



---

## Protocolo

# 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

# PROGRAMA DE REVISIÓN Y CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA HOSPITALARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN COORDINACIÓN CON ATENCIÓN HOSPITALARIA

## Índice

1. Introducción y antecedentes
2. Objetivos
3. Ámbito de aplicación
4. Población diana
5. Profesionales que intervienen
6. Glosario
7. Procedimiento
8. Indicadores
9. Bibliografía
10. Anexos
11. Diagrama de flujo

Nº edición	01
Fecha aprobación	Diciembre 2019
Estado documento	VIGOR

## Aprobado por:

<b>Jorge Aboal Viñas</b> Director Xeral de Asistencia Sanitaria	<b>Jesús Manuel Balea Filgueiras</b> Subdirector Xeral de Farmacia	<b>Silvia M<sup>a</sup> Reboredo García</b> Jefe de Servicio Uso Racional del Medicamento y Atención Farmacéutica
---	---	--

## Control de modificaciones:

N.º Edición: 00
Fecha Aprobación: Diciembre 2019
Modificación realizada: Original

### Coordinación

- Jesús M. Balea Filgueiras. Subdirector Xeral de Farmacia. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.
- Silvia M<sup>a</sup> Reboredo García. Jefa de Servicio de Uso Racional del Medicamento y Atención Farmacéutica. Subdirección Xeral de Farmacia.

### Autoría:

- Silvia M<sup>a</sup> Reboredo García. Jefa de Servicio Uso Racional del Medicamento y Atención Farmacéutica. Subdirección Xeral de Farmacia.
- Carmen Casal Llorente. Técnico del Servicio de Uso Racional del Medicamento y Atención Farmacéutica. Subdirección Xeral de Farmacia.
- Inés Pardo Ponte. Técnico del Servicio de Uso Racional del Medicamento y Atención Farmacéutica. Subdirección Xeral de Farmacia.

### Revisión externa:

- Mercedes Pereira Pía. Farmacéutica de Atención Primaria. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.
- Isabel Rey Gómez Serranillos. Subdirectora de Prestación Farmacéutica. Área sanitaria de Vigo.
- Lucía Cid Conde. Subdirectora de Prestación Farmacéutica. Área sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.
- Sonia M<sup>a</sup> Fernández- Arruti Ferro. Directora Asistencial. Área sanitaria de Pontevedra e O Salnés.
- Susana Santos Couce. Directora de Atención primaria. Área sanitaria de A Coruña e Cee.
- Jose Javier Ventosa Rial. Director de Atención Hospitalaria. Área sanitaria de Ferrol.
- Manuel Portela Romero. Subdirector de Prestación Farmacéutica. Área sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.
- M<sup>a</sup> Dolores Basanta González. Subdirectora de Prestación Farmacéutica. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este protocolo.

## 1. INTRODUCCIÓN

---

La medicación es la primera causa de acontecimientos adversos derivados de la asistencia sanitaria a los pacientes, por lo que se han desarrollado diferentes iniciativas, propuestas y programas que incrementan la seguridad en la utilización de los medicamentos.

La OMS puso en marcha en marzo de 2017 el tercer reto mundial de seguridad del paciente “Medicación sin daño”, cuyo objetivo es reducir los eventos adversos evitables por medicamentos en un 50%, en 5 años, y por ello propone establecer actuaciones de mejora de la seguridad en tres áreas prioritarias: **las transiciones asistenciales, la polimedicación inapropiada y las situaciones de riesgo**, que incluyen **los medicamentos de alto riesgo** y los pacientes que son más vulnerables a los errores de medicación, como los pacientes de edad avanzada y la población pediátrica.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que durante las transiciones asistenciales o traslados de pacientes entre diferentes servicios o ámbitos asistenciales se producen numerosos errores de medicación por fallos en la comunicación sobre los tratamientos que reciben los pacientes. Estos errores pueden ocurrir cuando se obtiene la historia de medicación del paciente (p.ej. al ingreso en el hospital), cuando se registran los medicamentos en la historia clínica, y cuando se prescribe la medicación al ingreso, en los traslados de unidad, al alta hospitalaria, después del alta y en los servicios de urgencias. Así, en el momento del ingreso hospitalario se ha observado que hasta un 67% de los pacientes tienen algún error en la medicación domiciliar registrada en la historia clínica. En pacientes mayores polimedificados la incidencia de errores al ingreso es todavía mayor. Si estos errores en la historia clínica no se subsanan, pueden causar errores de prescripción durante la estancia hospitalaria e incluso al alta, principalmente omisiones de medicamentos necesarios y errores en la dosis, que pueden dar lugar a eventos adversos.

En España, la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (Periodo 2015-2020) recoge, entre los objetivos específicos de la Línea estratégica 2 (Prácticas clínicas seguras) la necesidad de “Revisar de forma sistemática la medicación en los pacientes crónicos polimedificados, para detectar o prevenir eventos adversos, garantizar la adecuación y mejorar la adherencia al tratamiento”, y “Conciliar la medicación durante las transiciones asistenciales, especialmente en pacientes crónicos polimedificados y en pacientes de alto riesgo, contando con la colaboración de todos los actores implicados.

La **revisión de la medicación** se define como una evaluación rigurosa del régimen terapéutico del paciente, con el objetivo de aumentar los beneficios en salud y minimizar los riesgos asociados a la medicación. La revisión incluye prevención, identificación, notificación y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM), teniendo en cuenta las características individuales de cada paciente, valorando la idoneidad del tratamiento farmacológico, acontecimientos adversos, u otros problemas, e incorpora la importancia de la colaboración entre los distintos miembros de un equipo multidisciplinario.

Los aspectos a valorar durante el proceso de la revisión de la medicación son la **indicación** de cada medicamento para el/los problemas de salud que presenta el paciente, la **adecuación** de la medicación según edad o condiciones clínicas, la **efectividad** del tratamiento para el objetivo

terapéutico planteado y la **seguridad** según las características del paciente. Asimismo también se deben revisar aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento y el conocimiento de los medicamentos que toma.

La **conciliación de la medicación** es una práctica que se ha desarrollado con el objetivo de mejorar la comunicación y disminuir los errores de medicación en las transiciones asistenciales, garantizando que el paciente recibe en cada momento la medicación correcta a lo largo de todo el proceso asistencial. Se define como un proceso formal y protocolizado de obtención de la lista completa de la medicación y comparación de la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una **transición asistencial** o de un traslado dentro del propio nivel asistencial, con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas.

Sin embargo puede no haber discrepancias de la medicación prescrita después de una transición asistencial respecto a la medicación habitual del paciente, y si haber problemas de adecuación, seguridad... fruto de la no adaptación de la medicación habitual al nuevo estado clínico del paciente, que no detectaríamos fruto de la comparación y si tras una revisión de la medicación. Por ello, la práctica de la conciliación de medicamentos requiere una **revisión sistemática y exhaustiva de toda la medicación** de un paciente (teniendo en cuenta tanto la información clínica de los registros como la información aportada por el paciente durante la entrevista clínica), con el objetivo de garantizar que los medicamentos que hay que añadir/iniciar, cambiar o retirar sean evaluados esmeradamente con el fin de mantener un listado exacto y actualizado de los medicamentos, disponible para el paciente o su familia/cuidador, así como para todos los profesionales que intervienen en su cuidado. Es una práctica de seguridad que permite garantizar una continuidad asistencial sin fisuras, asegurando que a lo largo de su asistencia los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente y que están prescritos con la dosis, la vía y la frecuencia correcta. Además facilita a los prescriptores tomar las decisiones más apropiadas a la hora de prescribir o suspender la medicación.

Por otro lado, una discrepancia no constituye necesariamente un error, ya que puede ser que obedezcan a la adaptación de la medicación crónica al nuevo estado clínico del paciente:

- a) **Una discrepancia es justificada y no requiere aclaración** cuando se explica por las condiciones del paciente o se justifica cuando se consulta con el médico:
  - Decisión médica de no prescribir un medicamento o cambiar su dosis, frecuencia o vía en función de la nueva situación clínica.
  - Decisión médica de cambio posológico o de vía de administración de un medicamento en función de la nueva situación clínica.
  - Inicio de nueva medicación justificada por la situación clínica.
  - Sustitución terapéutica según la Guía Farmacoterapéutica del hospital y los Programas de Intercambio Terapéutico.
- b) **Discrepancias que requieren aclaración o error de conciliación** es cuando no se explica por las condiciones clínicas del paciente, no estaba justificada en el curso clínico o informe médico y es aceptada como error por el prescriptor después de solicitar su aclaración:
  - *Omisión de medicamento*. El paciente tomaba un medicamento necesario y no se ha prescrito sin que exista justificación clínica explícita o implícita para omitirlo.

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

Por tanto, todos los problemas relacionados con la medicación que tiene prescrito el paciente tras una transición asistencial (sean errores de conciliación o no), se deben comentar con el médico prescriptor (de atención primaria o atención hospitalaria, según corresponda) para valorar la necesidad de corregirlos.

En ocasiones no es posible llegar a aclarar la discrepancia con el prescriptor de forma inequívoca. En estos casos se considera que la medicación no ha sido conciliada porque no se han completado todas las etapas del proceso (detección, aclaración y resolución), y se clasificará como **discrepancia no resuelta**. No obstante, se debe insistir hasta resolverla, especialmente si se trata de medicación de riesgo.

Los cambios realizados en la medicación del paciente, se deben documentar y comunicar adecuadamente al siguiente responsable sanitario del paciente y al propio paciente.

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

En el **ámbito de la atención primaria**, los estudios publicados sobre conciliación de la medicación evidencian un alto porcentaje de discrepancias entre los medicamentos que toma realmente el paciente y los registrados en la historia clínica. Este hecho pone de manifiesto la importancia de mantener una historia farmacoterapéutica actualizada en los registros informáticos de atención primaria e informar al paciente de manera adecuada de cada cambio producido en el tratamiento.

El médico de familia (MAP) es un profesional sanitario que está en una buena posición para conocer con precisión la medicación que tomaba el paciente previamente al ingreso, así como su historial clínico y, por tanto, para valorar los cambios en el régimen terapéutico tras el alta.

Un elemento facilitador para realizar esta función es que el MAP cuenta con la intervención de otros profesionales sanitarios (enfermeros, farmacéuticos) en el proceso de conciliación, que

podrían evitar recurrir a entrevistarse con los pacientes/cuidadores. Por tanto, la conciliación es un proceso multidisciplinar, que incluye al farmacéutico y el médico de familia, y en el que de forma complementaria pueden colaborar la enfermería de atención primaria.

La medicación que debe ser conciliada es la siguiente:

- Medicamentos de prescripción médica. En caso de cirugía programada, también deben recogerse las recomendaciones sobre la medicación que el paciente recibió en la visita preoperatoria.
- Automedicación y plantas medicinales que toma el paciente de forma habitual y continuada.

Por ello en el proceso de revisión y conciliación debe evaluarse:

1. Todos los medicamentos que tiene prescritos el paciente, dosis, pauta y última dosis
2. Hábitos de automedicación y medicamentos de venta libre
3. Hierbas medicinales y otros preparados
4. Alergias, intolerancias, retiradas previas por efectos secundarios
5. Adherencia terapéutica

Cuando se plantea la conciliación para Atención Primaria (AP) se puede pensar que, cuando llega un paciente a la consulta o se ve en un centro sociosanitario con leer el informe, lo que se ha prescrito y lo que toma, ya se está haciendo conciliación. Sin embargo, eso no es del todo correcto, ya que es un **proceso formal**.

Lo ideal sería que la medicación se conciliara en todas las transiciones asistenciales, esto es, cada vez que el paciente cambia de nivel asistencial o un nuevo profesional clínico participa en su atención. En atención primaria son momentos a valorar los ingresos hospitalarios, visitas a urgencias, consultas a atención especializada, ingresos en residencias, etc.

Algunos autores proponen centrarse en los pacientes mayores o los que toman más medicamentos, mientras que otros prefieren guiarse por criterios como las hospitalizaciones frecuentes, la utilización de medicamentos de riesgo o patologías que requieren cambios de medicación frecuentes.

La revisión y conciliación de la medicación, tal como se ha comentado, es un proceso formal que requiere de tiempo, por lo que una vez que se decide al paciente al que se le va a conciliar es preferible realizarla **en una consulta programada** fuera de la demanda clínica o de la actividad asistencial diaria.

Los formatos pueden ser diversos y no hay una fórmula estándar que sea la mejor si bien cuando una persona acude a la consulta sería recomendable que fuera con la persona cuidadora o con algún familiar que pueda ayudar en el proceso.

## ANTECEDENTES

---

La existencia de programas enfocados a la revisión de la medicación en pacientes mayores y/o polimedicados en España es conocida, siendo los antecedentes más notorios los llevados a cabo en la Comunidad de Madrid desde el año 2006, en Extremadura, Cantabria, Canarias y en la Comunidad Murciana desde 2009 o en Castilla y León desde 2010, alcanzando un nivel de desarrollo muy heterogéneo. En el caso de Galicia las autoridades sanitarias fueron plenamente



conscientes del enorme potencial que podría derivarse de la articulación de medidas que permitisen un adecuado seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes crónicos polimedicados. Como consecuencia, el Servicio Galego de Saúde puso en marcha en abril de 2011 un **Programa de mejora de la calidad en la atención al paciente crónico y polimedicado** y en la Estrategia SERGAS 2014 se contemplaba el desarrollo de un programa específico, orientado a mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes mayores polimedicados.

La implantación del programa en nuestra comunidad ha sido progresiva, proporcionando diferentes evidencias de su utilidad. En el año 2017, 12.146 pacientes fueron revisados por los farmacéuticos de atención primaria, detectándose un 7,6 % que cumplían al menos un criterio START y un 30 % al menos un criterio STOPP. De estos pacientes un 60% fueron revisados además por médicos y enfermeras de atención primaria.

Más allá de estas cifras, que permitieron constatar algunos de los beneficios del programa, en el año 2015 se llevó a cabo un estudio cualitativo, con la intención de conocer cuál era el impacto real del programa en los centros de atención primaria de nuestra comunidad, la acogida por parte de los profesionales, las posibles resistencias generadas, así como las principales dificultades y elementos de mejora. Los resultados obtenidos no sólo permitieron comprobar la diferente acogida que el programa había tenido entre los profesionales y la variabilidad en la ejecución del mismo, sino también la identificación de problemáticas comunes que debían ser abordadas de forma sistemática y con el mayor grado de estandarización posible. A raíz de la realización de este estudio se pusieron en marcha acciones concretas, constituyendo para ello un grupo de trabajo multidisciplinar que permitiese abordar adecuadamente los problemas detectados. Toda esta labor se vio finalmente refrendada en la Estrategia SERGAS 2020, en la que se hace explícita la necesidad de dar un nuevo impulso al programa, a través de nuevas acciones de mejora, como la elaboración de un protocolo detallado de actuación, la creación de un sistema de indicadores cuantitativos para la evaluación y mejora del mismo, la incorporación a IANUS de herramientas que faciliten la detección de la población diana y, por último, la necesidad de promover la participación activa y coordinada en el programa de los diferentes profesionales de Atención Primaria, acorde a su naturaleza integral y multidisciplinar.

Como ya se comentó, la situación de vulnerabilidad de un paciente tras recibir un alta hospitalaria hace necesario iniciar un proceso de revisión y conciliación de la medicación, ya que la seguridad del paciente puede estar comprometida, con riesgo de sufrir errores de medicación que pueden derivar en efectos adversos y re-ingresos hospitalarios en algunos casos evitables.

Por ello el **Programa de mejora de la calidad asistencial al paciente crónico polimedicado** ha establecido como población diana dos tipos de pacientes:

1. Pacientes que tengan prescritos “medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos” u otros medicamentos que puedan dar lugar a problemas de seguridad, que es lo que se conoce como “Programa de practicas seguras con medicamentos de uso crónico”.
2. Pacientes a los que se les ha dado un alta hospitalaria

En la actualidad en nuestra comunidad autónoma ya se realiza, en el nivel de la atención primaria la revisión de la medicación de pacientes tras determinadas transiciones asistenciales: al ingreso en una Residencia Sociosanitaria, en el acto de homologación de una medicación prescrita en consultas externas o al alta hospitalaria, o en determinados pacientes del Programa Conecta 72, derivados por enfermería a los farmacéuticos de atención primaria.



Asimismo en la atención hospitalaria se realiza conciliación de la medicación de los pacientes que ingresan en el hospital, y en algunos servicios, previamente al alta hospitalaria.

Con la actualización del Programa de mejora de calidad en la atención a pacientes crónicos polimedicados, se ha identificado la necesidad de que se incorpore como población diana de este programa, la revisión de la medicación tras el alta hospitalaria de pacientes que han estado ingresados en determinados servicios hospitalarios, y en los que en la actualidad no se está realizando conciliación al alta y sería necesario. Por ello, este documento abordará el procedimiento de revisión y conciliación de la medicación en atención primaria, en coordinación con la atención hospitalaria, tras el alta de pacientes ingresados en determinados servicios hospitalarios.

## 2. OBJETIVOS

---

**El Objetivo general** de este protocolo es contribuir a incrementar la seguridad en el uso de los medicamentos y los resultados en salud en los pacientes crónicos y polimedicados de nuestra comunidad, a través del diseño e implementación de un conjunto de pautas concretas para la revisión y conciliación de la medicación en ATENCIÓN PRIMARIA tras el alta hospitalaria de pacientes seleccionados como población diana del “Programa de mejora de la calidad de la atención de los pacientes crónicos polimedicados”.

### Objetivos Específicos:

**Objetivo 1.** Incorporar al *Programa de Mejora de la Calidad de la Atención al Paciente Crónico Polimedicado*, la **revisión sistemática y conciliación de la medicación** de los pacientes que han sido dados de alta en determinados servicios, de forma consensuada y coordinada con la atención hospitalaria. De este modo será posible revisar y conciliar la medicación de una “bolsa estratégica” de pacientes, no sólo poniendo al día su Hoja de Medicación Activa, sino también incorporándolos activamente al programa y facilitando su seguimiento posterior.

**Objetivo 2. Disminuir los errores de medicación** a lo largo de toda la atención sanitaria, garantizando en lo posible que los pacientes reciban todos los medicamentos necesarios que estaban tomando antes del ingreso (en la dosis, vía y frecuencia correctas) y que se adecúen a su situación actual y/o a la nueva prescripción realizada en el hospital.

**Objetivo 3.** Evitar de forma proactiva que se generen nuevos casos de polimedicación (así como posibles Problemas relacionados con la medicación [PRM]) y promover paulatinamente una cultura del uso seguro del medicamento tanto entre los pacientes, como entre los profesionales de la salud.

**Objetivo 4.** Potenciar el carácter integral del programa, favoreciendo una mayor coordinación entre profesionales y niveles asistenciales y, en definitiva, una mayor continuidad asistencial.

**Objetivo 5.** Mejorar la calidad asistencial de los pacientes al alta, homogeneizando la práctica asistencial tras ésta e incrementando la confianza de los pacientes y cuidadores en la asistencia sanitaria.

### 3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

---

Profesionales Sanitarios (médicos, farmacéuticos y enfermería) de Atención Primaria pertenecientes al Servizo Galego de Saúde, que trabajarán en coordinación con profesionales sanitarios de Atención Hospitalaria (médicos y farmacéuticos), garantizando la continuidad asistencial.

### 4. POBLACIÓN DIANA

---

Pacientes al alta hospitalaria susceptibles de conciliación. Dado el volumen de pacientes resultante se establecerán criterios de priorización:

- Pacientes  $\geq$  75 años
- Altas en determinados servicios hospitalarios de las áreas sanitarias.

### 5. PROFESIONALES QUE INTERVIENEN

---

La aplicación de este protocolo implica la participación directa de las siguientes figuras profesionales, cuyas funciones se describen a continuación.

#### FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (FAP)

- Gestionar la lista de trabajo de “Conciliación de la medicación al alta hospitalaria”.
- Obtención de la lista completa de la medicación al alta y comparar este listado con la medicación habitual (previa) del paciente. Coordinación con el MAP/enfermería para el contacto con el paciente en caso de necesidad de aclaraciones.
- Realizar una revisión sistemática de la medicación en base a criterios de indicación, adecuación, efectividad y seguridad, e identificar posibles errores de conciliación (discrepancias).
- Colaboración en la actualización de la hoja de medicación activa del paciente.
- Comunicación y resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y discrepancias con el medico de atención primaria o de atención hospitalaria, según corresponda.
- Coordinación con el servicio de farmacia de Atención Hospitalaria como con el servicio de alta del paciente para resolver posibles discrepancias no resueltas o PRM.
- Difusión y coordinación del programa en los centros asignados.
- Participar activamente en las actividades formativas.

#### FARMACÉUTICO DE HOSPITAL:

- Colaboración con el FAP para resolver las posibles discrepancias o PRM que no puedan ser resueltas directamente por el FAP.



### MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA/ MÉDICO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA (MAP/MAH)

- Valoración de los problemas relacionados con la medicación, discrepancias y propuestas de intervención detectadas por el farmacéutico.
- Registro de las acciones realizadas en IANUS.
- Explicar al paciente y/o cuidador de la necesidad de modificación de determinadas prescripciones.
- Actualizar la Hoja de Medicación Activa.
- Participar activamente en las actividades formativas.

### ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP)

- Colaboración en la obtención de la lista completa de la medicación. Contactar telefónicamente con el paciente (llamada del Conecta 72) en caso de necesidad de aclaraciones.
- Entrevista Clínica Semiestructurada con el paciente en caso de que el paciente fuese derivado.
- Comunicación con el MAP/FAP en caso de detectar discrepancias y PRM.
- Información de medicamentos y Educación sanitaria.

## 6. GLOSARIO

---

**CONECTA 72:** programa de continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria para conseguir que la información de las altas hospitalarias de todos los pacientes de cualquiera patología sea recibida, de forma automática, por los profesionales (medicina y enfermería) de los centros de salud. Con el fin de mejorar la continuidad asistencial, a través de la realización en las primeras 72 horas después del alta, de una consulta telefónica por parte del enfermero o enfermera de atención primaria a los pacientes que fueron dados de alta hospitalaria y mejorar la comunicación entre la enfermería de atención primaria y el paciente tras el alta hospitalaria, a la vez que se procura la integración entre profesionales de enfermería de distintos ámbitos asistenciales.

**Conciliación da medicación:** proceso formal consistente en comparar la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una transición asistencial o de un traslado dentro del propio ámbito asistencial, con el objetivo de analizar y resolver discrepancias detectadas. Este proceso debe realizarse con la participación de todos los profesionales responsables del paciente, sin olvidar al propio paciente/cuidador siempre que sea posible, con el objetivo de valorar la adherencia y/o la falta de comprensión de los tratamientos.

**Concordancia:** correspondencia o conformidad de una cosa con otra.

**Consulta programada:** es realizada por iniciativa de un profesional sanitario. Comprende todas aquellas actividades asistenciales de atención individual, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos agudos o crónicos, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad que realizan los diferentes profesionales de atención primaria.

**Discrepancia:** cualquier diferencia entre la medicación habitual crónica en atención primaria que el paciente tomaba previamente y la medicación prescrita después de una transición asistencial o traslado dentro de un mismo ámbito asistencial. No constituye necesariamente un error.

**Entrevista semiestructurada:** Desarrollada por Borrell i Carrió (1989), se caracteriza por un formato intermedio entre la entrevista libre y la entrevista totalmente cerrada y dirigida por el profesional. En ella se distinguen dos fases: la parte exploratoria, en la que se intenta comprender cuál es el problema del paciente, utilizando técnicas que permiten el vaciado de la información, y la parte resolutive, con técnicas para informar y negociar con el paciente de la forma más adecuada. La entrevista termina con el cierre, también llamado red de seguridad o toma de precauciones, en el que se introducen estrategias para controlar una posible evolución desfavorable del problema del paciente.

**Errores de conciliación:** son aquellas discrepancias o diferencias no justificadas clínicamente entre la medicación crónica habitual del paciente y la nueva prescripción después de una transición asistencial, ya sea ingreso, traslado de unidad, alta hospitalaria, atención domiciliaria, asistencia a urgencias o a diferentes consultas médicas especializadas.

**Evento adverso:** incidente que produce daño al paciente.

**Historia clínica electrónica:** La Historia Clínica Electrónica en Galicia es el registro unificado de toda la información clínica procedente de actividades relacionadas con la salud: consultas, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, prescripciones farmacológicas etc. realizadas a un paciente en los diferentes ámbitos asistenciales que componen el Servizo Galego de Saúde. Este sistema se denomina IANUS.

**Hoja de medicación activa (HMA):** es el documento en soporte papel que se le entrega al paciente para que le sirva como referencia de su medicación activa. Contiene la lista de las prescripciones activas, no bloqueadas y con por lo menos una receta actual o futura. EL documento incluye también los datos del paciente, médico de atención primaria, y una estimación de la próxima fecha de recogida según la finalización más temprana de sus tratamientos. La hoja de medicación activa está disponible desde IANUS, desde los sistemas de dispensación y desde la web del SERGAS.

**Lista de trabajo:** mecanismo de acceso a la historia clínica electrónica de un paciente en el sistema IANUS.

**Población diana:** grupo de personas al que va dirigido un estudio o intervención, en función de unas características concretas previamente definidas. En el caso del Programa de conciliación de la medicación al alta hospitalaria en atención primaria, se trata de los pacientes  $\geq 75$  años que han sido dados de alta en determinados servicios hospitalarios de las áreas sanitarias.

**Protocolo:** acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema y en el cual se clarificaron las actividades para realizar ante una determinada tarea.

**Problemas relacionados con la medicación (PRM):** son aquellas situaciones que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de medicamentos (RNM). Los PRM son elementos del proceso que suponen al usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir un RNM.

## 7. PROCEDIMIENTO:

Se establecen **8 Etapas del proceso de conciliación en AP**

### 1. Identificación de pacientes al alta hospitalaria, susceptibles de conciliación.

El farmacéutico de atención primaria dispondrá en IANUS de una “**Lista de trabajo para conciliación de la medicación al alta hospitalaria**”, que identifica a los pacientes dados de alta en un servicio seleccionado del hospital (consensuado en cada Área sanitaria):

ÁREA SANITARIA DE VIGO: Medicina Interna
ÁREA SANITARIA DE LUGO: Medicina Interna
ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO: Cardiología
ÁREA SANITARIA DE OURENSE: Medicina Interna
ÁREA SANITARIA DE A CORUÑA: Traumatología
ÁREA SANITARIA DE PONTEVEDRA: Endocrinología y Reumatología
ÁREA SANITARIA DE FERROL: Neurología

Lista de servicios hospitalarios

- Esta lista de trabajo incorpora los pacientes  $\geq 75$  años dados de alta en el día anterior en los servicios seleccionados. Los datos se actualizan diariamente en un proceso de carga nocturna.
- La información de dicho alta se mantiene al menos, durante dos días. Los pacientes desaparecen de la lista automáticamente a los dos días de la incorporación.

Día de la semana	Días cargados	Contenido de la lista
Lunes	4	Jueves, Viernes y Sábado
Martes	4	Viernes, Sábado, Domingo y Lunes
Miércoles	3	Domingo, Lunes y Martes
Jueves	2	Martes y Miércoles
Viernes	2	Miércoles y Jueves
Sábado		
Domingo		



- La lista esta ordenada por fecha y hora de alta en orden ASCENDENTE (primero los más antiguos).
- Para cada alta hospitalaria se muestra la siguiente información:
  - CIP de paciente,
  - NASI del paciente,
  - Apellidos y nombre del paciente, apellidos y
  - Nombre del médico de atención primaria del paciente (titular de su cupo médico),
  - Centro de atención primaria del paciente,
  - Fecha y hora del alta hospitalaria,
  - Servicio hospitalario correspondiente al alta,
  - Centro de atención hospitalaria del alta,
  - **Criterio seguridad: texto que muestra el/los criterio/s de detección de potenciales problemas de seguridad identificados en el paciente en cuestión** (solo aparece para aquellos pacientes en los que se identifique alguno de los criterios consensuados)
  - Nivel de alerta asignado al paciente, en función de los criterios de detección de potenciales problemas de seguridad identificados.

Conciliación da medicación á alta hospitalaria :

	CIP	NASI	Paciente	Medico AP	Centro AP
<input type="radio"/>			27, JOSE	Dr./a. MACEDA LEBON, MARIA ISABEL	CENTRO SAUDE BECERREA
<input type="radio"/>			MARINA	Dr./a. GONZALEZ RODRIGUEZ, JOSE	CONSULTORIO VALEIXE
<input type="radio"/>			PRIETO	Dr./a. LOPEZ FILLOY, MARTA	CENTRO SAUDE A DOBLADA
<input type="radio"/>			ALONSO	Dr./a. DOÑE DE LA ROSA, FRANCIS ALBERTO	CENTRO SAUDE A FONSAGRADA
<input type="radio"/>			3, EVENCIO	Dr./a. DOÑE DE LA ROSA, FRANCIS ALBERTO	CENTRO SAUDE A FONSAGRADA

Total: 25

Página 1 de 1

Página:

Data hora alta	Servizo	Centro AH	Criterio seguridade	Alerta
05/02/2019 15:17	MEDICINA INTERNA - 3	HOSPITAL LUCUS AUGUSTI	DEM elevada sin diagnóstico de cancro, Prescripción de IECA/ARAI1/ALISKIREN + diurético + AINE CRÓNICO (Triple Whammy), Prescripción de medicamentos antidecencia (Rivastigmina, Galantamina e Donepezilo) + medicamentos con alto potencial anticolinéxico	Alto
03/04/2019 15:00	TRAUMATOLOXIA XXIV	HOSPITAL XERAL	Bifosfonatos por un período de tempo superior a 5 anos, Prescripción de 2 ou máis medicamentos con propiedades anticolinéxicas	Medio
04/02/2019 15:00	TRAUMATOLOXIA XXIV	HOSPITAL XERAL	Bifosfonatos por un período de tempo superior a 5 anos	Baixo
06/02/2019 15:27	MEDICINA INTERNA - 3	HOSPITAL LUCUS AUGUSTI	-	----
04/02/2019 15:40	MEDICINA INTERNA - 3	HOSPITAL LUCUS AUGUSTI	-	----



En el caso de que en las listas de trabajo aparezcan **pacientes de otras áreas sanitarias** porque han sido derivados o desplazados, y en el área de destino están vigentes programas de conciliación con servicios diferentes, deberá iniciarse igualmente el proceso de revisión y conciliación de la medicación.

El paciente será incluido en el programa mediante la creación de un episodio en IANUS a través del código CIAP-2, consensuado para el paciente polimedcado, que será o **A23.01** Historia personal de uso (presente) de otros medicamentos por largo tempo.

**2. Obtención de la lista completa de la medicación**, medicamentos suspendidos, añadidos o modificados **al alta del paciente**

Para la elaboración de esta lista el farmacéutico recabará como mínimo, del informe de alta del paciente en IANUS y de la Historia clínica electrónica (HCE), la siguiente información mínima: nombre de los medicamentos, la indicación, la dosis, la frecuencia y vía de administración.

**3. Comparación de este listado de medicación al alta del paciente, con la lista de medicación habitual (previa) del paciente**, obtenida a partir de la Historia Clínica electrónica.

Tanto en este punto como en el anterior pueden surgir dudas o necesidad de aclaraciones sobre la medicación previa al ingreso, por lo que se coordinará con el MAP y/o enfermería el contacto con el paciente (llamada del CONECTA 72) para obtener dicha información. Si es necesario, se recurrirá a una entrevista semiestructurada con el paciente/cuidador.

Una vez que se ha elaborado el listado completo de la medicación al alta, el FAP debe compararlo con la historia completa de medicación domiciliaria.

**4. Revisión sistemática de la medicación y detección de errores de conciliación (discrepancias).**

El farmacéutico realizará una revisión sistemática y exhaustiva de toda la medicación de un paciente (teniendo en cuenta tanto la información clínica de los registros como la información aportada por el paciente durante la entrevista clínica), con el objetivo de garantizar que los medicamentos que hay **que añadir/iniciar, cambiar o retirar sean evaluados y poder mantener un listado exacto y actualizado de los medicamentos**, disponible para el paciente o su familia/cuidador, así como para todos los proveedores que intervienen en su cuidado.

**La revisión de la medicación se realizará en un periodo de 24-48 horas desde la inclusión del paciente en la lista de trabajo de conciliación de la medicación al alta hospitalaria.**

El farmacéutico dispondrá de un apartado específico para la revisión y conciliación de Medicación en IANUS, **Soporte para la Revisión de la medicación e Intervención del Paciente Polimedcado (SRIPP)** (Anexo 1). Mientras no esté disponible esta herramienta, se registrará en la nota SOIP vinculada al episodio A23.01

**5. Comunicación y resolución problemas relacionados con los medicamentos/errores de conciliación con el médico responsable del paciente.**



Si se detectan **problemas relacionados con los medicamentos y/o errores de conciliación**, el farmacéutico de atención primaria debe trasladarlo al médico de atención hospitalaria o al médico de atención primaria, y en caso necesario, hacer una propuesta de intervención para su resolución.

*Para esta tarea pueden surgir necesidades de comunicación con el **servicio de alta del paciente** o con el **servicio de farmacia del hospital**, que podrán ser resueltas mediante una **e-interconsulta**. **Será necesario nombrar a un referente (interlocutor) en los servicios hospitalarios implicados y en los centros de AP.***

*Para la comunicación con el **médico de atención primaria**, mientras no esté disponible el gestor de peticiones, se gestionará una **cita no presencial** en su agenda a través del PSX (acto "conciliación"-Acto-CONCIL). Si la resolución del problema relacionado con la medicación es urgente, se contactará telefónicamente.*

**6. Documentación de los cambios realizados.** Registro de las acciones realizadas en la Historia Clínica Electrónica del paciente.

El profesional responsable del paciente registrará los cambios en la historia clínica.

**7. Actualización de las prescripciones en Receta Electrónica.**

El médico responsable del paciente actualizará las prescripciones en receta electrónica.

El farmacéutico de atención primaria colaborará con el médico en la **actualización de las prescripciones en receta electrónica** en los siguientes casos:

- Prescripciones activas crónicas que no tengan generadas recetas en un período de 6 meses o superior (para recetas de envases que no duren más de 6 meses).
- Prescripciones activas (con recetas o no) con indicación escrita en HCE de retirada de tratamiento.
- Prescripciones activas que tras resolución de un PRM/ discrepancia no justificada se confirma con el médico que debe ser inactivada, y según consta en HCE.
- Prescripciones activas crónicas que no tienen recetas activas, pues forma parte de un tratamiento agudo que ya finalizó según consta en HCE.

En todo caso el FAP debe indicar en HCE el motivo de la inactivación.

**8. Entrega al paciente o familiar/cuidador de la Hoja de Instrucciones de Receta Electrónica (HMA)**, asegurando el conocimiento del paciente o familiar/cuidador de su nuevo régimen terapéutico para garantizar la trasmisión/comunicación eficaz de la información y que esté disponible para el próximo responsable sanitario que lo atienda.

El médico de atención primaria o el profesional designado, explicará al paciente y/o cuidador de la necesidad de modificación de determinadas prescripciones.

Debemos asegurarnos que el paciente entiende la información proporcionada y acepta los cambios; en caso contrario, debe reforzarse la información y educación del paciente en la necesidad del cambio, o si esto no funciona, deben revisarse las causas por las cuales el paciente no acepta la modificación de la prescripción y si es posible, buscar alternativas.

Para mantener una comunicación eficaz y recordar los aspectos fundamentales que deben conocer se puede utilizar la “lista de 5 preguntas que los pacientes y cuidadores deben realizar sobre su medicación”. (Anexo 2)

Se recomienda implicar al paciente y cuidadores, para que consulten todas las dudas que tenga sobre sus medicamentos, e indicarles que lleven consigo la hoja de medicación activa siempre que soliciten asistencia sanitaria.

## 8. INDICADORES

---

### INDICADORES DE IMPLANTACIÓN

- Número y % de hospitales que han implantado el programa
- Número y % de servicios hospitalarios que han implantado el programa
- Número y % de servicios e atención primaria que han implantado el programa
- Número y % de pacientes de la población diana que se han beneficiado del programa (N y % de pacientes conciliados)
- N y % de hospitales en los que se han llevado a cabo sesiones de formación para la difusión e implementación del programa/protocolo
- N y % de farmacéuticos de AP implicados en el programa.

### INDICADORES DE PROCESO

- N y % de pacientes con problemas de indicación
- N y % de pacientes con problemas de seguridad
- N y % de pacientes con problemas de efectividad
- N y % de pacientes con problemas de adecuación
- N y % de pacientes con discrepancias no justificadas
- N y % de pacientes con discrepancias no justificadas y han sido resueltas
- N y % de pacientes con discrepancias no justificadas resueltas, sobre el total de discrepancias no justificadas detectadas.
- % de pacientes con PRM/errores de conciliación del total de pacientes revisados
- Nº de PRM/discrepancias no justificadas por paciente

### INDICADORES DE RESULTADO

- Reducción del % porcentaje de reingresos hospitalarios por problemas relacionados con medicamentos en el servicio hospitalario que tiene implantado el programa de conciliación (proyecto de investigación)

---

## 9. BIBLIOGRAFÍA

---

Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: Información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. SEFAP. Madrid 2012.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de publicaciones; 2016. Disponible en: <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

Patient safety. WHO global patient safety challenge: medication without harm. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>

Almanasreh E, Moles R, Chen TF. The medication reconciliation process and classification of discrepancies: a systematic review. Br J Clin Pharmacol 2016; 82:645–658.

Borrel i carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: SEMFYC; 2004.

Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Conciliación de la medicación: una herramienta necesaria para garantizar la continuidad asistencial y mejorar la seguridad del paciente. Butlletí d'informació terapèutica. [Internet]. 2010; 22(4). Disponible en: <http://www.cedimcat.info/images/bit/2010/esbit410.pdf>.

Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en centros sanitarios. Sociedad Catalana de Farmacia Clínica [Internet]. 2009. Disponible en: [http://www.scfarmclin.org/docs/conciliacio/conciliacion\\_medica\\_cat.pdf](http://www.scfarmclin.org/docs/conciliacio/conciliacion_medica_cat.pdf).

Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. Boletín [Internet]. 2011; 34. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Bolet%3%ADn%20n%2%BA%2034%20%28Diciembre%202011%29.pdf>

Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. Boletín [Internet]. 2016; 42. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2042%20%28Diciembre%202016%29.pdf>.

Medication Safety in Transitions of Care. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/UHC/SDS/2019.9). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325453/WHO-UHC-SDS-2019.9-eng.pdf?ua=1>

NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors. [Internet]. Disponible en: <http://www.nccmerp.org/sites/default/files/indexColor2001-06-12.pdf>

Osakidetza. Conciliación de la medicación. Boletín Infac [Internet]. 2013; 21(10). Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac/eu\\_miez/adjuntos/INFAC\\_Vol\\_21\\_n\\_10.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/INFAC_Vol_21_n_10.pdf).

Rodríguez-Palomar G, Rosich-Martí I. Conciliación de la medicación. Capítulo 2. En: Amado E, coordinador SEFAP. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: Información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. 1.ª edición. Madrid: Ala Oeste; 2012. Disponible en: <http://www.sefap.org/noticias/123/sefap-publica-elementos-basicos-del-abordaje-de-la-medicacion-en-el-paciente-cronico#WWOcktlUlaQ>.

Sánchez Serrano JL, Lara García-Escribano S, González Zarca MT, Muñoz Carreras MI. Conciliación de la medicación. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla - La Mancha [Internet]. 2012; Vol XIII, Nº 1. Disponible en: [http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/conciliacion\\_de\\_la\\_medicacion.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/conciliacion_de_la_medicacion.pdf)

Villena J. Seguridad del Paciente. Estrategias para una asistencia sanitaria más segura [Internet]. 1.ª Edición. Madrid. Editorial Modus Laborandi, S. L.; 2016. Disponible en: [http://www.moduslaborandi.com/uploads/file/Seguridad\\_del\\_paciente.pdf](http://www.moduslaborandi.com/uploads/file/Seguridad_del_paciente.pdf)

## 10. ANEXOS

---

### ANEXO 1:

#### Soporte para la Revisión de la medicación e Intervención del Paciente Polimedicado (SRIPP)


El Soporte para la Revisión de la medicación e Intervención en pacientes Polimedicados, es nueva funcionalidad de IANUS que se incorporará como parte del módulo de prescripción electrónica, para mejorar el seguimiento y control del tratamiento farmacológico de los pacientes polimedicados.

Su utilización contribuye a gestionar de manera sistemática y personalizada la revisión de la medicación de cada paciente, favoreciendo la comunicación entre los profesionales sanitarios, los cuales podrán consultar toda la información en la propia historia clínica electrónica IANUS. Consta de 3 bloques:

- 1) Bloque 1: Revisión sistemática de la medicación.
- 2) Bloque 2: Conciliación de la medicación.
- 3) Bloque 3: Revisión de aspectos relacionados con el paciente.

Los bloques 1 y 2 permiten integrar bajo un mismo soporte electrónico las diferentes tareas de **Revisión de aspectos relacionados con el tratamiento farmacológico** que el farmacéutico debe realizar, junto a su propuesta de intervención en cada caso y, por otro lado, las decisiones adoptadas por el facultativo médico a tenor de la información disponible.

-El bloque 1 consta de 3 secciones:

**1.1 Revisión de medicamentos incluidos en el plan terapéutico:** revisión de medicamentos disponibles en el árbol de prescripción, según los criterios de indicación, adecuación, efectividad y seguridad. Se seleccionarán solo la/las prescripciones en las que se hayan detectado potenciales PRM, para indicar el motivo, añadir el texto explicativo correspondiente del problema detectado en el campo de "Observaciones", y hacer la "Propuesta de intervención" al médico; Este texto se trasladará automáticamente a una nota SOIP del episodio/s vinculados, y se mostrará un icono de aviso "Hay intervención pendiente" , para la valoración del médico y argumentación de la decisión tomada en caso de no modificar la prescripción. Este aviso desaparecerá cuando el médico actúe sobre la prescripción.

**1.2 Revisión de medicación a incluir en el plan terapéutico:** en este apartado se revisará si el paciente tiene algún problema de salud que debería tratarse con algún medicamento, indicando el principio activo, Dosis/Posología y las correspondientes observaciones y propuestas de intervención. Su funcionamiento es similar al apartado anterior.

**1.3 Revisión de productos terapéuticos no incluidos en el plan terapéutico, pero que el paciente está tomando:** en este apartado se podrá hacer la revisión de aquellos productos farmacéuticos que enfermería/otro profesional haya registrado en el apartado 3, que no figuran en el árbol de prescripción y que el paciente esté tomando.

- El bloque 2 será el soporte realizar el **Proceso de conciliación de la medicación**, y registrar las discrepancias justificadas identificadas, el tipo de discrepancias y si se pudieron resolver, los problemas de adherencia detectados o sospechados, si el medicamento requiere algún tipo de



monitorización y si la HMA se encuentra actualizada, con las correspondientes observaciones y propuestas de intervención al médico.

El bloque 3 permite integrar y actualizar toda la información de la **Revisión de aspectos relacionados con el paciente**. Consta de tres apartados:

(3.1) Información disponible en IANUS sobre los medicamentos del árbol de prescripción, que cada profesional puede completar y/o modificar oportunamente, permitiendo disponer de un listado completo de medicamentos, posología, indicación terapéutica crónica o aguda, datos de dispensación en la oficina de farmacia, dosis, etc.

(3.2) Información de verificación de la información anterior y aquella referida a otros medicamentos no recogidos en el árbol de prescripción, que deben ser incorporados al sistema.

(3.3) Valoración de la Concordancia, Adherencia terapéutica, Conocimiento de los medicamentos, Riesgo Sociosanitario, Problemas Relacionados con el Uso de Medicamentos (PRM), Herramientas para la ayuda al cumplimiento terapéutico y Observaciones que puedan resultar de interés, como alergias, etc.

La información del apartado 3.1 podrá ser volcada casi en su totalidad directamente por el sistema. Las partes 3.2 y 3.3 serán cumplimentadas en la entrevista clínica con el paciente.



ANEXO 2:

# 5 PREGUNTAS QUE DEBE HACER SOBRE SUS MEDICAMENTOS cuando esté con su médico, enfermera o farmacéutico.

## 1. ¿Hay algún cambio?

¿Me han recetado algún medicamento nuevo, o me han quitado o cambiado alguno, y por qué?

## 2. ¿Cuáles debo continuar?

¿Qué medicamentos debo seguir tomando y por qué?

## 3. ¿Cómo se utilizan correctamente?

¿Cómo debo tomar mis medicamentos y durante cuánto tiempo?

## 4. ¿Qué debo controlar?

¿Cómo sabré si mi medicamento funciona y qué efectos secundarios tengo que vigilar?

## 5. ¿Se necesitan hacer revisiones?

¿Necesito que me hagan alguna prueba de control y cuándo debo volver a consulta?



**Mantenga actualizada una lista con sus medicamentos.**

**Recuerde incluir:**

- ✓ Alergias a medicamentos
- ✓ Vitaminas y minerales
- ✓ Plantas medicinales y productos naturales
- ✓ Todos sus medicamentos, incluidos los que no precisan receta

**Pida a su médico, enfermera o farmacéutico que revise todos sus medicamentos para ver si puede dejar de tomar alguno o disminuir su dosis.**

© 2016 ISMP Canada. Con el permiso de ISMP Canada.



Visite [safemedicationuse.ca](http://safemedicationuse.ca) si desea más información.



## 11. DIAGRAMA DE FLUJO

