%, amb una mitjana de 0,57 errors per pacient. El 25,5% dels

pacients va presentar algun error de conciliació a l'ingrés (0,38 errors per pacient) i el 14,7% a l'alta (0,19 errors per pacient).

Dels 388 pacients revisats, 151 (39%) varen ser objecte d'alguna intervenció farmacèutica; la intervenció farmacèutica va ser acceptada pel metge en 171 (78%) dels 220 errors detectats.

Objectiu 2. Implantació d'un programa pilot de conciliació de la medicació en dos hospitals catalans.

Tal com es mostra a la Taula 3, el programa va permetre disminuir els errors de conciliació a l'ingrés del pacient i en el postoperatori. Els percentatges de pacients amb errors de conciliació de la medicació a l'ingrés es van reduir el 27% a l'Hospital 1 i el 30% a l'Hospital 2. El percentatge de pacients amb errors de conciliació al postoperatori també es va reduir en un 53% després de la implantació del programa a l'Hospital 1. Tant en el

CONCILIACIÓ DE LA MEDICACIÓ A L'INGRÉS											N.º
Identificació del malalt: Inicials; n.º de H.C.; n.º de cas; habitatge		Data/hora conciliació		Metge responsable							
Medicament de la MLPMI		Discrepàncies			tipus / justificació		Intervencions farmacèutiques		PRMs		
	Dosí	Via	Freqüència	Justificada	Justificada no documentada	No justificada	comentari	Comunicació al metge de la intervenció	Valoració de la gravetat		
									POTENCIALS	PRODUCTS	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											

CONCILIACIÓ DE LA MEDICACIÓ AL ALTA											N.º
Fecha/hora conciliación		Médico responsable									
Identificación del paciente											
Medicación crónica del paciente al ingreso			Discrepancia		Justificación de la discrepancia			Intervención farmacéutica			
	Via	Dosis	Frecuencia	No discrepancia	Justificada	Justificada no documentada	No justificada				
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
Medicación activa del paciente en el momento del alta											
Medicación activa del paciente en el momento del alta			Discrepancia		Justificación de la discrepancia			Intervención farmacéutica			
	Via	Dosis	Frecuencia	No discrepancia	Justificada	Justificada no documentada	No justificada				
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
TOTALES											

Comparar la medicación del informe de alta con estas dos listas

FIGURA 2. Fulls de conciliació de la medicació a l'ingrés i a l'alta a l'Hospital 2

TAULA 1. Pacients inclosos a l'estudi multicèntric d'errors de conciliació

Centre	Nombre de pacients inclosos
Hospital Clínic. Barcelona	111
Hospital Sant Bernabé. Berga	84
Parc Hospitalari Martí i Julià. Salt	43
Hospital de Vic	39
Hospital Arnau de Vilanova. Lleida	33
Hospital de Palamós	32
Hospital Mútua de Terrassa	14
Hospital de Mora d'Ebre	25
Hospital del Vendrell	7
Total	388

TAULA 2. Resultats de l'estudi multicèntric d'errors de conciliació (pacients revisats: 388)

Percentatge de pacients amb 1 o més errors de conciliació	N.º pacients amb errors de conciliació	%
A l'ingrés	99	25,5
A l'alta	57	14,7
A l'ingrés o a l'alta	129	33,2
Errors de conciliació per pacient revisat	N.º errors de conciliació	Errors/pacient
A l'ingrés	148	0,38
A l'alta	72	0,19
Total	220	0,57

TAULA 3. Percentatge de pacients amb un o més errors de conciliació de la medicació abans i després de la implantació dels programes de conciliació als hospitals 1 i 2

	Abans de la implantació del programa	Després de la implantació del programa	RRR*
A l'ingrés a l'hospital			
Hospital 1	73	53	27
Hospital 2	84	58	30
En el postoperatori			
Hospital 1	64	30	53
A l'alta hospitalària			
Hospital 1	100	90	10
Hospital 2	90	91	-0,8

* RRR: Reducció relativa del risc.

moment de l'ingrés com en el postoperatori, quan el pacient inicia la tolerància oral, disposar de la llista de la medicació habitual va mostrar ser una eina útil per disminuir els errors de conciliació.

En canvi, el programa de conciliació va fracassar en els dos centres pel que fa a la conciliació a l'alta del pacient, ja que només es va reduir el percentatge de pacients amb errors el 10% a l'Hospital 1 i no va tenir cap efecte a l'Hospital 2.

La majoria dels errors de conciliació eren d'omissió (Taula 4). En la majoria dels pacients amb errors a l'ingrés o en el postoperatori, el problema consistia en que se susprenien tots els medicaments quan el pacient ingressava i s'endarreriria la represa un cop el pacient recuperava la via oral després de la intervenció o bé no s'utilitzaven alternatives parenterals en cas d'intolerància oral. En el cas dels errors a l'alta hospitalària, el problema va ser la prescripció genèrica de la medicació crònica amb frases del tipus "continuar la seva medicació habitual", sense especificar en una llista única la totalitat dels medicaments que el pacient havia de seguir prenent al seu domicili.

Objectiu 3. *Elaboració d'una guia per a la implantació de programes de conciliació de la medicació.*

La "Guia per a la implantació de programes de conciliació de la medicació en els centres sanitaris" (Figura 3) es pot descarregar des de gener de 2009 del portal web de l'SCF (http://www.scfarmclin.org). Posteriorment es va editar una edició en paper i el maig de 2010, conjuntament amb el Departament de Salut, es va fer la presentació oficial a les regions sanitàries de Barcelona, Lleida, Tarragona i Girona. En cadascun d'aquests quatre actes, la presentació del document per part del Departament de Salut i l'SCF es va acompanyar d'exposicions d'experiències de conciliació de la medicació desenvolupades a diversos centres de Catalunya entre els anys 2009 i 2010, seguint les recomanacions de la guia.

TAULA 4. Tipus d'errors de conciliació de la medicació als hospitals 1 i 2

	Hospital 2		Hospital 1	
	n	%	n	%
Total errors de conciliació	286		182	
Errors a l'ingrés	47	16	33	18
Omissions	45	96	25	76
Comissions	0		0	0
Medicament	0		1	3
Error posològic	2	4	7	21
Errors al postoperatori	-	-	11	6
Omissions	-		10	91
Comissions	-		0	0
Medicament	-		0	0
Error posològic	-		1	
Errors a l'alta	239	84	138	76
Omissions	231	96	130	94
Comissions	4	2	8	6
Medicament	0	0	0	0
Error posològic	4	2	0	0

Discussió i conclusions

Els estudis publicats mostren percentatges de pacients amb errors de conciliació a l'ingrés que van des del 20,3% al 80% (24-34). Aquest ampli rang de valors és a causa de la diferent metodologia utilitzada en la conciliació del tractament i al tipus de malalts participants, mèdics o quirúrgics. En el nostre estudi, el percentatge de pacients amb errors de conciliació a l'ingrés (25,5%) es troba en el rang inferior dels resultats publicats^{7,26,27,29}. Això pot ser degut, en part, al tipus de malalts participants (MPOC i ICC) en els quals la medicació prescrita a l'ingrés és la mateixa que prenen crònicament.

A l'alta vàrem trobar un 14,7% de pacients amb errors de conciliació, xifra inferior als percentatges dels estudis publicats en la literatura (31%-41%)^{1,27} per les mateixes raons assenyalades anteriorment.

El nombre d'errors de conciliació per pacient revisat oscil·la en la literatura de 0,93 a 4,4 discrepàncies/pacient a l'ingrés i de 0,86 a 1,2 discrepàncies/pacient a l'alta, dades una mica superiors a les del nostre estudi^{23-26,31}.

Del total de 220 errors de conciliació detectats, en el 78% el metge va acceptar la recomanació del farmacèutic. Aquesta xifra és molt superior a la reportada per Lessard²⁵ i Vira¹ (40% i 46%, respectivament) i similar a la de Gleason²⁶ (71,13%). Aquest resultat fa pensar que el farmacèutic té una labor molt important a fer en aquesta àrea.

El nostre estudi presenta certes limitacions com és el fet que la mostra estudiada era petita, pertany únicament a dues patologies i no es va poder garantir un criteri d'avaluació completament homogeni en la conciliació del tractament en tots els pacients.



FIGURA 3. Portada de la *Guia per a la implantació de programes de conciliació de la medicació als centres sanitaris*

La implantació dels programes de CM als hospitals va resultar molt complicada i lenta. Aquest fet no és sorprenent i coincideix plenament amb l'experiència expressada per altres autors pioners en la implantació d'aquest tipus de programes als EUA³². Varem atribuir la dificultat principalment al fet que es va implantar sense una dotació específica de recursos materials ni personals ni per part del servei de farmàcia ni de l'equip mèdic ni d'infermeres. No obstant això, el fet que el programa s'implantés en condicions reals de funcionament de l'hospital, amb els recursos habitualment disponibles, feia més probable que aconseguís establir-se en la rutina de l'hospital que si s'hagués realitzat amb una dotació especial de recursos que no pogués mantenir-se una vegada finalitzat l'estudi. D'altra banda, els programes van permetre revisar el circuit de prescripció de la medicació habitual durant l'hospitalització, identificant els

punts crítics, i iniciar accions de millora per assegurar la continuïtat del tractament habitual durant l'ingrés.

Per últim, queda clar que el programa no va servir per aconseguir que es realitzés correctament la conciliació a l'alta del pacient en el nostre projecte. Les dificultats per conèixer el moment exacte de l'alta hospitalària van complicar la participació del farmacèutic en el procés. Es fa necessari algun altre tipus d'intervenció amb una major implicació de tots els professionals per solucionar el problema de la conciliació de la medicació en l'alta hospitalària. La CM ha de ser un objectiu i una responsabilitat compartida per tots els professionals sanitaris, incorporant-la a totes les activitats que realitzen diàriament. En aquest escenari, a la Regió Sanitària Barcelona es va introduir un objectiu en el contracte de serveis de 2009 amb els proveïdors d'atenció especialitzada per tal de promoure els processos de conciliació terapèutica a l'ingrés i a l'alta, que s'havien de dur a terme en un termini màxim de 2 anys. També l'any 2009 es va publicar el "Document de consens per a l'elaboració de l'informe d'alta en especialitats mèdiques", que indica que a l'informe d'alta ha de quedar èxplicit què es fa amb el tractament previ del pacient i ha de descriure el tractament complet del pacient amb la totalitat dels fàrmacs actius³³. Però, tal com assenyalen els autors del document, això no resulta fàcil. Per fer-ho possible serà necessari:

- Millorar la qualitat dels registres de medicació activa dels pacients (registres complets i acurats).
- Disposar de registres sanitaris electrònics compartits i accessibles per part de tots els proveïdors sanitaris i millorar la interoperabilitat dels sistemes d'informació d'atenció primària i dels hospitals.
- Impulsar el desenvolupament d'eines informàtiques de conciliació de la medicació a l'ingrés i a l'alta hospitalària.

Aquests objectius no es podran assolir sense la implicació de tots els col·lectius de professionals que participen en el procés i sense el compromís dels gestors i de l'Administració. Hem de ser capaços de transformar un procés d'ús de la medicació fragmentat i centrat en els professionals o en les organitzacions en un procés d'atenció centrat en el pacient que garanteixi la continuïtat assistencial a tot el sistema sanitari. Això només serà possible amb una nova cultura de seguretat i de millora continua, redissenyant els processos, avaluant-los i millorant-los amb l'objectiu de construir un sistema sanitari cada cop més segur, en el qual cometre un error sigui molt més difícil.

Nota d'agraïments

Volem donar el nostre agraïment a Josefina Camós, Emília de Puig, Carme López, Francesc Páez, Ramón Pla, Joan Antoni Schoenenberger, Palmira Jolonch, Julio Martínez, David López, Olga Delgado, Laia Robert, Ana Ayestarán, Milagros García i Margarita Garau per la seva col·laboració en el projecte.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: Building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.
2. Leape L, Woods D, Bates D. Promoting patient safety by preventing medical error. *JAMA*. 1998;280:1444-7.
3. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991;324:377-84.
4. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS 2005). Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; febrero de 2006.
5. ISMP. Medication safety alert acute care. 2005 April 21 issue. Disponible a: <http://www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/20050421.asp>. Accés el mes de març de 2010.
6. Rozich J, Resar R. Medication safety: One organization's approach to the challenge. *Qual Manag Health Care*. 2001;8(10):27-34.
7. 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.
8. 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.
9. Leape L, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety. Evidence based medicine meets patient safety. *JAMA*. 2002;288:501-7.
10. Layde PM, Cortes LM, Teret SP, Brasel KJ, Kuhn EM, Mercy JA, et al. Patient safety efforts should focus on medical injury. *JAMA*. 2002;287(15):1993-7.
11. Rich DS, editor. JCAHO. Medication reconciliation handbook. 1a. ed. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission Resources; 2006.
12. IHI. Protecting 5 million lives from harm campaign. Getting started kit: Prevent adverse drug events (medication reconciliation). How-to guide. Institute for Healthcare Improvement; 2007; Disponible a: <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/98096387-C903-4252-8276-5BFC181C0C7F/0/ADEHowtoGuide.doc>. Accés el 4 d'abril de 2011.
13. Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(2):122-6.
14. 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 Jan;30(1):5-14
15. 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.
16. Michels RD, Meisel SB. Program using pharmacy technicians to obtain medication histories. *Am J Health Syst Pharm*. 2003 Oct 1;60(19):1982-6.
17. Van der Bemt P, Van der Broek S, Van Nunen A, Harbers J. Medication reconciliation performed by pharmacy technicians at the time of preoperative screening. *Ann Pharmacother*. 2009;43:868-74.
18. Weingart S, Cleary A, Seger A, Eng T, Saadeh M, Gross A, et al. Medication reconciliation in ambulatory oncology. *Jt Comm J Qual Saf*. 2007;33:750-7.
19. Pronovost P, Weast B, Schwarz M, Wyskiel RM, Prow D, Milanovich SN, et al. Medication reconciliation: a practical tool to reduce the risk of medication errors. *J Crit Care*. 2003;18(4):201-5.
20. Murphy EM, Oxencis CJ, Klauck JA, Meyer DA, Zimmerman JM. Medication reconciliation at an academic medical center: Implementation of a comprehensive program from admission to discharge. *Am J Health-Syst Pharm*. 2009;66:2126-31.
21. Pedersen CA, Gumpfer KF. ASHP national survey on informatics: Assessment of the adoption and use of pharmacy informatics in U.S. hospitals - 2007. *Am J Health Syst Pharm*. 2008 Dec 1;65(23):2244-64.
22. Otero MJ, Martín MR, Castaño B, Palomo L, Cajaraville G, Cocina C, et al. Evaluación de las prácticas de seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007). *Med Clin Monogr (Barc)*. 2008;131(Supl 3):39-47.
23. 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 Feb 28;165(4):424-9.
24. Lizer MH, Brackbill ML. Medication history reconciliation by pharmacists in an inpatient behavioral health unit. *Am J Health Syst Pharm*. 2007 May 15;64(10):1087-91.
25. Lessard S, DeYoung J, Vazzana N. Medication discrepancies affecting senior patients at hospital admission. *Am J Health Syst Pharm*. 2006 Apr 15;63(8):740-3.
26. 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 Aug 15;61(16):1689-95.
27. Montesinos Ortí S, Soler Company E, Rocher Milla A, Ferrando Piqueres R, Ruiz del Castillo J, Ortiz Tarín I. Resultados de un proyecto de control y adecuación del tratamiento médico habitual tras el alta quirúrgica. *Cir Esp*. 2007 Dec;82(6):333-7.
28. Burda SA, Hobson D, Pronovost PJ. What is the patient really taking? Discrepancies between surgery and anesthesiology preoperative medication histories. *Qual Saf Health Care*. 2005 Dec;14(6):414-6.
29. Roure C, López D, Casasín T, Martínez EM, Masip M, Domínguez P, et al. Intervenció del farmacèutic en la millora del maneig perioperatori de la medicació habitual dels pacients quirúrgics. Barcelona: Col·legi de Farmacèutics de Barcelona; 2007.
30. Moriel MC, Pardo J, Catalá RM, Segura M. Estudio prospectivo de conciliación de medicación en pacientes de traumatología. *Farm Hosp*. 2008;32:65-70.
31. Pickrell L, Duggan C, Dhillon S. From hospital admission to discharge: An exploratory study to evaluate seamless care. *Pharmac J*. 2001;267:650-3.
32. ISMP Survey on medication reconciliation. Horsham: Institute for Safe Medication Practice; 2006.
33. Conthe Gutiérrez P, García Alegría J, Pujol Farriols R, Alfageme Michavilla I, Artola Menéndez S, Barba Martín R, et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. *Med Clin (Barc)*. 2010;134(11):505-10.