

RECOMENDACIONES SOBRE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CRÓNICOS



Edita:

© MINISTERIO DE SANIDAD

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

CENTRO DE PUBLICACIONES

PASEO DEL PRADO, 18 - 28014 Madrid

NIPO en línea: 133-22-145-7

<https://cpage.mpr.gob.es/>

Titularidad

Dirección General de Salud Pública

Ministerio de Sanidad

Paseo del Prado, 18-20

28071 Madrid

Este documento ha sido encargado por el Ministerio de Sanidad a la Fundación Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León (IBSAL), dentro del contrato expediente nº 202107CM0034

Comité Científico

María José Otero López

Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. IBSAL-Hospital Universitario de Salamanca

Yolanda Agra Varela

Subdirección General de Calidad Asistencial. Ministerio de Sanidad

Nuria Prieto Santos

Subdirección General de Calidad Asistencial. Ministerio de Sanidad

María Pilar García García

Servicio de Farmacia. IBSAL-Hospital Universitario de Salamanca

Antonio Javier Chamorro Fernández

Servicio de Medicina Interna. IBSAL Hospital Universitario de Salamanca

Judit García Aparicio

Servicio de Medicina Interna. IBSAL Hospital Universitario de Salamanca

María Pilar Astier Peña

Centro de Salud Universitat. Zaragoza

Julio Las Heras Mosteiro

Subdirección General de Calidad Asistencial. Ministerio de Sanidad

Comité Técnico de Expertos

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC): *María Pilar Astier Peña*

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG): *Isabel Egocheaga Cabello*

Sociedad Española de Farmacia de Atención Primaria (SEFAP): *Esther Amado Guirado*

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen): *Juan Gabriel García Ballesteros, Vicente Olmo Quintana y Laura Aliaga Gutiérrez*

Sociedad Española de Farmacia Cínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC): *Ana Molinero Crespo*

Comunidades Autónomas

Comité Institucional de la Estrategia de Seguridad del Paciente

Andalucía: *Elvira Eva Moreno Campoy y Paloma Trillo López*
Aragón: *Kevin Bliet Bueno*
Asturias: *Sara Mérida Fernández y María Belén Suarez Mier*
Baleares: *Marta Torres Juan*
Canarias: *María Paloma García de Carlos y Nuria Bañón Morón*
Cantabria: *José Luis Teja Barbero y Patricia Corro Madrazo*
Castilla y León: *Tomás Maté Enríquez*
Castilla-La Mancha: *Sonia Cercenado Sorando y Félix Alcázar Casanova*
Cataluña: *Laura Navarro Vila y Gloria Oliva Oliva*
Comunidad Valenciana: *María José Avilés Martínez*
Extremadura: *Manuel García Toro*
Galicia: *Olga Roca Bergantiños y María José López Pimentel*
Madrid: *Alberto Pardo Hernández y Cristina Navarro Royo*
Murcia: *José Eduardo Calle Urra*
Navarra: *Aránzazu Elizondo Sotro*
La Rioja: *Pilar Sáenz Ortiz*
País Vasco: *María Luisa Iruretagoyena Sánchez y Enrique Peiró Callizo*
INGESA: *María Antonia Blanco Galán*

Comité Institucional de la Estrategia de Cronicidad

Andalucía: *Inmaculada Vázquez Cruz y Nieves Lafuente Robles*
Aragón: *Mabel Cano del Pozo y Luis Gómez Ponce*
Asturias: *Oscar Suarez Álvarez y Milagros Bada*
Baleares: *Estefanía Serratusell Sabater*
Canarias: *Maila Pérez Mendoza, Rita Tristancho Ajamil y Hilda Sánchez Janáriz*
Cantabria: *Trinidad Valle Madrazo y Abraham Delgado*
Castilla-La Mancha: *Begoña Fernández Valverde*
Castilla y León: *María Ángeles Guzmán Fernández y Lydia Salvador*
Cataluña: *Sebastià Santauegènia González y Juan Carlos Contell*
Comunidad Valenciana: *María Amparo García Layunta y Pablo Rodríguez Martínez*
Extremadura: *Asunción Campos Cangas*
Galicia: *María Sinda Blanco Lobeiras*
La Rioja: *Yolanda Montenegro Prieto*
Madrid: *Carmen García Cubero y David Rodríguez Morales*
Murcia: *Pedro Pérez López e Inmaculada Castro Rodríguez*
Navarra: *Javier Lafita Tejedor*
País Vasco: *Joseba Igor Zabala Rementeria*
INGESA: *Aurora Peña López*

Asociaciones de Pacientes

Plataforma de Organizaciones de Pacientes: *Carina Escobar y Ana Castellanos*
Foro de Organizaciones de Pacientes: *Andoni Lorenzo*

Índice

Resumen	5
Abstract	8
Antecedentes	11
Métodos	13
Análisis de situación	19
- Iniciativas internacionales sobre la continuidad de la medicación en las transiciones asistenciales en atención primaria	19
- Iniciativas en España sobre conciliación de la medicación en atención primaria	20
Conciliación de la medicación en atención primaria	23
Prácticas seguras de conciliación de la medicación en atención primaria	26
I. Principios en los que se basan las prácticas recomendadas	26
II. Prácticas seguras de conciliación de la medicación	27
Anexos:	
1. Publicaciones seleccionadas en la revisión bibliográfica	35
2. Medicamentos de alto riesgo para pacientes crónicos	43
3. Discrepancias y errores de conciliación	44
4. Herramienta 5 Momentos clave para la utilización segura de los medicamentos	46
Referencias	47

RESUMEN

Recomendaciones sobre Conciliación de la Medicación en Atención Primaria en Pacientes Crónicos

Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó en 2017 el tercer reto mundial de seguridad del paciente “Medicación sin daño”, en el que recomienda establecer actuaciones de mejora de la seguridad de la medicación en tres áreas prioritarias: las transiciones asistenciales, la polimedición inapropiada y las situaciones de alto riesgo. Posteriormente, en su 74ª Asamblea Mundial celebrada en 2021 adoptó el “Plan de Acción Global para la Seguridad del Paciente 2021-2030”, que incide en la necesidad de implantar medidas para mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos, centradas en las recomendaciones recogidas en el tercer reto “Medicación sin daño”.

Las transiciones asistenciales constituyen puntos críticos con un elevado riesgo de que se produzcan errores por fallos o discrepancias en la transmisión de la información sobre los tratamientos que reciben los pacientes. Estos errores pueden llegar a causar daños y tener un alto impacto especialmente en los pacientes y familiares, pero también en los profesionales que se ven implicados en los mismos y en la organización. La conciliación de la medicación es una práctica que se ha desarrollado con el objetivo de mejorar la comunicación y reducir los errores de medicación en las transiciones asistenciales, y así garantizar que el paciente recibe en cada momento la medicación correcta a lo largo de todo su recorrido asistencial. Es un proceso estructurado y multidisciplinar, que implica tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes y sus familiares o cuidadores, para lograr que la información que se transmite sobre la medicación en los puntos de transición sea precisa, completa y segura.

En España, el Ministerio de Sanidad, desde la “Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud” y posteriormente desde la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad” del Sistema Nacional de Salud”, ha impulsado numerosas iniciativas para que los centros sanitarios establezcan prácticas seguras de conciliación de la medicación, especialmente en pacientes crónicos polimedificados. Entre otras, en 2019 promovió la elaboración de un documento de consenso sobre “Recomendaciones de Prácticas Seguras en la Conciliación de la Medicación al Alta Hospitalaria en Pacientes Crónicos”.

La atención primaria, como eje vertebrador del Sistema Nacional de Salud, atiende de forma integrada y continua a los pacientes, coordinándose con otros ámbitos asistenciales. Por este motivo, es esencial que la conciliación de la medicación se realice de forma adecuada en las transiciones asistenciales con la atención primaria para asegurar una continuidad asistencial de calidad y segura.

Con el fin de disponer también de unas recomendaciones consensuadas en el Sistema Nacional de Salud para abordar la conciliación de la medicación en la atención primaria, se planteó la elaboración de este documento de “**Recomendaciones sobre conciliación de la medicación en atención primaria en pacientes crónicos**”, orientado especialmente a pacientes crónicos polimedificados. Su finalidad es reducir los errores de medicación y los eventos adversos en las transiciones asistenciales, en consonancia con los objetivos establecidos por la OMS.

Métodos

La elaboración de este documento con recomendaciones sobre conciliación de la medicación en atención primaria incluyó las siguientes etapas:

- Realización de una búsqueda bibliográfica para identificar posibles prácticas seguras a incluir en el documento, en las bases de datos MedLine, EMBASE, Scopus y Web of Science. Además, se realizó una búsqueda manual en las páginas web de agencias gubernamentales, organismos dedicados a la seguridad y sociedades científicas.

De forma complementaria, para conocer la situación en España de la conciliación de la medicación en atención primaria se efectuó una segunda búsqueda en MedLine, EMBASE, Scopus y Web of Science sobre estudios de errores de conciliación en este ámbito. También se solicitaron a las Comunidades Autónomas documentos, protocolos o recomendaciones sobre este tema.

- Elaboración de un borrador de recomendaciones con prácticas seguras en la conciliación de la medicación por el ISMP-España y el Ministerio de Sanidad.
- Revisión del borrador por representantes de las Comunidades Autónomas, expertos en uso seguro del medicamento, profesionales clínicos y pacientes.
- Elaboración de un documento definitivo de consenso incorporando los comentarios recibidos y revisión del mismo por el Ministerio de Sanidad.

Resultados

A través de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos de documentos de consenso, directrices, recomendaciones o revisiones sobre conciliación en atención primaria, se recuperaron 36 publicaciones. En la búsqueda manual en páginas web se identificaron 26 documentos. Sólo se recuperaron 3 artículos sobre errores de conciliación tras el alta hospitalaria en atención primaria llevados a cabo en España, en la búsqueda en bases de datos. Estos estudios corroboraron la necesidad de establecer programas de conciliación de la medicación en atención primaria para los pacientes polimedicados, particularmente cuando son dados de alta del hospital.

Las prácticas de conciliación de la medicación comenzaron a implantarse en el ámbito hospitalario, fomentadas por organismos de seguridad de todo el mundo, que desarrollaron guías prácticas y herramientas para facilitar su establecimiento en los centros sanitarios. Posteriormente, se han puesto en marcha otras iniciativas dirigidas a establecer intervenciones de seguimiento después del alta y en las transiciones asistenciales con la atención primaria.

La conciliación de la medicación es una práctica bien definida y estandarizada. El proceso de conciliación en atención primaria consta de cuatro etapas: 1) obtener una “lista o historia completa de la medicación del paciente”, utilizando las fuentes de información disponibles y realizando una entrevista estructurada al paciente y/o sus familiares o cuidadores, para conocer la medicación que está tomando; 2) comparar esta historia con la medicación prescrita que consta en la última transición asistencial y en la historia clínica, e identificar posibles discrepancias; 3) resolver las discrepancias y obtener una lista con la medicación

conciliada; y 4) comunicar los cambios al paciente y/o sus familiares o cuidadores, proporcionándoles una lista con su medicación completa y actualizada, y verificar que comprenden el tratamiento.

Se ha recogido una relación de prácticas seguras recomendadas, que se han estructurado en 4 secciones:

1. Organización, recursos, responsabilidades y formación.

Incluye cinco prácticas generales dirigidas a las organizaciones sobre los requisitos necesarios para implementar la conciliación: establecimiento de un procedimiento normalizado; disponibilidad de recursos tecnológicos para conocer la historia de medicación de los pacientes y para facilitar el proceso de conciliación; y disponibilidad de recursos humanos suficientes, con asignación de funciones y responsabilidades, y con una formación adecuada para realizar esta actividad.

2. Proceso de conciliación de la medicación.

Recoge cuatro prácticas que están relacionadas con las distintas etapas del proceso de conciliación, las cuales se describen. También se indican otras intervenciones complementarias que permiten reducir los errores en pacientes polimedicados y que se recomienda implementar en colaboración con todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes.

3. Participación del paciente y familiares o cuidadores.

Destaca la importancia de que los pacientes y sus familiares o cuidadores estén involucrados en el proceso de conciliación de la medicación y que dispongan de una lista actualizada de su medicación y la lleven consigo siempre que soliciten asistencia sanitaria.

4. Evaluación y seguimiento del proceso.

Se incide en la necesidad de que la organización evalúe periódicamente el grado de implantación del proceso de conciliación y sus resultados, para que, en caso necesario, establezca medidas de mejora.

Conclusiones

Es esencial establecer prácticas de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales en atención primaria, con el fin de reducir los errores de medicación y garantizar que los pacientes reciben en cada momento la medicación correcta a lo largo de todo el proceso asistencial.

Las prácticas seguras recogidas en el documento priorizan la implantación de la conciliación en los pacientes crónicos polimedicados al alta hospitalaria o tras ser atendidos en urgencias, dado que los errores en estos puntos de transición tienen un alto impacto en los pacientes y familiares.

Estas prácticas deben ser aplicadas junto con otras intervenciones dirigidas a mejorar la seguridad de la medicación en los pacientes polimedicados, especialmente la revisión estructurada del tratamiento, y deben lograr la participación de los pacientes, con el fin de lograr los objetivos planteados en el tercer reto de la OMS "Medicación sin daño".

ABSTRACT

Recommendations on Medication Reconciliation in Primary Care in Chronic Patients

Background

The World Health Organization (WHO) launched in 2017 the third global patient safety challenge “Medication without Harm”, in which it recommends establishing actions to improve medication safety in three priority areas: transitions of care, inappropriate polymedication, and high-risk situations. Subsequently, at its 74th World Assembly held in 2021, it adopted the “Global Patient Safety Action Plan 2021-2030”, which emphasizes the need to implement measures to improve medicine use safety, focused on the recommendations collected in the third "Medication without Harm" challenge.

Transitions of care are critical points with a high risk of errors due to failures or discrepancies in the in the transmission of information about the treatments that patients receive. These errors can cause harm and have a high impact, especially on patients and families, but also on the professionals involved and on the organization. Medication reconciliation is a practice that has been developed in order to improve communication and reduce these errors, thus guaranteeing that patients consistently receive their medications correctly during the whole healthcare process. This is a structured, multidisciplinary process, which involves both healthcare professionals and patients and their families or caregivers, to ensure that the information transmitted regarding medications at transition points is accurate, complete and safe.

In our country, the Ministry of Health from the “Patient Safety Strategy for the National Health System” and the “Strategy for Addressing Chronicity in the National Health System” has promoted numerous initiatives for healthcare centers to establish safe medication reconciliation practices, especially in chronic polymedicated patients. In 2019, it promoted the elaboration of a consensus document on “Recommendations of Safe Practices for Medication Reconciliation at Hospital Discharge in Chronic Patients”.

Primary care, as the cornerstone of the National Health System, provides integrated and continuous care to patients in coordination with other care settings. For this reason, it is essential that medication reconciliation be also carried out in the transitions of care in primary care to ensure quality and safe continuity of care.

In order to also have consensus recommendations in the National Health System to address medication reconciliation in Primary Care, the preparation of this document on "**Recommendations on medication reconciliation in Primary Care in chronic patients**" was proposed, especially aimed at chronic polymedicated patients. Its aim is to reduce medication errors and adverse events in care transitions, in line with the objectives established by the WHO.

Methods

To create this document with recommendations for safe practices for medication reconciliation in chronic patients, the following stages were followed:

- A structured literature search in MedLine, EMBASE, Scopus and Web of Science databases was carried out to identify possible safe practices to be included in the document. Besides, a manual search was performed on the websites of government agencies, safety organizations and scientific societies.

Additionally, a second search was made in MedLine, EMBASE, Scopus and Web of Science for studies on medication reconciliation errors in this setting in order to find out the situation in Spain. Documents, protocols or recommendations on this subject were also requested from the Autonomous Communities.

- Drafting of a set of recommendations with safe practices in medication reconciliation by ISMP-Spain and the Ministry of Health.
- Review of the draft by representatives of the Autonomous Communities, experts in medication safety, clinicians and patients.
- Preparation of the final consensus document incorporating the comments received and its review by the Ministry of Health.

Results

Through the bibliographic search in databases of consensus documents, guidelines, recommendations or reviews on reconciliation in primary care, 36 publications were retrieved. In the manual search on web pages, 26 documents were identified. Only 3 articles on medication reconciliation errors after hospital discharge in primary care carried out in Spain were retrieved in the database search. These studies corroborated the need to establish medication reconciliation programs in Primary Care particularly for polymedicated patients discharged from hospital.

Medication reconciliation practices were first implemented in hospital settings and promoted by worldwide safety organizations that developed practical guidelines and tools to facilitate reconciliation practices in healthcare centers. Subsequently, other initiatives were launched to establish follow-up interventions after discharge and in transitions to Primary Care.

Medication reconciliation is a well-defined and standardized practice. The reconciliation process in Primary Care consists of four steps: 1) obtaining a "complete list or history of the patient's medications", using available sources of information and conducting a structured interview with the patient and/or their family members or caregivers, to finding out what medications they are taking; 2) comparing this history with the patient's prescribed medications recorded in the most recent care transition and in the clinical history, and identifying possible discrepancies; 3) resolving discrepancies and obtaining a reconciled medication list; and 4) communicating changes to the patient and/or family members or

caregivers, providing them with a complete and updated medication list, and verifying that they understand treatment.

A list of recommended safe practices has been compiled and structured into 4 sections:

1. Organization, resources, responsibilities and training.

This includes five general practices addressed to organizations on the requirements for implementing reconciliation: establishing a standardized procedure; making technological resources available that provide complete information regarding patients' medication history and facilitate the reconciliation process; and having available sufficient human resources with roles and responsibilities assigned, and adequate training to carry out this activity.

2. Medication reconciliation process.

This includes four practices that are related to the various stages of the reconciliation process as described. Other complementary interventions are also indicated to reduce errors in polymedicated patients, for whom implementation with all professionals involved in patient care is recommended.

3. Participation of the patient and family or caregivers.

Highlight the importance to patients and their families or caregivers of being involved in the medication reconciliation process and having an updated list of medications that patients carry with them whenever they request healthcare assistance.

4. Evaluation and monitoring of the process.

The need for the organization to periodically evaluate the degree of implementation of the work-life balance process and its results is emphasized, so that, if necessary, improvement measures can be established.

Conclusions

It is essential to establish medication reconciliation practices in care transitions to Primary Care in order to reduce medication errors and ensure that patients receive the correct medication at all times throughout the entire care process.

The safe practices included in the document prioritize the implementation of reconciliation in polymedicated chronic patients at hospital discharge or after being attended in the emergency department, given that errors at these transition points have a high impact on patients and their families.

These practices should be applied together with other interventions aimed at improving medication safety in polymedicated patients, especially the structured medication review, and should involve the participation of patients, in order to achieve the objectives set out in the third WHO challenge "Medication without harm".

ANTECEDENTES

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** lanzó en marzo de 2017 el tercer reto mundial de seguridad del paciente **“Medicación sin daño”**, en el que recomienda establecer actuaciones de mejora de la seguridad de la medicación en tres áreas prioritarias: las transiciones asistenciales, la polimedición inapropiada y las situaciones de alto riesgo^{1,2}. Estas áreas están asociadas con un riesgo elevado de que se produzcan errores de medicación que causen daños a los pacientes, por lo que si se actúa eficazmente en dichas áreas, será más factible reducir los eventos adversos evitables causados por los medicamentos. Posteriormente, la OMS en su 74ª Asamblea Mundial celebrada en 2021 adoptó el **“Plan de Acción Global para la Seguridad del Paciente 2021-2030”**³, cuyo objetivo es proporcionar una dirección estratégica para eliminar los daños evitables en la atención sanitaria y mejorar la seguridad del paciente en todos los países del mundo. Este Plan incluye una estrategia específica que incide en la necesidad de implantar medidas para mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos, centradas en las recomendaciones recogidas en el tercer reto “Medicación sin daño”.

Las **transiciones asistenciales** o traslados de pacientes entre diferentes ámbitos asistenciales o servicios constituyen puntos críticos con un elevado riesgo de que se produzcan errores por fallos o discrepancias en la información sobre los tratamientos que reciben los pacientes. Estos errores pueden llegar a causar daños y tener un alto impacto especialmente en los pacientes y familiares, pero también en los profesionales que se ven implicados en los mismos y en la organización⁴. La **conciliación de la medicación** es una práctica que se ha desarrollado con el objetivo de mejorar la comunicación y reducir los errores de medicación en las transiciones asistenciales, y así garantizar que el paciente recibe en cada momento la medicación correcta a lo largo de todo el proceso asistencial^{5,6}. Es un proceso estructurado y multidisciplinar, que implica tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes y sus familiares o cuidadores, para lograr que la información que se transmite sobre la medicación en los puntos de transición o traspaso asistencial sea precisa, completa y segura.

En España, el Ministerio de Sanidad ha impulsado el establecimiento de prácticas seguras de conciliación de la medicación durante las transiciones asistenciales desde la **“Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud”**⁷ y la **“Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud”**^{8,9}, especialmente en pacientes crónicos polimedificados. Además, el Ministerio de Sanidad promovió la implantación de prácticas de conciliación en el marco de la acción conjunta “Red de la Unión Europea para la seguridad del paciente y la calidad asistencial (PaSQ)”¹⁰. Posteriormente, coordinó y financió la elaboración de un documento de consenso sobre **“Recomendaciones de Prácticas Seguras en la Conciliación de la Medicación al Alta Hospitalaria en Pacientes Crónicos”**¹¹. Se priorizó el alta, por considerarse el punto de transición más crítico en la continuidad de la medicación, donde los errores en la información proporcionada a los pacientes sobre la medicación que tienen que continuar tomando, y a los siguientes profesionales que les atienden, tienen una gran repercusión clínica y suponen una carga de morbilidad elevada para el Sistema Nacional de Salud (SNS). Asimismo, en España las Comunidades Autónomas, sociedades científicas y centros sanitarios han trabajado en conciliación de la medicación.

La medicación debe conciliarse en todas las transiciones asistenciales, no sólo en el hospital cuando los pacientes ingresan, son dados de alta o se trasladan de unidad. La atención primaria, como eje vertebrador del Sistema Nacional de Salud, atiende de forma integrada y continua a los pacientes, coordinándose con otros ámbitos asistenciales. Por este motivo, para asegurar una continuidad asistencial de calidad y segura, es esencial que la conciliación se realice también en las transiciones asistenciales con la atención primaria ¹², después de ingresos hospitalarios, visitas a urgencias, consultas hospitalarias, ingresos en centros sociosanitarios, traslados que se producen dentro del propio ámbito de la atención primaria, etc.

Con el fin de disponer también de unas recomendaciones consensuadas en el Sistema Nacional de Salud para abordar la conciliación de la medicación en la atención primaria, se planteó la elaboración de este documento de “Recomendaciones sobre conciliación de la medicación en atención primaria en pacientes crónicos”, orientado especialmente a pacientes crónicos polimedicados. Su finalidad es reducir los errores de medicación y los eventos adversos en las transiciones asistenciales, en consonancia con los objetivos establecidos por la OMS.

MÉTODOS

La elaboración de este documento con recomendaciones sobre conciliación de la medicación en atención primaria incluyó las siguientes etapas:

- Realización de una revisión bibliográfica para identificar posibles prácticas seguras sobre conciliación de la medicación en atención primaria a incluir en el documento, así como para analizar la situación de su implantación en España.
- Elaboración de un borrador de recomendaciones con prácticas seguras en la conciliación de la medicación por el ISMP-España y el Ministerio de Sanidad.
- Revisión del borrador por representantes de las Comunidades Autónomas, expertos en uso seguro del medicamento, profesionales clínicos y pacientes.
- Elaboración de un documento definitivo de consenso incorporando los comentarios recibidos y revisión del mismo por el Ministerio de Sanidad.

Revisión bibliográfica

1. Búsqueda sistemática de recomendaciones y prácticas seguras sobre conciliación de la medicación en atención primaria

Con el fin de identificar recomendaciones y prácticas seguras sobre conciliación de la medicación en atención primaria se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes fuentes de información:

- Bases de datos MedLine, EMBASE, Scopus y Web of Science.

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de documentos de consenso, directrices, recomendaciones o revisiones sobre conciliación de la medicación en las bases de datos MedLine, EMBASE, Scopus y Web of Science. Los descriptores y sintaxis utilizados fueron los siguientes:

➤ MedLine

```
((Clinical Conference[ptyp] OR Consensus Development Conference[ptyp] OR Consensus Development Conference, NIH[ptyp] OR Government Publication[ptyp] OR Guideline[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb] OR Technical Report[ptyp])) AND (("medication reconciliation"[MeSH Terms] OR ("medication"[Title/Abstract] AND "reconciliation"[Title/Abstract]) OR "medication reconciliation"[Title/Abstract]) OR "medication therapy management") AND (("Primary Health Care"[Mesh] OR "primary medical care") AND "Continuity of Patient Care"[Mesh]))
```

➤ **EMBASE**

('clinical conference' OR 'consensus development conference' OR 'government publication' OR guideline OR 'systematic review' OR 'metaanalysis') AND ('primary health care' OR 'primary medical care') AND ('continuity of patient care' OR 'patient care') AND ('medication reconciliation' OR 'medication therapy management')

➤ **Scopus**

(ALL ("clinical conference" OR "consensus development conference" OR "government publication" OR guideline OR "systematic review" OR "meta-analysis")) AND ALL ("primary health care" OR "primary medical care") AND ALL ("medication reconciliation" OR "medication therapy management") AND ALL ("continuity of patient care"))

➤ **Web of Science**

((TS=("clinical conference" OR "consensus development conference" OR "government publication" OR guideline OR "systematic review" OR "meta-analysis"))) AND TS=("primary health care" OR "primary medical care")) AND TS=("medication reconciliation" OR "medication therapy management")) AND TS=("patient care")

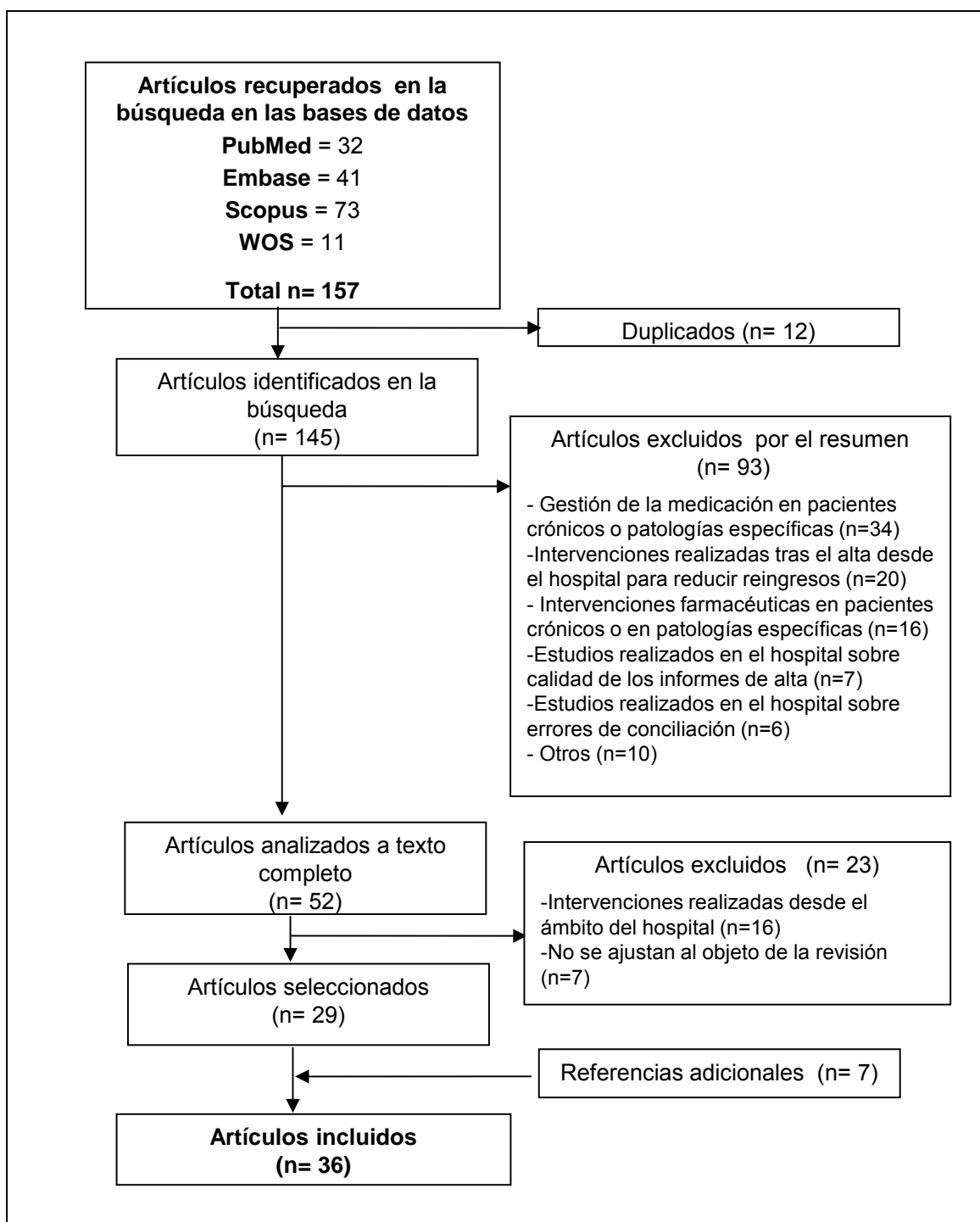


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de artículos en bases de datos sobre prácticas seguras y recomendaciones sobre conciliación de la medicación en atención primaria.

En la búsqueda bibliográfica se recuperaron un total de 145 referencias, una vez descartadas 12 por estar duplicadas. De estas referencias, se pudieron seleccionar inicialmente sólo 52 artículos a través de los *abstracts*, y de éstos, se seleccionaron un total de 29 artículos, una vez revisado el texto completo. Los motivos que motivaron la exclusión de los artículos fueron

principalmente no referirse al tema objeto de la revisión por recoger: gestión de la medicación en pacientes crónicos en general y/o con patologías específicas; intervenciones realizadas tras el alta desde el hospital para reducir eventos adversos y reingresos; intervenciones farmacéuticas en pacientes crónicos o en patologías específicas; estudios realizados en el hospital sobre calidad de los informes al alta o sobre errores de conciliación; y otros. La búsqueda se complementó con la revisión de las referencias de los artículos recopilados, que se utilizó para detectar otras publicaciones que no se habían encontrado previamente. La revisión final incluyó 36 artículos (**Figura 1**). Los documentos recopilados se recogen en el **Anexo 1**.

- Búsqueda en páginas web

Se realizó una búsqueda manual de documentos, informes y herramientas sobre recomendaciones o prácticas seguras en la conciliación de la medicación en las páginas web de agencias gubernamentales y organismos dedicados a la seguridad del paciente o de los medicamentos, así como de sociedades científicas.

A través de esta búsqueda se recogieron un total de 26 documentos con prácticas o recomendaciones referentes a conciliación de la medicación en general o en atención primaria. Los documentos recopilados se recogen en el **Anexo 1**.

2. Búsqueda sobre errores de conciliación de la medicación en atención primaria en España

Con el fin de conocer la prevalencia y tipo de los errores de conciliación que ocurren en la atención primaria en España, se efectuó una segunda búsqueda en las bases de datos MedLine, EMBASE, Scopus y Web of Science. Los descriptores y sintaxis utilizados fueron los siguientes:

➤ MedLine

```
("medication errors"[Mesh:noexp] OR ("medication"[Tiab] AND "errors"[Tiab]) OR ("medication"[Tiab] AND "Error"[Tiab]) OR "medication errors"[Tiab] OR "medication error"[Tiab]) AND ("medication reconciliation"[Mesh] OR ("medication"[Tiab] AND "reconciliation"[Tiab]) OR "medication reconciliation"[Tiab]) AND (("spain"[MeSH Terms] OR "spain"[Tiab] OR "spanish"[Lang])) AND (("Primary Health Care"[Mesh] OR "primary medical care")))
```

➤ EMBASE

```
spain AND reconciliation AND errors AND ('primary health care' OR 'primary medical care') AND medication
```

➤ **Scopus**

(AFFILCOUNTRY (spain) AND TITLE-ABS-KEY (reconciliation) AND TITLE-ABS-KEY (errors) AND TITLE-ABS-KEY (("primary health care" OR "primary medical care")) AND TITLE-ABS-KEY (medication))

➤ **Web of Science**

"error*" (Topic) and "reconciliation" (Topic) and spain (Topic) and "Primary Health Care" OR "primary medical care" (Topic) and medication

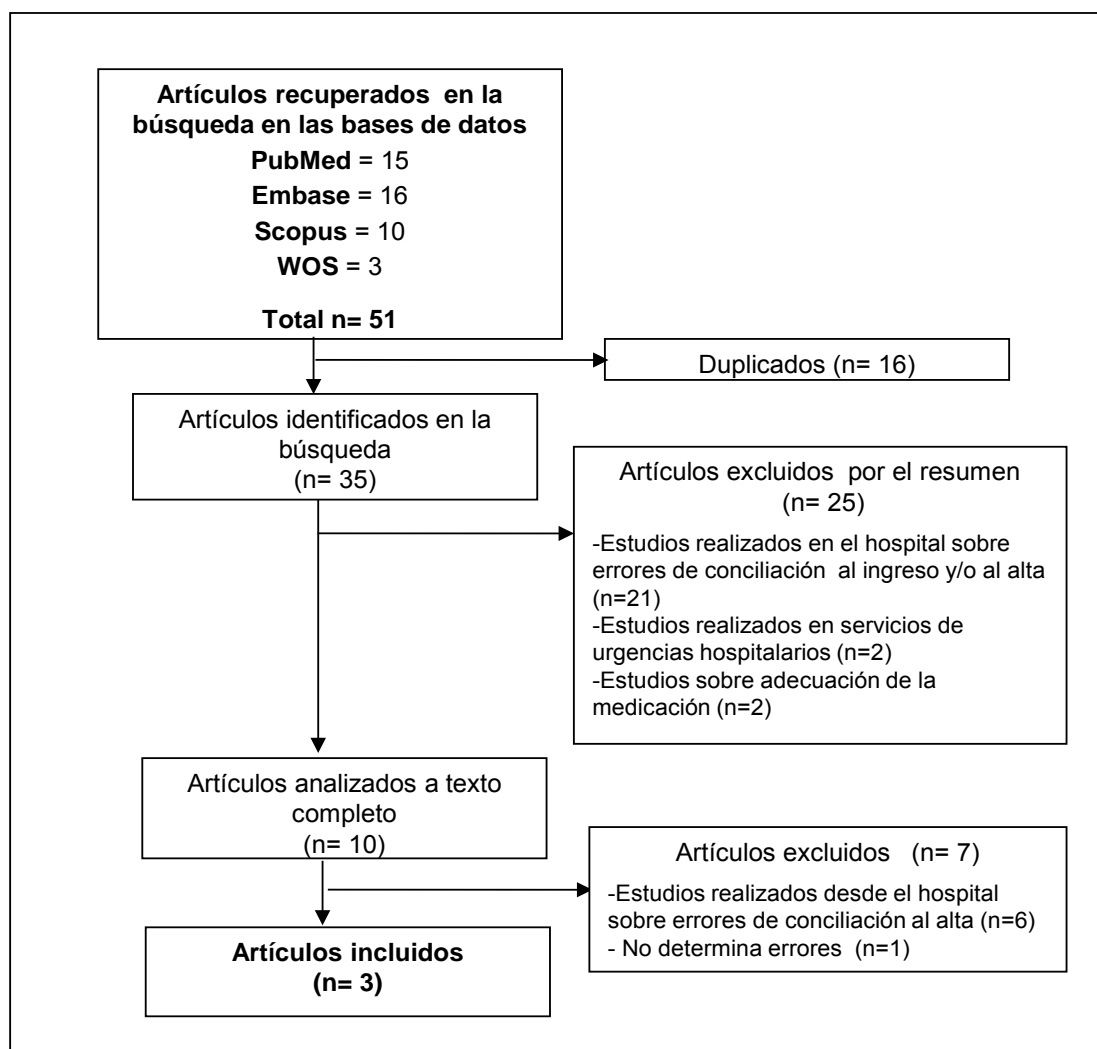


Figura 2. Diagrama de flujo de la selección de artículos en bases de datos sobre errores de conciliación de la medicación en atención primaria en España.

En esta búsqueda bibliográfica se recuperaron 35 publicaciones, una vez descartadas 16 por estar duplicadas. A través del título y resumen se recopilaron inicialmente 10 artículos, y posteriormente después de disponer del texto completo se seleccionaron solamente 3 (**Anexo 1**). Los motivos que determinaron la exclusión de la mayoría de los artículos fueron que se trataba de estudios realizados en el hospital sobre errores de conciliación al ingreso o alta hospitalaria, o en los servicios de urgencias hospitalarios.

Adicionalmente, para conocer las iniciativas llevadas a cabo sobre la conciliación de la medicación en atención primaria en España, se revisaron las estrategias de seguridad del paciente o planes de salud disponibles en las páginas web de las Comunidades Autónomas. Además se solicitaron a los responsables de seguridad del paciente de las Comunidades Autónomas documentos, protocolos o recomendaciones específicas sobre actuaciones desarrolladas para abordar la conciliación de la medicación en atención primaria. Los documentos recogidos se relacionan en el **Anexo 1**.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. Iniciativas internacionales sobre la continuidad de la medicación en las transiciones asistenciales en atención primaria

En el año 2003 se utilizó por primera vez el término “conciliación de la medicación”, a raíz de las observaciones que mostraban que cuando un paciente se trasladaba de un ámbito asistencial a otro se producían con frecuencia errores de medicación, por lo que se propuso que una estrategia para reducirlos podría consistir en “conciliar las prescripciones entre los dos puntos de transición”¹³. Desde entonces, diversos organismos en todo el mundo han abordado este problema y han recomendado implementar prácticas para conciliar la medicación, con el fin de reducir estos errores y mejorar la seguridad de los pacientes.

Las primeras iniciativas fueron abordadas en Estados Unidos por la *Massachusetts Coalition for Prevention of Medical Errors*¹⁴, que publicó las primeras recomendaciones con prácticas seguras para la conciliación, por la *Joint Commission*, que en 2005 incluyó como objetivo de los *National Patient Safety Goals* el desarrollo de procedimientos para conciliar la medicación a lo largo de la continuidad asistencial¹⁵, y por el *Institute for Healthcare Improvement* en varias campañas que llevó a cabo para prevenir los eventos adversos por medicamentos¹⁶. Asimismo la *Agency for Healthcare Research and Quality*¹⁷ y el *National Quality Forum*¹⁸ incorporaron esta práctica entre las prácticas de seguridad prioritarias a adoptar por las instituciones sanitarias para prevenir los errores asistenciales, teniendo en cuenta la evidencia de su efectividad y beneficio para los pacientes.

En Canadá cabe destacar el trabajo realizado por el *Institute for Safe Medication Practices (ISMP)* junto con el *Canadian Patient Safety Institute* y otras organizaciones canadienses que han desarrollado guías prácticas y herramientas de gran utilidad, para favorecer la implantación de la conciliación de la medicación en las instituciones sanitarias y para facilitar la participación activa de los pacientes¹⁹. También en muchos otros países, como Reino Unido, Nueva Zelanda, Australia, etc., se ha trabajado en el desarrollo de programas, recomendaciones y herramientas para promover la conciliación de la medicación²⁰⁻²².

La OMS incluyó la conciliación de la medicación entre las nueve primeras “Soluciones para la Seguridad del Paciente”, que lanzó en mayo de 2007²³. Después impulsó el proyecto *High 5s* en el que trabajaron el ISMP-Canada y la *Joint Commission* para promover la implantación de prácticas seguras de conciliación en 5 países (Australia, Francia, Alemania, Holanda y Estados Unidos)^{24,25}. Finalmente, como se ha mencionado, en el tercer reto mundial de seguridad del paciente “Medicación sin daño”, la OMS estableció que la prevención de los eventos adversos por medicamentos en las transiciones asistenciales constituye una de las áreas prioritarias en las que es preciso desarrollar intervenciones para mejora de la seguridad de los pacientes^{2,4}.

A lo largo de los primeros años, las iniciativas desarrolladas se centraron fundamentalmente en implementar prácticas de conciliación de la medicación al ingreso en el hospital y al alta hospitalaria. Posteriormente, las iniciativas se dirigieron también a poner en marcha diferentes

intervenciones de seguimiento después del alta, para evitar los reingresos hospitalarios, aunque en la mayoría de los casos dichas intervenciones se realizaban desde el ámbito hospitalario ²⁶⁻²⁸.

Paralelamente se han ido desplegando algunas iniciativas en atención primaria, entre las que cabe señalar el trabajo desarrollado en Inglaterra y Gales por el *National Institute for Clinical Excellence* que publicó en 2015 la guía “Optimización de los medicamentos” ²⁹ y en 2016 estableció un estándar de calidad sobre “Conciliación de la medicación en atención primaria” ³⁰. Este estándar establece que después del alta hospitalaria los pacientes tienen que disponer de una lista conciliada de la medicación en la historia de su médico de atención primaria antes de una semana o antes de que se les prescriba un nuevo medicamento.

La *Royal Pharmaceutical Society* ha colaborado con el *National Health Service* (NHS) en la instauración de las iniciativas anteriores, desarrollando diversos documentos y herramientas dirigidas a estandarizar y aplicar dichas prácticas ^{31,32}. También cabe mencionar que la red *Academic Health Science Network* (AHSN) ha apoyado la aplicación de la conciliación al alta en atención primaria a través del proyecto *Transfers of Care Around Medicine* (TCAM) ³³, que consiste en derivar al farmacéutico comunitario local a los pacientes que son dados de alta del hospital y que precisan un apoyo adicional con la medicación, a través de una plataforma digital. El farmacéutico elabora la lista de la medicación conciliada y ayuda al paciente con los cambios en el tratamiento, colaborando con el médico de primaria, que es quien coordina y actualiza la historia clínica del paciente. A raíz de este proyecto, en febrero de 2021, el *NHS Discharge Medicines Service* se introdujo como un servicio nacional esencial de las farmacias comunitarias en Inglaterra ³⁴.

Siguiendo el modelo inglés, en Escocia se han abordado diversas actuaciones dirigidas a efectuar la conciliación de los tratamientos en atención primaria ³⁵.

Finalmente, es preciso destacar también el trabajo realizado por la *Agency for Healthcare Research and Quality* ³⁶ y por el ISMP-Canadá ³⁷ que han desarrollado herramientas basadas en sus experiencias, para facilitar a las instituciones y profesionales sanitarios la puesta en marcha de prácticas de conciliación más allá del entorno hospitalario.

2. Iniciativas en España sobre conciliación de la medicación en atención primaria

En España, como ya se ha mencionado, el Ministerio de Sanidad ha impulsado a través de diversas actuaciones el establecimiento de prácticas seguras de conciliación durante las transiciones asistenciales. La “Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud” ⁷ recoge entre los objetivos específicos de la Línea estratégica 2 (Prácticas clínicas seguras) la necesidad de “promover la conciliación de los medicamentos durante las transiciones asistenciales” y de “impulsar el abordaje de iniciativas de mejora de la seguridad del uso de los medicamentos, especialmente en pacientes crónicos polimedicados”. El Ministerio de Sanidad también promovió la implantación de prácticas de conciliación en el marco de la acción conjunta PaSQ¹⁰, y posteriormente coordinó y financió la elaboración de un

documento de consenso sobre “Recomendaciones de Prácticas Seguras en la Conciliación de la Medicación al Alta Hospitalaria en Pacientes Crónicos”¹¹.

Asimismo, el Ministerio de Sanidad ha fomentado la conciliación de la medicación desde la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud”⁸, que recoge la necesidad de “garantizar la conciliación de la medicación en todas las transiciones asistenciales entre niveles y/o profesionales sanitarios”, dentro del objetivo 13 de “optimizar la terapia farmacológica en los pacientes con tratamientos crónicos, con especial atención a los pacientes polimedicados”. Cabe señalar que en el informe de evaluación de esta estrategia del año 2021⁹, dentro de las acciones prioritarias a reforzar, se establece que se deben “potenciar las acciones para una conciliación de la medicación de manera sistemática en las transiciones asistenciales de las personas con enfermedades crónicas”.

Las Comunidades Autónomas en sus estrategias de seguridad del paciente o planes de salud han promovido la realización de la conciliación de la medicación³⁸⁻⁵². Esta práctica se ha abordado fundamentalmente en el entorno hospitalario, aunque las líneas estratégicas establecidas más recientemente incluyen el ámbito de la atención primaria. También en los últimos años las Comunidades Autónomas están desarrollando programas de atención a los pacientes crónicos complejos o polimedicados, en los que se incluyen acciones para conciliar la medicación en atención primaria⁵³⁻⁶¹. Esta práctica no suele contemplarse de manera aislada en estos programas, sino ligada a otras intervenciones dirigidas a mejorar la seguridad del uso de los medicamentos, principalmente a la revisión periódica de la medicación, tal y como recomiendan la OMS⁴ y la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud”^{8,9}. El abordaje de estos programas requiere la participación de todos los profesionales implicados en la atención de estos pacientes. Se suele plantear la cooperación de los farmacéuticos o unidades de farmacia de atención primaria con los médicos responsables del proceso, para realizar estas intervenciones de forma eficiente.

La búsqueda realizada sobre errores de conciliación en atención primaria sólo permitió recoger tres estudios⁶²⁻⁶⁴, cuyos resultados se resumen brevemente en la **Tabla 1**. Dos de ellos, fueron realizados por la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa en pacientes polimedicados, en el marco de la PaSQ. En el primero, se comprobó que a un porcentaje elevado de pacientes que al alta tenían cambios en su medicación y que acudieron a atención primaria, no se les había actualizado su historia de tratamiento activo⁶². En el segundo, se analizaron las discrepancias en tres puntos distintos del paso del paciente por el sistema sanitario: al ingreso hospitalario, al alta en el hospital y después del alta en atención primaria⁶³. Se encontró un número elevado de discrepancias en los tres puntos de transición. El tercer artículo recuperado⁶⁴ recoge los resultados de un estudio realizado en la Estructura de Gestión Integrada de Vigo, dentro del Programa de Atención a Pacientes Crónicos Polimedicados del SERGAS⁵⁸, que incluye la conciliación al alta y la revisión del tratamiento. En este estudio se detectó una media de 1,4 problemas relacionados con los medicamentos por paciente después del alta hospitalaria.

Tabla 1. Resultados de estudios realizados en España sobre errores de conciliación en atención primaria ⁶²⁻⁶⁴.

Estudio	Pacientes	Punto de transición asistencial	Resultados
<i>Valverde-Bilbao et al, 2014</i> ⁶²	80 ≥ 5 medicamento	Después del alta en AP	<ul style="list-style-type: none"> Sólo se efectuaron los cambios indicados al alta hospitalaria en el tratamiento activo del paciente en el 61% de los pacientes que los precisaban.
<i>Valverde et al, 2016</i> ⁶³	77 65-74 años y ≥ 6 medicamentos	Ingreso y alta en AH, y tras el alta en AP	<ul style="list-style-type: none"> La media de discrepancias por paciente fue de 7,85 al ingreso; 3,67 al alta y 2,19 en atención primaria.
<i>Romero-Ventosa et al, 2018</i> ^{*64}	145 Datos de alta de Urología, Digestivo y Cirugía Vascul ar	Después del alta en AP	<ul style="list-style-type: none"> Tras conciliar y revisar el tratamiento tras el alta, se detectaron problemas relacionados con la medicación en el 65,5% de los pacientes.

AH: atención hospitalaria; AP: atención primaria.

* Este estudio se ha recogido en la tabla, aunque no determinó errores de conciliación.

Por último, cabe mencionar que el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos ha realizado los estudios Concilia Medicamentos ^{65,66}, para analizar la eficacia de un programa de conciliación de la medicación al alta hospitalaria coordinado por farmacéuticos de distintos niveles asistenciales. En el estudio Concilia Medicamentos 2 ⁶⁶, en el que se incluyeron 622 pacientes, se encontró que el 96,5% de los mismos presentaba al menos una discrepancia en su tratamiento al alta hospitalaria, con una media de 4,2 discrepancias por paciente, lo que pone de manifiesto de nuevo la necesidad de conciliar la medicación después del alta hospitalaria.

Aunque evidentemente son escasos los estudios encontrados en la búsqueda realizada, sus resultados corroboran la necesidad de establecer programas de conciliación de la medicación en atención primaria para los pacientes polimedicados que son dados de alta del hospital.

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

La conciliación de la medicación se definió inicialmente como “el proceso formal que consiste en obtener una lista completa y exacta de la medicación del paciente previo al ingreso y compararla con la que se le prescribe al ingreso, en los traslados y al alta. Si se encuentran discrepancias deben ser comentadas con el prescriptor y, si procede, deben ser corregidas. Los cambios realizados deben ser adecuadamente registrados y comunicados al siguiente profesional sanitario responsable del paciente y al propio paciente”⁵. Esta definición se refería sólo al proceso de conciliación en el hospital, ya que es en este ámbito donde se comenzó a aplicar esta práctica.

En los últimos años, conforme la práctica de la conciliación se ha ido extendiendo a otros ámbitos, la definición anterior se ha modificado para recoger su aplicación en todos los traslados del paciente que impliquen una actualización de su tratamiento. Actualmente se define como un proceso formal que requiere obtener una lista completa y exacta de todos los medicamentos que está tomando realmente el paciente; compararla con los nuevos medicamentos que se prescriben en cada transición asistencial, para resolver cualquier discrepancia, y de esta forma evitar duplicidades, omisiones y posibles interacciones; asegurar que este proceso se realiza en cada transición a lo largo de la continuidad asistencial; y que en todo momento está disponible una lista completa, exacta y actualizada con la medicación para el paciente o familiares y para todos los profesionales que le atienden, incluyendo los medicamentos que toma sin receta, plantas medicinales y otros productos^{4,6,67}. Es una práctica de seguridad que permite garantizar una continuidad asistencial sin fisuras y cuyo objetivo final es reducir los eventos adversos prevenibles por medicamentos.

La práctica de la conciliación es una práctica rigurosa y estandarizada que consta de una secuencia de actuaciones perfectamente establecidas. La **Figura 3** representa de forma esquemática el proceso de conciliación de la medicación en atención primaria^{37,68}. Una lista o historia completa de la medicación del paciente, llamada también “mejor historia de medicación posible” es la piedra angular de la conciliación^{4,36,37}. Difiere de una historia rutinaria de la medicación, en que su obtención requiere realizar una entrevista estructurada al paciente, familiares o personas cuidadoras, para conocer la medicación que realmente está tomando el paciente y, de esta manera, completar y verificar la información obtenida de otras fuentes de información. La entrevista al paciente supone un tiempo importante y la veracidad de la información depende de la capacidad y disposición del paciente, así como de mantener una comunicación adecuada y comprensible, pero es importante en el proceso de conciliación en atención primaria.^{37,68}

La historia completa de la medicación del paciente se debe comparar con la medicación prescrita en la última transición asistencial del paciente (tras un alta hospitalaria, atención en urgencias, consulta externa, etc.) y con la medicación activa en la historia clínica de atención primaria, y se deben identificar y resolver las posibles discrepancias, para asegurar que todos los cambios son intencionados, obteniéndose una “lista de medicación conciliada”. Todos los cambios se deben registrar en la historia clínica del paciente.

Por último, la lista de medicación conciliada o plan terapéutico se debe comunicar al paciente y/o familiares o cuidadores, y verificar que comprenden su tratamiento.

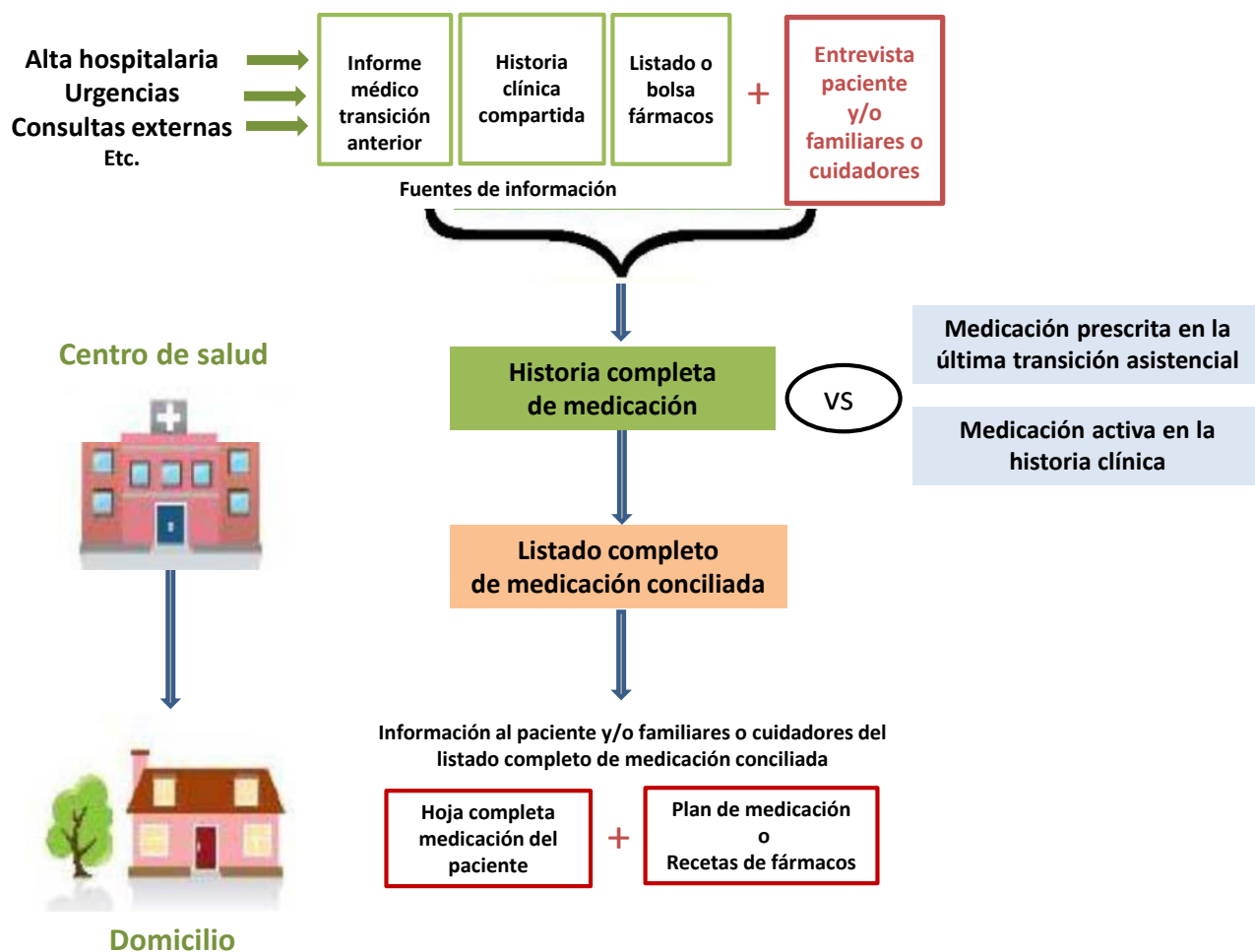


Figura 3. Diagrama del proceso de conciliación de la medicación en atención primaria (adaptado de referencias 37 y 68).

Es importante destacar que la conciliación de la medicación constituye muchas veces la primera oportunidad para conocer cómo toman los pacientes los medicamentos prescritos y para, en caso necesario, proporcionarles la información que necesitan para que los utilicen correctamente³⁷.

La conciliación constituye también un proceso fundamental para que los prescriptores tengan una información fidedigna sobre la medicación del paciente y, a partir de esta información, poder tomar las decisiones más apropiadas a la hora de prescribir, modificar o suspender la medicación^{37, 67}.

La conciliación de la medicación no se debe confundir con la revisión de la adecuación del tratamiento, la deprescripción, la evaluación de la adherencia terapéutica u otras intervenciones que tienen sus propios métodos o herramientas específicas, y que están asociadas con una mejor utilización de los medicamentos. Estas intervenciones son diferentes a la conciliación, aunque se pueden realizar de forma adicional a la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales y, de esta forma, mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención ¹¹. En este sentido, una vez que se ha conciliado la medicación y que se dispone de una lista completa y actualizada de la medicación que toma el paciente, se recomienda realizar estas intervenciones adicionales, especialmente en pacientes crónicos polimedicados ^{4,37,69}. En particular, la OMS recomienda efectuar una revisión estructurada de la medicación del paciente ⁴, lo que supone evaluar la adecuación de los medicamentos y comprobar que los medicamentos (dosis, vía y frecuencia) son correctos y clínicamente necesarios para los pacientes. Estas intervenciones complementarias deben centrarse especialmente en los pacientes que tienen un mayor riesgo de sufrir eventos adversos por la medicación, por ejemplo, si están polimedicados, reciben medicamentos de alto riesgo y presentan patologías de alto riesgo, como enfermedad renal o hepática. Para implantar estas intervenciones se precisa la participación de todos los profesionales sanitarios implicados en la asistencia a los pacientes.

En atención primaria los pacientes y sus familiares o cuidadores son los responsables de la administración y seguimiento de los medicamentos en su domicilio. Por ello, es esencial involucrarles y empoderarles en el proceso de conciliación de la medicación y que estén informados de los cambios que se efectúen en el tratamiento. Los estudios realizados han puesto de manifiesto que en general no se les suele implicar activamente en el proceso de conciliación ⁷⁰⁻⁷³, por lo que se incide en la importancia de planificar adecuadamente su participación en los programas de conciliación en atención primaria.

PRÁCTICAS SEGURAS DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Las prácticas seguras sobre conciliación de la medicación en atención primaria recogidas en este documento se han basado en los conceptos básicos y en muchas de las prácticas propuestas en el documento previo publicado por el Ministerio de Sanidad de “Recomendaciones de Prácticas Seguras en la Conciliación de la Medicación al Alta Hospitalaria en Pacientes Crónicos” ¹¹, que se han adaptado al ámbito de la atención primaria, considerando la bibliografía consultada.

I. Principios en los que se basan las prácticas recomendadas^{4,29,36,37}

1. El mantenimiento y comunicación de una lista completa y actualizada de la medicación del paciente es esencial para asegurar una prescripción segura en cualquier ámbito asistencial. Para conseguir este objetivo es recomendable disponer de una historia clínica electrónica única que recoja fielmente la medicación de los pacientes a lo largo de las transiciones asistenciales y que disponga de un módulo de prescripción único.
2. Los centros sanitarios deben establecer un procedimiento formal y estructurado para conciliar la medicación y deben disponer de canales de comunicación entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales, para facilitar el intercambio de información y resolver cualquier duda sobre la medicación de los pacientes.
3. El proceso de conciliación de la medicación es una actividad multidisciplinar de responsabilidad compartida entre todos los profesionales sanitarios que atienden al paciente. No obstante, es preciso que cada profesional tenga asignadas sus funciones y responsabilidades en el proceso.
4. Los profesionales responsables de conciliar la medicación deben estar formados para obtener la historia de la medicación y conciliar la medicación.
5. Es esencial que los pacientes y familiares o cuidadores estén involucrados en el proceso de conciliación de la medicación y que dispongan de una lista actualizada de su medicación y la lleven consigo siempre que soliciten asistencia sanitaria.
6. Dada la complejidad de la conciliación y los recursos necesarios, se recomienda priorizar la conciliación de la medicación en los pacientes que han sido dados de alta de un hospital y tras la asistencia en urgencias, ya que en estos puntos de transición los errores tienen una gran repercusión clínica. Es importante que, tras el alta o asistencia en urgencias, el paciente acuda lo antes posible al médico de atención primaria para que concilie y actualice su tratamiento farmacológico.
7. En pacientes crónicos polimedicados, se recomienda implementar programas de conciliación junto con otras intervenciones adicionales, como la revisión estructurada de la medicación, con el fin de aumentar su efectividad en términos de mejora de la seguridad.

II. Prácticas seguras de conciliación de la medicación^{4,29,30,32,36,37}

1. Organización, recursos, responsabilidades y formación

1.1. La organización tiene establecido un procedimiento normalizado de conciliación de la medicación, que asegura una educación apropiada de los pacientes y sus familiares o cuidadores. Dicho procedimiento especifica:

- El proceso de conciliación de la medicación.
- Las funciones y responsabilidades de los profesionales sanitarios asignados a dicho proceso.
- El profesional sanitario asignado como responsable del proceso.
- La formación de los profesionales sanitarios.
- Los indicadores para su evaluación periódica.

1.2. La organización dispone de fuentes de información fiables para conocer la historia de medicación de los pacientes. Como mínimo tiene acceso a la información del tratamiento del paciente que consta en los registros de atención primaria y de atención hospitalaria, si bien lo deseable es disponer de una historia clínica electrónica compartida o que permita conocer la atención recibida en diferentes ámbitos asistenciales, para tener acceso a una información completa de la medicación.

Adicionalmente, es crucial establecer unos canales de comunicación específicos entre los profesionales de los distintos ámbitos asistenciales implicados en la atención al paciente, con el fin de facilitar el intercambio de información y resolver cualquier discrepancia o duda sobre la medicación del paciente.

1.3. La organización dispone de herramientas integradas en la historia clínica electrónica que faciliten la ejecución de la conciliación o bien de un formulario normalizado para la conciliación (en formato electrónico o en papel), incluido en un lugar visible de la historia clínica del paciente.

Para que el proceso de conciliación de la medicación sea eficiente, la organización debería disponer de una herramienta electrónica diseñada para guiar y facilitar este proceso, que evite transcripciones, señale eventuales discrepancias y mantenga la trazabilidad de las acciones realizadas. Esta herramienta debe estar integrada en la historia clínica electrónica.

1.4. La organización dispone de los recursos humanos necesarios para asegurar que al menos se efectúa la conciliación de la medicación en los pacientes crónicos polimedicados que han recibido el alta hospitalaria, por ser un punto crítico en la continuidad del tratamiento.

Otros puntos vulnerables a considerar en fases posteriores, en los que con frecuencia también se realizan cambios en el tratamiento, serían los traslados desde los servicios de urgencias hospitalarias, consultas especializadas, etc.

-
- 1.5. La organización desarrolla un programa de formación para asegurar que los profesionales sanitarios implicados en el proceso de conciliación tienen una formación adecuada para llevar a cabo esta actividad, incluyendo habilidades de comunicación y conocimiento técnico de los medicamentos.

2. Proceso de conciliación de la medicación

- 2.1. La conciliación de la medicación debería realizarse en todos los pacientes después de una transición asistencial o consulta que implique cambios en el tratamiento. En atención primaria esto incluiría las transiciones de los pacientes después de ingresos hospitalarios, visitas a urgencias, ingresos en centros sociosanitarios, consultas hospitalarias, traslados que se producen dentro del propio ámbito de la atención primaria, etc. Sin embargo, este alcance puede ser muy ambicioso, considerando los recursos que precisa. Por ello, se recomienda implantarla de manera escalonada e inicialmente establecer unos criterios para determinar en qué puntos de transición debe priorizarse la conciliación y en qué tipo de pacientes, considerando aquellos grupos de población que podrían beneficiarse más de esta práctica.

Los criterios que pueden utilizarse para seleccionar los pacientes en los que conciliar la medicación son, entre otros, los siguientes:

- Pacientes que acaban de ser dados de alta del hospital o han sido asistidos en urgencias.
- Pacientes pluripatológicos complejos.
- Pacientes que tienen condiciones médicas/patologías de alto riesgo, por ejemplo, procesos oncológicos, disfunción renal o hepática.
- Pacientes polimedcados que están tomando cinco o más medicamentos.
- Pacientes que están tomando medicamentos de alto riesgo, por ejemplo, anticoagulantes, insulinas, opiáceos (Véase Anexo 2) ⁷⁴.

- 2.2. Se recomienda priorizar la implantación de la conciliación en los pacientes que son dados de alta del hospital. En este caso, la conciliación debe realizarse conforme la situación clínica lo requiera: preferentemente en la primera semana de recibir el informe de alta hospitalaria o, en todo caso, antes de emitir la receta para un nuevo medicamento. De esta manera se evitan posibles errores (p.ej. que el paciente reinicie en su domicilio medicamentos que han sido retirados), que si no se subsanan podrían dar lugar a eventos adversos y reingresos ^{32, 75}.

- 2.3. El centro hospitalario que da de alta al paciente es responsable de asegurar que el informe de alta hospitalaria incluye una correcta y completa información sobre toda la medicación prescrita al paciente, así como de proporcionar a los pacientes y/o familiares o cuidadores, información escrita con los medicamentos que tienen que tomar después del alta ¹¹.

El informe de alta debe especificar:

- Los nuevos medicamentos que se han añadido tras el ingreso en el hospital.
- Los medicamentos que recibía el paciente antes del ingreso que continúan sin cambios, los que se modifican y los que se retiran.
- Seguimiento de la medicación que puede ser necesario después del alta (pruebas analíticas, revisiones, etc.).
- Otras actuaciones llevadas a cabo durante el ingreso.
- Contacto del profesional sanitario que emite el informe de alta.

La hoja de información de la medicación al alta que se proporciona a los pacientes debe incluir la siguiente información:

- Medicamentos que tienen que tomar después del alta, indicando para cada medicamento: nombre (principio activo y nombre comercial), dosis, frecuencia, vía de administración, indicación y duración del tratamiento, horario en que se debe tomar en relación a las comidas y observaciones adicionales.
- Medicamentos que tienen que dejar de tomar después del alta.
- Consultas o pruebas analíticas necesarias para el seguimiento.

Asimismo, al alta se debe indicar a los pacientes y/o familiares o cuidadores que pidan cita con su médico de familia, para asegurar que conozca la nueva medicación del paciente y puedan programar un seguimiento adecuado de la misma.

- 2.4. El proceso de conciliación de la medicación en atención primaria consta fundamentalmente de cuatro etapas³⁷ (**Figura 4**). Para su ejecución el médico de atención primaria responsable del paciente debe contar con la colaboración de otros profesionales, estableciéndose de forma clara las responsabilidades de cada profesional en el proceso.

➤ **Etapas 1. Obtener y registrar una historia exacta y actualizada de toda la medicación del paciente o “historia completa de medicación”.**

La primera etapa del proceso de conciliación de la medicación en todos los ámbitos, incluyendo la atención primaria, es obtener una historia o lista completa de la medicación del paciente, ya que de su calidad va a depender el resto del proceso de conciliación. Esta historia se debe obtener siguiendo un procedimiento sistemático que implica:

- Recoger y revisar la información sobre la medicación del paciente en las fuentes de información disponibles.

Las fuentes de información habituales son las siguientes:

- Historia clínica de atención primaria.
- Registros de prescripciones activas de medicamentos de atención primaria.
- Informe de atención hospitalaria (informe clínico de alta, de urgencias, de consultas externas, etc.).
- Listado y/o bolsa de medicación del paciente.

-
- Entrevistar al paciente y/o familiares o cuidadores responsables de la administración de los medicamentos, para completar y verificar la información recogida.

Esta entrevista permite completar la información respecto a tratamientos instaurados en el ámbito de la medicina privada, medicación sin receta, fitoterapia y otros productos, así como obtener información valiosa sobre la tolerancia, adherencia y comprensión del tratamiento prescrito. Sólo realizando esta entrevista es posible conocer el tratamiento real que está tomando el paciente, ya que este puede ser muy diferente al prescrito, especialmente si la información recabada procede de fuentes electrónicas, por lo que nunca debe ser sustituida por la revisión anterior.

- Registrar la historia completa de la medicación del paciente en un formulario normalizado (en formato electrónico preferentemente), que esté a disposición de los profesionales que atienden al paciente.

Esta historia debe contener la siguiente información:

- Nombre del medicamento (principio activo y, si fuera necesario, nombre comercial).
- Dosis prescrita del medicamento.
- Frecuencia de administración.
- Vía de administración.
- Medicamentos que toma sin receta y por automedicación.
- Plantas medicinales, dietoterapia y otros productos.
- Alergias del paciente.
- Reacciones adversas a medicamentos previas del paciente.

Además se podría aprovechar la oportunidad para evaluar la adherencia al tratamiento prescrito, siempre que sea posible, y anotar, si es el caso, si el paciente está tomando la medicación de forma diferente a como estaba prescrita.

➤ **Etapa 2. Comparar la medicación recogida en la historia completa con la medicación prescrita que consta en la última transición asistencial o consulta con otro profesional sanitario, y en la historia clínica del paciente, y detectar posibles discrepancias.**

Una vez obtenida la historia completa de la medicación del paciente, se tiene que:

- Comparar dicha historia con el informe de la última transición asistencial: informe de alta hospitalaria, de urgencias, de consultas, etc., y con la medicación habitual del paciente que consta en la historia clínica de atención primaria.
- Identificar cualquier discrepancia que necesite aclaración (omisiones, duplicidades, información ambigua, etc.). Estas discrepancias pueden ser de distintos tipos:

- Diferencias entre la medicación que consta en el informe de la última transición asistencial y la historia de atención primaria. En este caso se debe valorar si estas diferencias están o no justificadas por la situación clínica del paciente.
- Diferencias entre lo que el paciente dice que está tomando realmente y lo que está registrado en las fuentes de información revisadas.



Figura 4. Etapas del proceso de conciliación de la medicación en atención primaria (adaptado de referencia 37).

➤ **Etapa 3. Resolver las discrepancias con el prescriptor o el paciente, según proceda, y generar una lista de medicación conciliada.**

Las posibles discrepancias identificadas anteriormente se deben resolver con el prescriptor o con el paciente, según corresponda, y registrar en la historia clínica. Para ello, se recomienda:

-
- Contactar con el prescriptor original de atención hospitalaria o de primaria, para solicitar aclaración de las discrepancias y resolverlas apropiadamente. Se debe registrar cualquier discrepancia que no esté justificada por la nueva situación clínica del paciente y no esté documentada. El **Anexo 3** recoge una clasificación de las posibles discrepancias.
 - Comentar las discrepancias que correspondan con el paciente y/o familiares o cuidadores, para determinar la causa de las mismas, ya que esta información puede ayudar a resolverlas. Por ejemplo, pueden ser causas de discrepancias que el paciente no conozca como tomar los medicamentos adecuadamente o que intencionadamente no los tome como están prescritos, porque presenta alguna reacción adversa
 - Actualizar el formulario con la historia de medicación para que refleje adecuadamente una relación exacta y conciliada de los medicamentos del paciente. Esta relación actualizada se denomina ahora lista de medicación conciliada.
 - Registrar los cambios pertinentes realizados en la historia clínica del paciente.

➤ **Etapa 4. Comunicar adecuadamente los cambios resultantes al paciente y verificar que comprende su tratamiento.**

- Proporcionar al paciente o familiares/cuidadores su lista de medicación conciliada que especifique los medicamentos que tiene que tomar, indicando para cada medicamento:
 - Nombre (principio activo y, si fuera necesario, nombre comercial).
 - Dosis, frecuencia y vía de administración.
 - Indicación y duración del tratamiento.
 - Observaciones y precauciones adicionales.
- Proporcionarles las recetas de los medicamentos y las citas de seguimiento del tratamiento.
- Realizar una entrevista estructurada al paciente o familiares/cuidadores que se vayan a hacer cargo de la administración de la medicación, para explicarles detalladamente la medicación y los cambios que se han efectuado en el tratamiento previo, así como, si es posible, consejos para facilitar su cumplimiento. Este aspecto es de particular importancia, ya que el paciente o familiares/cuidadores son responsables de la administración de la medicación.

Es preciso además verificar que el paciente o familiares/cuidadores han comprendido la información que se les ha explicado y comprobar que conocen:

 - Si se ha prescrito algún medicamento nuevo o se ha cambiado alguno.
 - Qué medicamentos debe seguir tomando y qué medicamentos tiene que dejar de tomar.
 - Cómo debe tomar los medicamentos y durante cuánto tiempo debe hacerlo.

-
- Qué eventos adversos tiene que vigilar y en qué caso debe buscar atención médica.
 - Consultas o pruebas analíticas que sean necesarias para el seguimiento.

Para mantener una comunicación eficaz con los pacientes y recordarles los aspectos fundamentales que deben conocer sobre sus medicamentos se puede utilizar la herramienta de la OMS: “5 Momentos Clave para la utilización segura de los medicamentos” (Anexo 4) ⁷⁶.

Por último, se debe insistir al paciente o familiares/cuidadores que lleven consigo la lista de medicación siempre que soliciten asistencia sanitaria y que la mantengan actualizada.

Es importante señalar que, dependiendo de los recursos disponibles, la población de pacientes atendida y las características de cada centro, es posible que el orden de las etapas descritas anteriormente se tenga que adaptar. Además, en algunas situaciones, puede ser necesario volver a un paso anterior antes de proceder al siguiente. Lo que hay que tener siempre presente es que el resultado más importante es obtener una lista de medicamentos precisa y completa que se comunicará al paciente y que se debe verificar que la comprende.

- 2.5. Es recomendable que la organización establezca un programa integral de mejora de la seguridad de la medicación para pacientes polimedicados con otras intervenciones complementarias al proceso de conciliación, en función de los recursos disponibles.

En este sentido, en todos los pacientes crónicos sería conveniente efectuar una revisión periódica de la medicación con el soporte de herramientas integradas en la historia clínica que contengan información de las guías de práctica clínica de referencia, criterios STOPP-START, Beers, carga anticolinérgica, duplicidades, etc. En pacientes crónicos que presenten complejidad clínica y/o fragilidad se debería realizar una revisión de la medicación centrada en la persona ⁷⁷. Estas revisiones se llevarán a cabo con el objetivo de identificar y resolver cualquier problema asociado con la medicación y optimizar la efectividad y seguridad del tratamiento.

3. Participación del paciente y familiares o cuidadores

- 3.1. Los profesionales sanitarios trabajan en colaboración con los pacientes y familiares o cuidadores, y les motivan para que tomen parte activa en su tratamiento y aumenten su conocimiento en el manejo seguro de la medicación, con el fin de que dispongan de la información que les haga corresponsables de su tratamiento.
- 3.2. Se educa a los pacientes sobre la importancia de que mantengan la lista de medicación actualizada con los medicamentos y otros productos dietéticos, plantas medicinales, etc. que están tomando, que especifique también los medicamentos a los que es alérgico, y que la lleven consigo siempre que soliciten asistencia sanitaria.
- 3.3. Se anima a los pacientes a que pregunten todas las dudas que tengan sobre los medicamentos que toman a los profesionales que les atienden y se aseguren de que entienden todo lo que les dicen. Se les explica que no deben quedarse con dudas antes de

salir de la consulta y la forma de actuar ante los principales eventos adversos que cabe esperar con la medicación que utilizan. Para ello la Guía para Profesionales sobre los “5 Momentos Clave para la utilización segura de los medicamentos” puede ser una herramienta útil ⁷⁶.

- 3.4. Se explica a los pacientes la necesidad de mantener una correcta adherencia al tratamiento y se les proporciona información sobre herramientas que pueden ayudar a mantener la adherencia al tratamiento, como: utilizar un pastillero semanal, utilizar un sistema personalizado de dosificación, programar una alarma en el móvil para recordar la toma de la medicación, tener a la vista una hoja calendario con el tratamiento o descargar alguna de las aplicaciones existentes para móviles.

4. Evaluación y seguimiento del proceso

- 4.1. La organización evalúa de forma periódica el grado de implantación del proceso de conciliación y su impacto en términos de mejora de la seguridad del paciente. La medición de algunos indicadores permite evaluar la calidad y el cumplimiento del proceso establecido, así como monitorizar su funcionamiento a lo largo del tiempo. De esta manera, en caso necesario, es posible establecer oportunidades de mejora. Con este fin:

- Se propone medir unos indicadores de implantación, de proceso y de resultado detallando la forma de obtención de los mismos, teniendo en cuenta la factibilidad de su medición. Estos indicadores estarán en línea con las directrices establecidas en cada CCAA.
- Los datos obtenidos se evalúan periódicamente, se informa a los profesionales implicados de los resultados y se establecen e implementan medidas de mejora.

ANEXO 1. PUBLICACIONES SELECCIONADAS EN LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

► Publicaciones seleccionadas sobre procedimientos, recomendaciones y prácticas seguras sobre conciliación de la medicación en atención primaria

Artículos seleccionados a través de la búsqueda en MedLine, EMBASE, Scopus y Wos of Science.

1. Daliri S, Boujarfi S, El Mokaddam A, Scholte Op Reimer WJM, Ter Riet G, et al. Medication-related interventions delivered both in hospital and following discharge: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Qual Saf.* 2021;30(2):146-56.
2. Freeman CR, Scott IA, Hemming K, Connelly LB, Kirkpatrick CM, Coombes I, et al. Reducing medical admissions and presentations into hospital through optimising medicines (REMAIN HOME): a stepped wedge, cluster randomised controlled trial. *Med J Aust.* 2021;214(5):212-7.
3. Liebzeit D, Rutkowski R, Arbaje AI, Fields B, Werner NE. A scoping review of interventions for older adults transitioning from hospital to home. *J Am Geriatr Soc.* 2021;69(10):2950-2962.
4. Syafhan NF, Al Azzam S, Williams SD, Wilson W, Brady J, Lawrence P, et al. General practitioner practice-based pharmacist input to medicines optimisation in the UK: pragmatic, multicenter, randomised, controlled trial. *J Pharm Policy Pract.* 2021;14(1):4. doi: 10.1186/s40545-020-00279-3.
5. Bethishou L, Herzik K, Fang N, Abdo C, Tomaszewski DM. The impact of the pharmacist on continuity of care during transitions of care: A systematic review. *J Am Pharm Assoc.* 2020;60(1):163-77.
6. Lussier ME, Evans HJ, Wright EA, Gionfriddo MR. The impact of community pharmacist involvement on transitions of care: A systematic review and meta-analysis. *J Am Pharm Assoc.* 2020;60(1):153-62.
7. Shah C, Hough J, Jani Y. Medicines reconciliation in primary care: a study evaluating the quality of medication-related information provided on discharge from secondary care. *Eur J Hosp Phar.* 2020; 27: 132-42.
8. Tomlinson J, Cheong VL, Fylan B, Silcock J, Smith H, Karban K, et al. Successful care transitions for older people: a systematic review and meta-analysis of the effects of interventions that support medication continuity. *Age Ageing.* 2020;49(4):558-69.
9. Foulon V, Wuyts J, Desplenter F, Spinewine A, Lacour V, Paulus D, et al. Problems in continuity of medication management upon transition between primary and secondary care: patients' and professionals' experiences. *Acta Clin Belg.* 2019;74(4):263-71.
10. Manias E, Bucknall T, Hughes C, Jorm C, Woodward-Kron R. Family involvement in managing medications of older patients across transitions of care: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2019;19(1):95. doi: 10.1186/s12877-019-1102-6.
11. Muth C, Blom JW, Smith SM, Johnell K, Gonzalez-Gonzalez AI, Nguyen TS, et al. Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus. *J Intern Med.* 2019;285(3):272-88.

-
12. Hsiao YL, Bass EB, Wu AW, Richardson MB, Deutschendorf A, Brotman DJ, et al; on behalf of the J-CHiP program. Implementation of a comprehensive program to improve coordination of care in an urban academic health care system. *J Health Organ Manag.* 2018;32(5):638-57.
 13. Kee KW, Char CWT, Yip AYF. A review on interventions to reduce medication discrepancies or errors in primary or ambulatory care setting during care transition from hospital to primary care. *J Family Med Prim Care.* 2018;7(3):501-6.
 14. McNab D, Bowie P, Ross A, MacWalter G, Ryan M, Morrison J. Systematic review and meta-analysis of the effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation in the community after hospital discharge. *BMJ Qual Saf.* 2018;27(4):308-20.
 15. Redmond P, Grimes TC, McDonnell R, Boland F, Hughes C, Fahey T. Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;8(8):CD010791.
 16. Rose O, Jaehde U, Köberlein-Neu J. Discrepancies between home medication and patient documentation in primary care. *Res Social Adm Pharm.* 2018;14(4):340-6.
 17. Char CWT, Yip AYF, Kee KW, Lee ES, Chua AHL. Effectiveness of pre-consultation medication reconciliation service in reducing medication discrepancies during transition of care from hospital discharge to primary care setting in Singapore - A randomised controlled trial. *J Appl Pharm.* 2017;9(4).
 18. McCarthy L, Su XW, Crown N, Turple J, Brown TE, Walsh K, et al. Medication reconciliation interventions in ambulatory care: A scoping review. *Am J Health Syst Pharm.* 2016 15;73(22):1845-57.
 19. Modig S, Lenander C, Viberg N, Midlöv P. Safer drug use in primary care-a pilot intervention study to identify improvement needs and make agreements for change in five Swedish primary care units. *BMC Fam Pract.* 2016;17(1):140.
 20. Philibert I, Barach P. The European HANDOVER Project: a multi-nation program to improve transitions at the primary care--inpatient interface. *BMJ Qual Saf.* 2012;21 Suppl 1:i1-6.
 21. Ploenzke C, Kemp T, Naidl T, Marraffa R, Bolduc J. Design and implementation of a targeted approach for pharmacist-mediated medication management at care transitions. *J Am Pharm Assoc.* 2016;56(3):303-9.
 22. Dusek B, Pearce N, Harripaul A, Lloyd M. Care transitions: a systematic review of best practices. *J Nurs Care Qual.* 2015;30(3):233-9.
 23. Ensing HT, Stuijt CC, van den Bemt BJ, van Dooren AA, Karapinar-Çarkit F, Koster ES, et al. Identifying the optimal role for pharmacists in care transitions: A systematic review. *J Manag Care Spec Pharm.* 2015;21(8):614-36.
 24. Nazar H, Nazar Z, Portlock J, Todd A, Slight SP. A systematic review of the role of community pharmacies in improving the transition from secondary to primary care. *Br J Clin Pharmacol.* 2015;80(5):936-48.
 25. 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.
 26. Lehnbohm EC, Stewart MJ, Manias E, Westbrook JI. Impact of medication reconciliation and review on clinical outcomes. *Ann Pharmacother.* 2014;48(10):1298-312.

-
27. Jeffs L, Law MP, Straus S, Cardoso R, Lyons RF, Bell C. Defining quality outcomes for complex-care patients transitioning across the continuum using a structured panel process. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(12):1014-24.
 28. 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 Pt 2):397-403.
 29. Spinewine A, Claeys C, Foulon V, Chevalier P. Approaches for improving continuity of care in medication management: a systematic review. *Int J Qual Health Care.* 2013;25(4):403-17.
 30. American College of Clinical Pharmacy, Kirwin J, Canales AE, Bentley ML, Bungay K, Chan T, Dobson E, et al. Process indicators of quality clinical pharmacy services during transitions of care. *Pharmacotherapy.* 2012;32(11):e338-47.
 31. Flink M, Öhlén G, Hansagi H, Barach P, Olsson M. Beliefs and experiences can influence patient participation in handover between primary and secondary care: a qualitative study of patient perspectives. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(Suppl 1):i76-83.
 32. Groene RO, Orrego C, Suñol R, Barach P, Groene O. "It's like two worlds apart": an analysis of vulnerable patient handover practices at discharge from hospital. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(Suppl 1):i67-75.
 33. Laugaland K, Aase K, Barach P. Interventions to improve patient safety in transitional care--a review of the evidence. *Work.* 2012;41 Suppl 1:2915-24.
 34. Rao S, Brammer C, McKethan A, Buntin MB. Health information technology: transforming chronic disease management and care transitions. *Prim Care.* 2012;39(2):327-44.
 35. Moore P, Armitage G, Wright J, Dobrzanski S, Ansari N, Hammond I, et al. Medicines reconciliation using a shared electronic health care record. *J Patient Saf.* 2011;7(3):148-54.
 36. Bayoumi I, Howard M, Holbrook AM, Schabert I. Interventions to improve medication reconciliation in primary care. *Ann Pharmacother.* 2009; 43:1667-75.

Documentos recogidos a través de páginas web

1. High 5s Project. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation. Standard Operating Protocol. Geneva: World Health Organization; 2014. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/topics/high-5s/en/>
2. High 5s Project. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation. Implementation Guide. Geneva: World Health Organization; 2014. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5s-guide.pdf>
3. Transitions of care: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/transitions-of-care>
4. Medication safety in transitions of care. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/UHC/SDS/2019.9). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/TransitionOfCare.pdf?ua=1>

-
5. Gleason KM, Brake H, Agramonte V, Perfetti C. Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Toolkit for Medication Reconciliation. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Revised August 2012. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/match.pdf>
 6. Shekelle, PG, Sarkar U, Shojania K, Wachter RM, McDonald K, Motala A, et al. Patient Safety in Ambulatory Settings. Technical Brief No. 27. AHRQ Publication No. 16(17)-EHC033-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; October 2016. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/ambulatory-safety_technical-brief.pdf
 7. Medication Reconciliation (MedRec) [website]. Toronto: Institute for Safe Medication Practices Canada. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <https://www.ismp-canada.org/medrec/>
 8. Medication reconciliation [website]. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2013. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/medication-safety/medication-reconciliation>
 9. Medicines reconciliation guidance tools and training materials [website]. Wellington: Health Quality and Safety Commission New Zealand. 2012. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <https://www.hqsc.govt.nz/our-programmes/medication-safety/publications-and-resources/publication/94/>
 10. Continuity of Medication Management [website]. Sydney: NSW. Clinical Excellence Commission. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <https://www.cec.health.nsw.gov.au/keep-patients-safe/medication-safety/cmm>
 11. How-to Guide: Prevent Adverse Drug Events (Medication Reconciliation). Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventAdverseDrugEvents.aspx>
 12. Reconcile medications at all transition points [website]. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <http://www.ihi.org/resources/Pages/Changes/ReconcileMedicationsatAllTransitionPoints.aspx>
 13. Hospital to home-Facilitating medication safety at transitions. A toolkit for healthcare providers. Toronto: Institute for Safe Medication Practices Canada; 2015 [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <https://www.ismp-canada.org/transitions/download-toolkit.php>
 14. Ontario primary care. Medication reconciliation guide. Toronto: Institute for Safe Medication Practices Canada and Health Quality Ontario; 2015 [consultado 22/11/2021]. Disponible en: https://www.ismp-canada.org/download/PrimaryCareMedRecGuide_EN.pdf
 15. Ambulatory Health Care: 2022 National Patient Safety Goals. Joint Commission. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/ambulatory-health-care-national-patient-safety-goals/>
 16. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE guideline; 2015. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5>

-
17. Medicines optimization. Quality standard. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2016. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs120>
 18. Keeping patients safe when they transfer between care providers-getting the medicines right. London: Royal Pharmaceutical Society; 2012. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <https://www.rpharms.com/Portals/0/RPS%20document%20library/Open%20access/Publications/Keeping%20patients%20safe%20transfer%20of%20care%20report.pdf>
 19. Improving the quality of medicines reconciliation. A best practice resource and toolkit. Version 1.1. London: National Health Service; 2017. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <https://www.sps.nhs.uk/articles/medicines-reconciliation-best-practice-resource-and-toolkit/>
 20. NHS Discharge Medicines Service-Essential Service. Toolkit for pharmacy staff in community, primary and secondary care. London: National Health Service; 2021 [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/publication/nhs-discharge-medicines-service-essential-service-toolkit-for-pharmacy-staff-in-community-primary-and-secondary-care/>
 21. Safer use of medicines. Medicines reconciliation: revised definition, goals and measures and recommended practice statements for the Scottish patient safety programme. Edinburgh: NHS Scotland; 2013. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: [https://www.sehd.scot.nhs.uk/cmo/CMO\(2013\)18.pdf](https://www.sehd.scot.nhs.uk/cmo/CMO(2013)18.pdf)
 22. The physician's role in medication reconciliation. Issues, strategies and safety principles. American Medical Association; 2007. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <https://pogoe.org/sites/default/files/Medication%20Reconciliation.pdf>
 23. Steeb D, Webster L. Improving care transitions: Optimizing medication reconciliation. American Pharmacists Association and American Society of Health-System Pharmacists; March 2012. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: https://aphanet.pharmacist.com/sites/default/files/files/2012_improving_care_transitions.pdf
 24. Medicines reconciliation. A toolkit for pharmacists. The Hague: International Pharmaceutical Federation (FIP); 2021. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <https://www.fip.org/file/4949>
 25. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Madrid: Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria; 2012. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <https://www.sefap.org/wp-content/uploads/2020/03/Elementos-b%C3%A1sicos-del-abordaje...completo.pdf>
 26. Continuidad asistencial al alta en pacientes con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2. Conciliación de la medicación. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2020. [consultado 22/11/2018]. Disponible en: <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2020/04/Covid19-criterios-24-04-2020.pdf>

► Documentos y artículos sobre errores de conciliación en la atención primaria en España

Artículos seleccionados en bases de datos sobre errores de conciliación en la atención primaria en España

1. Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero R M, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G. Conciliación de la medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada. Pharm Care Esp. 2018; 20(5):352-70.
2. Valverde E, Mendizábal A, Ariz C, Mitxelena I, Pérez A, Igea V. Conciliación de la medicación: desde el ingreso hasta la atención primaria. Rev Calid Asist. 2016; 31 Suppl 1:62-5.
3. Valverde-Bilbao E, Mendizábal-Olaizola A, Idoiaga-Hoyos I, Arriaga-Goirizelai L, Carracedo-Arrastio JD, Arranz-Lázaro C. Conciliación de la medicación en atención primaria tras el alta hospitalaria. Rev Calid Asist. 2014; 29:158-64.

Estrategias autonómicas y documentos o protocolos sobre conciliación en atención primaria

1. Moreno Campoy E, Fernández Ruiz I, Pérez Pérez P, Barrera Becerra C, Corpas Nogales E, Suárez Alemán G, et al. Estrategia para la seguridad del paciente: plan estratégico de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud y Familias; 2019. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/calidad-sistema-sanitario/paginas/seguridad-pacientes.html>
2. Gobierno de Aragón. Estrategia de seguridad del paciente. Prácticas clínicas seguras. Uso seguro del medicamento. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: <https://www.aragon.es/-/estrategia-de-seguridad-del-paciente>
3. Estrategia de seguridad del paciente en Asturias 2015-2020. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; Junio 2015. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/estrategia-de-seguridad-del-paciente-en-asturias-2015-2020>
4. Oliver Rosset E, Guerrero Bernat S, Soler Mieras A, Cabrer Palomés JF, Roca Casas A. Plan estratégico de seguridad del paciente 2019-2023. Palma: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca; 2018. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1784/plan-estrategico-seguridad-paciente-2019-2023-es.pdf>
5. Plan en gestión de la calidad y seguridad del paciente, 2011-2015. Junta de Castilla y León, Sacyl. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: <https://gobiernoabierto.jcyl.es/web/jcyl/GobiernoAbierto/es/Plantilla100Detalle/1284216489702/Programa/1284500567568/Comunicacion>
6. Estrategia de seguridad del paciente de Castilla-La Mancha (2019-2023). Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha; 2018. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20190513/estrategia_de_seguridad_del_paciente_de_castilla-la_mancha.pdf

-
7. Plan de salud de Cataluña 2011-2015. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; Febrero 2012. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/>
 8. Normalización de las funciones de calidad asistencial y seguridad del paciente de los departamentos/centros de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública; 2017. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/web/calidad/calidad-y-seguridad>
 9. Plan estratégico de seguridad de pacientes del Extremadura 2019-2023. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, Junta de Extremadura; 2019. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Seguridad%20de%20Pacientes/PLAN%20ESTRATEGICO%20SEGURIDAD%20PACIENTES%20de%20EXTREMADURA_2019-2023.pdf
 10. Sistema de seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios. Xunta de Galicia. Servicio Gallego de Salud; 2014. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: https://www.sergas.es/Calidade-e-seguridad-do-paciente/Documents/6/SISTEMA%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20Y%20GESTION%20DE%20RISGOS-SERGAS_castellano.pdf
 11. Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020. Servicio Madrileño de Salud. Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios; 2015. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/estrategia_de_seguridad_del_paciente_2015-2020_sermas_rev.pdf
 12. Programa de seguridad del paciente en la Región de Murcia. Servicio Murciano de Salud. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=103307&idsec=1037#>
 13. Estrategia de seguridad de pacientes 2014-2020. Servicio Navarro de Salud. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AD6D0089-5A03-46F0-9AF3-6DEE5427F379/453329/ESTRATEGIADESEGURIDADSNSO20142020.pdf>
 14. III Plan de salud de La Rioja 2015-2019. Rioja Salud. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/III-plan-salud.pdf>
 15. Estrategia de Seguridad del Paciente 2020. Osakidetza; 2018. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cinfo_estrategia_seg_paciente/es_def/adjuntos/ESTRATEGIA2020_es.pdf
 16. Plan andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas (2012-2016). Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2012. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/planificacion/planes-integrales/paginas/paier.html>
 17. Zara C. Maneig de la medicació en el pacient crònic: conciliació, revisió, desprescripció i adherència. Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat; Juny 2013.
 18. Conciliación de la medicación en pacientes crónicos pluripatológicos complejos en las unidades de continuidad asistencial (UCA) de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección Técnica de Farmacia. Sacyl; Abril 2016.
 19. Albertí Homar F, Miguélez Chamorro A, Gabriel Moragues Sbert G, Serratusell Sabater E. Atención al paciente crónico complejo y al paciente crónico avanzado 2017. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud.

-
20. Acciones para la mejora de la revisión de tratamientos, conciliación y adherencia en los pacientes crónicos complejos. Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; Junio 2019.
 21. Programa de revisión y conciliación de la medicación al alta hospitalaria en atención primaria en coordinación con atención hospitalaria. Subdirección Xeral de Farmacia. Dirección Xeral de Asistencia sanitaria. Servizo Galego de Saúde; Diciembre 2019.
 22. Medicación sin daños: Estrategia para la adecuación de tratamientos de pacientes mayores polimedicados en Atención Primaria. Servicio de Gestión Farmacéutica. Servicio Murciano de Salud; Mayo 2020.
 23. Guía para la adecuación de prescripciones en personas mayores polimedicadas-2021. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat Universal i Salut Publica; 2021.
 24. Goñi Zamarbide O. Implementación de un proyecto de atención farmacéutica en los centros sociosanitarios sin servicio de farmacia. Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio Navarro de Salud. Osasunbidea; Junio 2021.
 25. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). Concilia Medicamentos: conciliación de la medicación al alta hospitalaria en farmacia comunitaria. Madrid: CGCOF; 2017. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2020/02/LIBRETO-CONCILIA-DIGITAL.pdf>
 26. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). Proyecto de investigación Concilia Medicamentos 2. Informe global octubre 2021. Madrid: CGCOF; 2021. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2019/05/Informe-Concilia-Medicamentos_v09_def-1.pdf

ANEXO 2. MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES CRÓNICOS

Tabla 2. Lista MARC	
Relación de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos ⁷⁴	
▶ Grupos terapéuticos	
	<ul style="list-style-type: none">- Antiagregantes plaquetarios (incluyendo ácido acetilsalicílico)- Anticoagulantes orales- Antiepilépticos de estrecho margen (carbamazepina, fenitoína y valpróico)- Antiinflamatorios no esteroideos- Antipsicóticos- Benzodiazepinas y análogos- β-Bloqueantes adrenérgicos- Citostáticos orales- Corticosteroides largo plazo (≥ 3 meses)- Diuréticos del asa- Hipoglucemiantes orales- Inmunosupresores- Insulinas- Opioides
▶ Medicamentos específicos	
	<ul style="list-style-type: none">- Amiodarona/dronedarona- Digoxina- Espironolactona/eplerenona- Metotrexato oral (uso no oncológico)

ANEXO 3. DISCREPANCIAS Y ERRORES DE CONCILIACIÓN

Se denomina “discrepancia” a cualquier diferencia entre la medicación habitual del paciente y la nueva medicación prescrita después de una transición asistencial. Se clasifican en varios tipos ⁷⁸:

- **DISCREPANCIAS JUSTIFICADAS y documentadas, que NO requieren aclaración.** Son aquellas que se corresponden con decisiones médicas intencionadas de añadir, cambiar o retirar un medicamento y están claramente registradas. Ejemplos serían:
 - Iniciar o suspender un medicamento debido a la situación clínica del paciente.
 - Cambiar la posología, la vía de administración o la forma farmacéutica justificadamente.

- **DISCREPANCIAS JUSTIFICADAS NO documentadas, que requieren aclaración.** Son aquellas que se corresponden con decisiones médicas intencionadas de modificación, suspensión o cambio de tratamiento, como las anteriores, pero el problema es que el prescriptor no ha documentado en el informe los motivos de dichas decisiones.

En este caso la discrepancia no supone un error de conciliación, sino simplemente una situación de riesgo o falta de documentación, pero es preciso aclararla y registrarla porque puede generar otros errores.

- **DISCREPANCIAS NO JUSTIFICADAS, que requieren aclaración.** Son aquellas situaciones en las que el prescriptor de forma no intencionada ha cambiado, añadido u omitido un medicamento previo del paciente. Son errores de medicación potenciales que pueden dar lugar a eventos adversos si no se subsanan con una adecuada conciliación. Ejemplos serían:
 - omisión de un medicamento necesario que el paciente tomaba habitualmente y no se ha prescrito, sin que exista justificación clínica para omitirlo.
 - diferencia en la dosis, vía o frecuencia, sin que exista justificación clínica para ello.
 - duplicidad entre la medicación previa y la nueva medicación prescrita.
 - prescripción incompleta que requiere aclaración.
 - prescripción de un nuevo medicamento equivocado, por confusión con otro que el paciente tomaba y que no ha sido prescrito.

Estas discrepancias se consideran errores de conciliación y requieren aclaración por el médico responsable de la nueva prescripción y corrección en la historia clínica de atención primaria.

A continuación se recoge una figura con el diagrama de flujo del proceso de identificación y clasificación de las discrepancias (**Figura 5**).

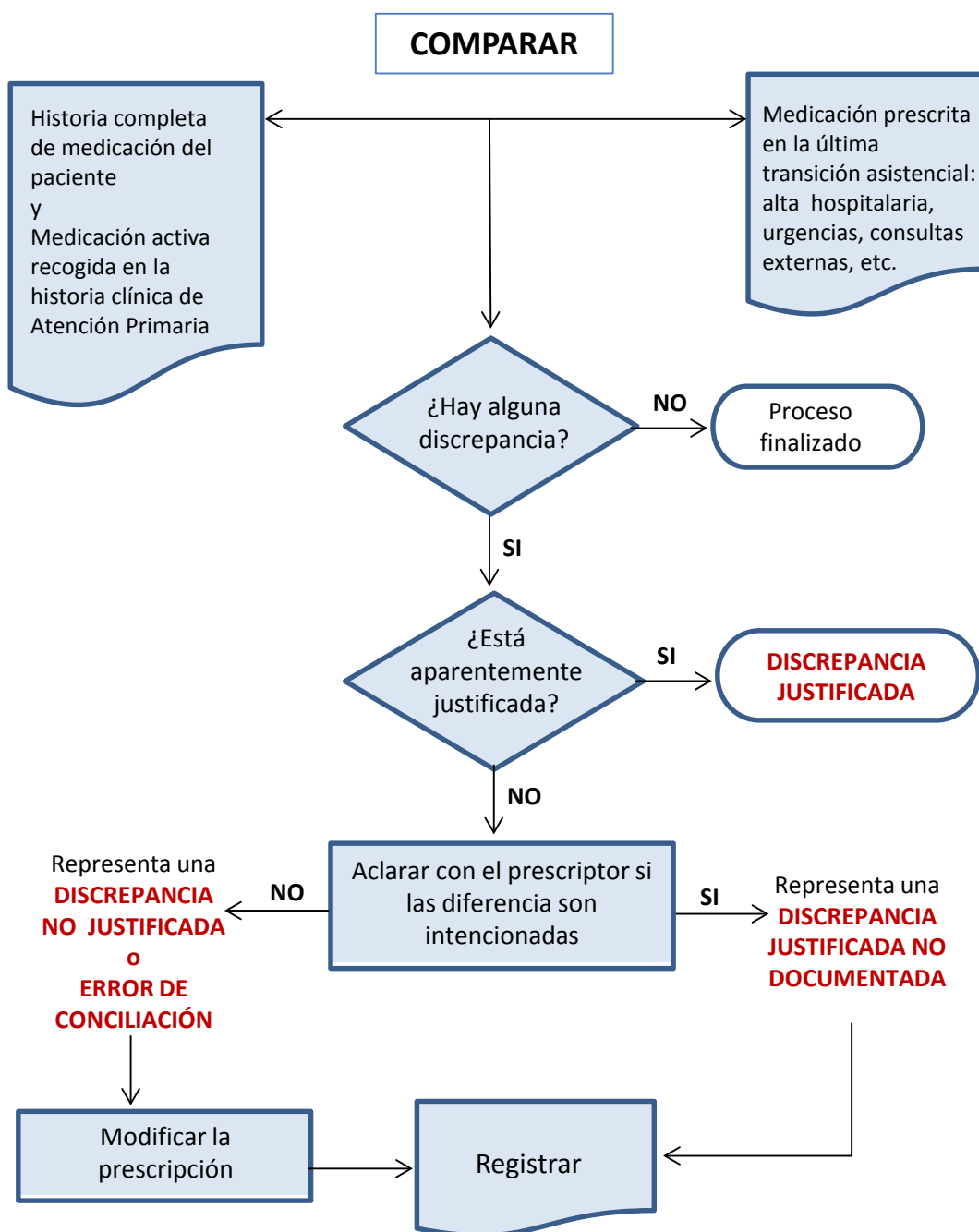


Figura 5. Diagrama de flujo del proceso de identificación y clasificación de las discrepancias (adaptado de 78).

ANEXO 4. HERRAMIENTA 5 MOMENTOS CLAVE PARA LA UTILIZACIÓN SEGURA DE LOS MEDICAMENTOS

5 Momentos Clave para la utilización segura de los medicamentos

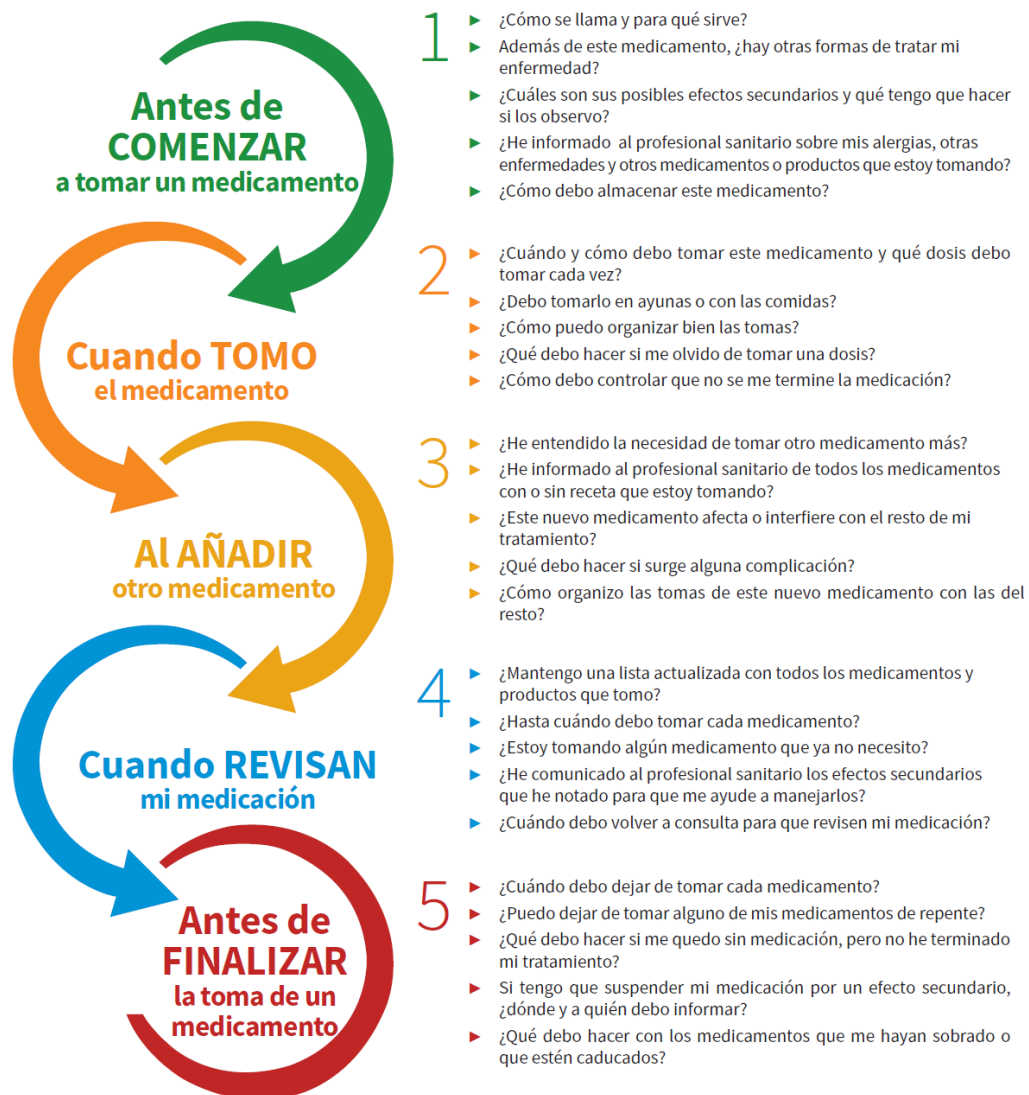


Figura 6. Los 5 Momentos Clave para la utilización segura de los medicamentos ⁷⁶.

REFERENCIAS

1. Medication without harm. WHO global patient safety challenge. Geneva: World Health Organization; 2017. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1&ua=1/>
2. Sheikh A, Dhingra-Kumar N, Kelley E, Kieny MP, Donaldson L. The third global patient safety challenge: tackling medication-related harm. Bull World Health Organ. 2017; 795: 546-546a.
3. Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
4. Medication safety in transitions of care. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/UHC/SDS/2019.9). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/TransitionOfCare.pdf?ua=1>
5. Rogers G, Alper E, Brunelle D, Federico F, Fenn CA, Leape LL, et al. Reconciling medications at admission: Safe practice recommendations and implementation strategies. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006; 32: 37-50.
6. Greenwald JL, Halasyamani L, Green J, LaCivita C, Stucky E, Benjamin B, et al. Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinical relevant and implementable: A consensus statement on key principles and necessary first steps. J Hosp Med. 2010; 5: 477-85.
7. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <http://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
8. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
9. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/va///organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_de_Abordaje_a_la_Cronicidad_en_el_SNS_2021.pdf
10. PaSQ: Overview of SCP Implementation in PaSQ MS and participating HCOs. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <http://www.pasq.eu/Wiki/SCP/OverviewofSCPImplementationinPaSQMemberStat/HCOList.aspx#Spain>
11. Recomendaciones de prácticas seguras en la conciliación de la medicación al alta hospitalaria en pacientes crónicos. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.seguridadelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2019/recomendaciones-practicas-seguras-conciliacion-medicacion-alta-hospitalaria-pacientes-cronicos/>

-
12. Transitions of care: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252272>
 13. Aronson J. Medication reconciliation. BMJ. 2017; 356:i5336.
 14. Massachusetts Coalition for Prevention of Medical Errors [website]. Reducing Medication Errors in Acute Care Facilities Reconciling Medications; 2005. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: http://www.macoalition.org/reducing_medication_errors.shtml
 15. Joint Commission [website]. National Patient Safety Goals. [consultado 22/11/2021]. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/>
 16. How-to Guide: Prevent Adverse Drug Events (Medication Reconciliation). Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventAdverseDrugEvents.aspx>
 17. Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ, Schoelles K, McDonald KM, Dy SM, et al. Making health care safer II: An updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. Evidence Report No.211. AHRQ Publication No. 13-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2013.
 18. The National Quality Forum. National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better Healthcare-2010 Update: A Consensus Report. Washington, DC: National Quality Forum; 2010.
 19. Medication Reconciliation (MedRec) [website]. Toronto: Institute for Safe Medication Practices Canada. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://ismpcanada.ca/resources/?subject=medrec>
 20. National Institute for Health and Clinical Excellence/National Patient Safety Agency. Technical patient solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/PSG1>
 21. Medicine Reconciliation. Standard. Version 3. Wellington: Health Quality and Safety Commission New Zealand; 2012. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/medication-reconciliation-standard-v3-sep12.pdf>
 22. National medication management plan user guide. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2013. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/medication-safety/medication-reconciliation>
 23. Patient safety solutions. Assuring medication accuracy at transitions in care. Geneva: World Health Organization. Volume 1, Solution 6; 2007. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution6.pdf>
 24. High 5s Project. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation. Standard Operating Protocol. Geneva: World Health Organization; 2014.
 25. High 5s Project. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation. Implementation Guide. Geneva: World Health Organization; 2014.
 26. Hansen LO, Greenwald JL, Budnitz T, Howell E, Halasyamani L, Maynard G, et al. Project BOOST: effectiveness of a multihospital effort to reduce rehospitalization. J Hosp Med. 2013;8(8):421-7.

-
27. Roper KL, Ballard J, Rankin W, Cardarelli R. Systematic review of ambulatory Transitional Care Management (TCM) visits on hospital 30-day readmission rates. *Am J Med Qual.* 2017;32(1):19-26.
 28. Daliri S, Boujarfi S, El Mokaddam A, Scholte Op Reimer WJM, Ter Riet G, et al. Medication-related interventions delivered both in hospital and following discharge: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Qual Saf.* 2021;30(2):146-56.
 29. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE guideline; 2015. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5>
 30. Medicines optimization. Quality standard. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2016. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs120>
 31. Keeping patients safe when they transfer between care providers-getting the medicines right. London: Royal Pharmaceutical Society; 2012. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.rpharms.com/Portals/0/RPS%20document%20library/Open%20access/Publications/Keeping%20patients%20safe%20transfer%20of%20care%20report.pdf>
 32. Improving the quality of medicines reconciliation. A best practice resource and toolkit. Version 1.1. London: National Health Service; 2017. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.sps.nhs.uk/articles/medicines-reconciliation-best-practice-resource-and-toolkit/>
 33. Transfers of Care Around Medicines (TCAM) [website]. ASHN Network; 2019.[consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.ahsnnetwork.com/about-academic-health-science-networks/national-programmes-priorities/transfers-care-around-medicines-tcam>
 34. NHS Discharge Medicines Service-Essential Service. Toolkit for pharmacy staff in community, primary and secondary care. London: National Health Service; 2021 [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/publication/nhs-discharge-medicines-service-essential-service-toolkit-for-pharmacy-staff-in-community-primary-and-secondary-care/>
 35. Safer use of medicines. Medicines reconciliation: revised definition, goals and measures and recommended practice statements for the Scottish patient safety programme. Edinburgh: NHS Scotland; 2013. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: [https://www.sehd.scot.nhs.uk/cmo/CMO\(2013\)18.pdf](https://www.sehd.scot.nhs.uk/cmo/CMO(2013)18.pdf)
 36. Gleason KM, Brake H, Agramonte V, Perfetti C. Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Toolkit for Medication Reconciliation. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Revised August 2012. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/match.pdf>
 37. Ontario primary care. Medication reconciliation guide. Toronto: Institute for Safe Medication Practices Canada and Health Quality Ontario; 2015 [consultado 20/6/2022]. Disponible en: https://www.ismp-canada.org/download/PrimaryCareMedRecGuide_EN.pdf
 38. Moreno Campoy E, Fernández Ruiz I, Pérez Pérez P, Barrera Becerra C, Corpas Nogales E, Suárez Alemán G, et al. Estrategia para la seguridad del paciente: plan estratégico de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud y Familias; 2019. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/calidad-sistema-sanitario/paginas/seguridad-pacientes.html>

-
39. Gobierno de Aragón. Estrategia de seguridad del paciente. Prácticas clínicas seguras. Uso seguro del medicamento. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.aragon.es/-/estrategia-de-seguridad-del-paciente>
 40. Estrategia de seguridad del paciente en Asturias 2015-2020. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; Junio 2015. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/estrategia-de-seguridad-del-paciente-en-asturias-2015-2020>
 41. Oliver Rosset E, Guerrero Bernat S, Soler Mieras A, Cabrer Palomés JF, Roca Casas A. Plan estratégico de seguridad del paciente 2019-2023. Palma: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca; 2018. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1784/plan-estrategico-seguridad-paciente-2019-2023-es.pdf>
 42. Plan en gestión de la calidad y seguridad del paciente, 2011-2015. Junta de Castilla y León, Sacyl. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://gobiernoabierto.jcyl.es/web/jcyl/GobiernoAbierto/es/Plantilla100Detalle/1284216489702/Programa/1284500567568/Comunicacion>
 43. Estrategia de seguridad del paciente de Castilla-La Mancha (2019-2023). Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha; 2018. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20190513/estrategia_de_seguridad_del_paciente_de_castilla-la_mancha.pdf
 44. Plan de salud de Cataluña 2011-2015. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; Febrero 2012. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/>
 45. Normalización de las funciones de calidad asistencial y seguridad del paciente de los departamentos/centros de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública; 2017. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/web/calidad/calidad-y-seguridad>
 46. Plan estratégico de seguridad de pacientes de Extremadura 2019-2023. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, Junta de Extremadura; 2019. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Seguridad%20de%20Pacientes/PLAN%20ESTRATEGICO%20SEGURIDAD%20PACIENTES%20de%20EXTREMADURA_2019-2023.pdf
 47. Sistema de seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios. Xunta de Galicia. Servicio Gallego de Salud; 2014. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: https://www.sergas.es/Calidade-e-seguridad-do-paciente/Documents/6/SISTEMA%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20Y%20GESTION%20DE%20REISGOS-SERGAS_castellano.pdf
 48. Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020. Servicio Madrileño de Salud. Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios; 2015. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/estrategia_de_seguridad_del_paciente_2015-2020_sermas_rev.pdf
 49. Programa de seguridad del paciente en la Región de Murcia. Servicio Murciano de Salud. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=103307&idsec=1037#>

-
50. Estrategia de seguridad de pacientes 2014-2020. Servicio Navarro de Salud. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AD6D0089-5A03-46F0-9AF3-6DEE5427F379/453329/ESTRATEGIADESEGURIDADSNSO20142020.pdf>
 51. III Plan de Salud de La Rioja 2015-2019. Rioja Salud. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/III-plan-salud.pdf>
 52. Estrategia de Seguridad del Paciente 2020. Osakidetza; 2018. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cinfo_estrategia_seg_paciente/es_def/adjuntos/ESTRATEGIA2020_es.pdf
 53. Plan Andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas (2012-2016). Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2012. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/planificacion/planes-integrales/paginas/paier.html>
 54. Zara C. Maneig de la medicació en el pacient crònic: conciliació, revisió, desprescripció i adherència. Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat; Juny 2013.
 55. Conciliación de la medicación en pacientes crónicos pluripatológicos complejos en las unidades de continuidad asistencial (UCA) de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección Técnica de Farmacia. Sacyl; Abril 2016.
 56. Albertí Homar F, Miguélez Chamorro A, Gabriel Moragues Sbert G, Serratusell Sabater E. Atención al paciente crónico complejo y al paciente crónico avanzado 2017. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud.
 57. Acciones para la mejora de la revisión de tratamientos, conciliación y adherencia en los pacientes crónicos complejos. Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; Junio 2019.
 58. Programa de revisión y conciliación de la medicación al alta hospitalaria en atención primaria en coordinación con atención hospitalaria. Subdirección Xeral de Farmacia. Dirección Xeral de Asistencia sanitaria. Servizo Galego de Saúde; Diciembre 2019.
 59. Medicación sin daños: Estrategia para la adecuación de tratamientos de pacientes mayores polimedicados en Atención Primaria. Servicio de Gestión Farmacéutica. Servicio Murciano de Salud; Mayo 2020.
 60. Guía para la adecuación de prescripciones en personas mayores polimedicadas-2021. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública; 2021.
 61. Goñi Zamarbide O. Implementación de un proyecto de atención farmacéutica en los centros sociosanitarios sin servicio de farmacia. Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio Navarro de Salud. Osasunbidea; Junio 2021.
 62. Valverde-Bilbao E, Mendizábal-Olaizola A, Idoiaga-Hoyos I, Arriaga-Goirizelai L, Carracedo-Arrastio JD, Arranz-Lázaro C. Conciliación de la medicación en atención primaria tras el alta hospitalaria. Rev Calid Asist. 2014; 29:158-64.
 63. Valverde E, Mendizábal A, Ariz C, Mitxelena I, Pérez A, Igea V. Conciliación de la medicación: desde el ingreso hasta la atención primaria. Rev Calid Asist. 2016; 31 Suppl 1:62-5.

-
64. Romero-Ventosa EY, Cambeiro-Pais MD, Xoubanova-Montero R M, de Dios-Martín AMB, Martínez-Sánchez ML, Piñeiro-Corrales G. Conciliación de la medicación al alta hospitalaria: colaboración entre farmacéuticos de atención primaria y atención especializada. *Pharm Care Esp*. 2018; 20(5):352-70.
 65. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). Concilia Medicamentos: conciliación de la medicación al alta hospitalaria en farmacia comunitaria. Madrid: CGCOF; 2017. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2020/02/LIBRETO-CONCILIA-DIGITAL.pdf>
 66. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). Proyecto de investigación Concilia Medicamentos 2. Informe global octubre 2021. Madrid: CGCOF; 2021. [consultado 24/3/2022]. Disponible en: https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2019/05/Informe-Concilia-Medicamentos_v09_def-1.pdf
 67. Ambulatory Health Care: 2022 National Patient Safety Goals. Joint Commission. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/ambulatory-health-care-national-patient-safety-goals/>
 68. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Madrid: Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria; 2012. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.sefap.org/wp-content/uploads/2020/03/Elementos-b%C3%A1sicos-del-abordaje...completo.pdf>
 69. Muth C, Blom JW, Smith SM, Johnell K, Gonzalez-Gonzalez AI, Nguyen TS, et al. Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus. *J Intern Med*. 2019;285(3):272-88.
 70. Spinewine A, Claeys C, Foulon V, Chevalier P. Approaches for improving continuity of care in medication management: a systematic review. *Int J Qual Health Care*. 2013;25(4):403-17.
 71. Manias E, Bucknall T, Hughes C, Jorm C, Woodward-Kron R. Family involvement in managing medications of older patients across transitions of care: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):95. doi: 10.1186/s12877-019-1102-6.
 72. Tomlinson J, Cheong VL, Fylan B, Silcock J, Smith H, Karban K, et al. Successful care transitions for older people: a systematic review and meta-analysis of the effects of interventions that support medication continuity. *Age Ageing*. 2020;49(4):558-69.
 73. Liebszeit D, Rutkowski R, Arbaje AI, Fields B, Werner NE. A scoping review of interventions for older adults transitioning from hospital to home. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(10):2950-2962.
 74. Proyecto MARC. Elaboración de una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos. Informe 2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto_MARC_2014.pdf
 75. Philbert I, Barach P. The European HANDOVER Project: a multi-nation program to improve transitions at the primary care--inpatient interface. *BMJ Qual Saf*. 2012;21 Suppl 1:i1-6.
 76. 5 Momentos clave para la utilización segura de los medicamentos. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/5-Momentos-clave-medicamento/>

-
77. Posicionamiento SEFAP en la revisión de la medicación centrada en la persona. 2022. [consultado 20/7/2022]. Disponible en:
<https://www.sefap.org/wp-content/uploads/2022/06/POSICIONAMIENTO-REVISION-MEDICACION.pdf>
78. ISMP-Safer Healthcare Now! Medication reconciliation in acute care. Getting started kit. Versión 4. ISMP Canada and Canadian Patient Safety Institute; 2017. [consultado 20/6/2022]. Disponible en: <https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/MedRec-AcuteCare-GSK-EN.pdf>



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD