



<https://www.revclinesp.es>

## V-242 - CONCILIACIÓN INTEGRAL DE LA MEDICACIÓN

B. San José Ruiz<sup>2</sup>, G. Barreiro García<sup>1</sup>, I. Villar Gómez<sup>1</sup>, J. Nieto Arana<sup>1</sup>, J. Goiri Aparicio<sup>1</sup>, G. Inclán Iribar<sup>1</sup>, S. Saitua Larreategui<sup>2</sup>, M. Egurbide Arberas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

### Resumen

**Objetivos:** Mejorar la seguridad del paciente en las transiciones asistenciales mediante el desarrollo de un programa de conciliación de la medicación.

**Métodos:** Se ha desarrollado un programa de conciliación de la medicación al ingreso, al alta y en la posterior visita del paciente a su centro de Atención Primaria. Los criterios de inclusión son: pacientes mayores de 70 años que tomaban 5 o más principios activos de manera crónica, procedentes de dos centros de salud y que ingresaban a cargo del servicio de Medicina Interna. Al ingreso hospitalario la supervisora de enfermería y las Enfermera de Prácticas Avanzadas explican a los pacientes seleccionados el estudio. Posteriormente, los farmacéuticos hospitalarios revisan la historia clínica para obtener la mejor historia farmacoterapéutica posible, que es confirmada en la entrevista con el paciente. Ésta historia farmacoterapéutica se compara con la prescripción médica al ingreso y las diferencias detectadas se comunican al médico internista responsable del paciente, que las clasifica y subsana en caso necesario. Al alta, los farmacéuticos hospitalarios revisan el tratamiento que consta en el informe médico provisional, comparándolo con el tratamiento habitual del paciente anterior al ingreso y los cambios realizados durante el ingreso. En caso de encontrar alguna diferencia se confirma con el médico internista para su corrección en caso necesario. Antes del alta, los farmacéuticos hospitalarios informan al paciente del tratamiento a seguir en el domicilio y facilitan recomendaciones sobre la toma de medicamentos. En el centro de salud se informa del alta del paciente a través de la continuidad de cuidados de enfermería. A las 48 horas el médico y la enfermera de Atención Primaria tienen una cita no presencial con el paciente donde se revisa nuevamente todo el tratamiento. En caso de encontrar alguna diferencia se realiza una consulta presencial para facilitarle su nuevo plan farmacoterapéutico.

**Resultados:** En febrero de 2015 se inició el proyecto previa definición del procedimiento de conciliación tanto a nivel hospitalario como en Atención Primaria. durante los meses iniciales del proyecto, febrero y marzo de 2015 24 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. De éstos, 9 no entraron en el estudio (5 decidieron no participar, 2 habían cambiado de centro de salud, 1 por alta y 1 por situación terminal). Al ingreso se conciliaron 15 pacientes. Las discrepancias detectadas fueron clasificadas en 10 casos. Se detectaron 18 errores de conciliación. A alta se conciliaron 10 pacientes. En 5 pacientes no se realizó la conciliación porque se trasladaron a otros centros (2), fallecieron (2) y en 1 caso no se avisó del alta. En total se detectaron 2 errores de conciliación. En la primera visita en atención primaria se revisó el tratamiento de los 10 pacientes y no se detectó ningún error de conciliación.

*Discusión:* Se ha conseguido desarrollar un programa de conciliación de medicación en tres transiciones asistenciales: al ingreso, al alta y en la posterior visita del paciente a su centro de Atención Primaria. La mejor historia farmacoterapéutica ha resultado esencias en la detección los errores de conciliación, que han disminuido con cada proceso hasta desaparece. Ante estos resultados continuaremos con el programa.