

DOCUMENTO DE CONSENSO EN TERMINOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN EN CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

 **Mayo**
EDICIONES
el farmacéutico
hospitales

09-11-FER-URI-09-105



Grupo  **Uriach**
Pharma

**DOCUMENTO DE
CONSENSO EN
TERMINOLOGÍA
Y CLASIFICACIÓN DE
LOS PROGRAMAS
DE CONCILIACIÓN DE
LA MEDICACIÓN**

Con el aval de



S.E.F.H.

Grupo  *Uriach
Pharma*

 **Mayo**
EDICIONES

Edita:



©2009 EDICIONES MAYO, S.A.

Aribau, 185-187

08021 Barcelona

Segre, 29

28002 Madrid

ISBN: 978-84-9905-044-7

Depósito legal: B-31.683-09

Impresión: Press Line

Reservados todos los derechos. No se puede reproducir ninguna parte de esta publicación, ni almacenarla en un sistema recuperable, ni transmitirla por ningún medio electrónico, mecánico, fotocopiado, en discos, ni de cualquier otra forma, sin la previa autorización escrita de los propietarios del *copyright*. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de este artículo.

www.edicionesmayo.es

Documento de consenso en terminología y clasificación de los programas de Conciliación de la Medicación

Dirección

M. Cinta Gamundi Planas

Clínica del Pilar Sant Jordi. Barcelona

Pilar Sabin Urkía

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

Directoras de la revista «El farmacéutico hospitales»

Coordinadora del Proyecto

Cristina Roure Nuez

Grupo coordinador

**Teresa Aznar
Saliente**

Hospital Universitario
de San Juan. Alicante

**Olga Delgado
Sánchez**

Hospital Universitario
Son Dureta.
Palma de Mallorca

Lucía Fuster Sanjurjo

Hospital
Arquitecto Marcide.
Ferrol (A Coruña)

**Isabel Villar
Fernández**

Hospital Universitario
Miguel Servet.
Zaragoza

Cristina Roure Nuez

Consorci Sanitari
de Terrassa. Terrassa
(Barcelona)

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Grupo de consenso

**A.V. Aguirrezabal
Arredondo**

Hospital de Basurto.
Bilbao (Vizcaya)

**A. Aranguren
Redondo**

Hospital Donostia.
Donostia (Guipúzcoa)

T. Aznar Saliente

Hospital Universitario
de San Juan.
Alicante

A.C. Bandrés Liso

Hospital Royo
Villanova. Zaragoza

B. Bara Oliván

Hospital General de
Cataluña. Sant Cugat
del Vallès (Barcelona)

B. Calderón Hernanz

Hospital Son Llàtzer.
Palma de Mallorca

O. Delgado Sánchez

Hospital Universitario
Son Dureta. Palma
de Mallorca

L. Fuster Sanjurjo

Hospital Arquitecto
Marcide. Ferrol
(A Coruña)

M. Garau Gomila

Hospital Universitario
Vall d'Hebron.
Barcelona

M. García Peláez

Hospital
Parc Taulí.
Sabadell
(Barcelona)

**F. Fernández
Cortés**

Hospital Comarcal
de Inca. Inca
(Palma de Mallorca)

C. Hernández Prats

Hospital de Hellín.
Albacete

A. Juanes Borrego

Hospital de Sant Pau.
Barcelona

C. Lara Cátedra

Fundación
Hospital Alcorcón.
Madrid

**F.J. Martínez
Bahamonde**

Complejo Hospitalario
Universitario
de Santiago.
Santiago de
Compostela (A Coruña)

I. Martínez López

Hospital Universitario
Son Dureta.
Palma de Mallorca

S. Montesinos Ortí

Hospital Arnau
Vilanova. Valencia

**M. Montero
Hernández**

Hospital La Fe.
Valencia

C. Moriel Sánchez

Hospital de Móstoles.
Madrid

C. Roure Nuez

Consorci Sanitari
de Terrassa.
Terrassa (Barcelona)

M. Suárez Berea

Hospital de Conxo.
Complejo Hospitalario
Universitario
de Santiago.
Santiago de
Compostela
(A Coruña)

**I. Villar
Fernández**

Hospital Universitario
Miguel Servet.
Zaragoza

Introducción

En los últimos años se han publicado en España diversos estudios sobre conciliación de la medicación que cuantifican la incidencia de errores de conciliación en diferentes ámbitos asistenciales¹⁻⁷. Al comparar los resultados obtenidos en dichos estudios, surge la dificultad derivada de la falta de homogeneidad en la metodología empleada, en los criterios de clasificación de las discrepancias y en las variables utilizadas. Cada grupo establece variables distintas para expresar sus resultados e interpreta los conceptos de manera diferente. Este hecho dificulta el conocimiento de la magnitud real del problema, así como la medición del impacto de las medidas adoptadas para mejorar la continuidad de la medicación.

Análogamente a lo ocurrido con los errores de medicación, creemos que es necesario consensuar una terminología y una clasificación estandarizadas para avanzar en el conocimiento de los problemas relacionados con la conciliación de la medicación en nuestro entorno.

El objetivo de este documento es elaborar una terminología y una clasificación común para el estudio de los errores de conciliación de la medicación, que sea aplicable en nuestro medio y que permita estandarizar y unificar las variables, así como establecer unos indicadores comunes de calidad y de cobertura de los programas de conciliación en

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

los centros sanitarios. Con ello se pretende facilitar el análisis, el conocimiento y el intercambio de información sobre el estado de la conciliación de la medicación en España, así como establecer comparaciones válidas entre los resultados obtenidos en distintos centros y ámbitos. Este documento no es un manual de conciliación de la medicación y, por tanto, no se incluyen aquí otros aspectos metodológicos distintos de los que hacen referencia exclusivamente a la terminología de los errores, a su clasificación y a la definición de indicadores del programa^{8,9}.

Metodología de trabajo de elaboración del documento de consenso

Inicialmente se seleccionaron cinco farmacéuticos coordinadores con experiencia en conciliación de la medicación a partir de la revisión de publicaciones sobre este tema en nuestro país desde 2006 y de las comunicaciones a los últimos congresos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. A cada coordinador se le asignó un área geográfica concreta. Los coordinadores de las cinco áreas celebraron una reunión inicial, en la que se plantearon los objetivos del grupo de trabajo y se realizó una primera propuesta de documento.

Posteriormente, cada coordinador de grupo se reunió con cuatro personas más de su área geográfica para discutir el

documento de partida y aportar las propuestas necesarias. La elección del equipo local se dejó a criterio de cada coordinador de zona, pero con el objetivo de evitar omisiones y distribuir de una manera racional las personas entre los grupos, se les sugirió una serie de nombres de personas o equipos con experiencia en conciliación de la medicación. Por tanto, se celebraron cinco reuniones locales, en las que se discutió la primera propuesta elaborada por el grupo coordinador.

En una segunda reunión de coordinadores de área, cada uno de ellos aportó las ideas que habían surgido en sus respectivas reuniones de zona, y se llegó a un consenso que se recoge en este documento final.

Definición de conciliación de la medicación

La conciliación de la medicación es el proceso formal y estandarizado de obtener la lista completa de la medicación previa de un paciente, compararla con la prescripción activa, y analizar y resolver las discrepancias encontradas^{10,11}.

La realización de este proceso debe realizarse con la participación del paciente/cuidador siempre que sea posible, para valorar su cumplimiento terapéutico.

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Es necesario realizar la conciliación de la medicación en el momento del ingreso y del alta hospitalaria, y en general siempre que se produzca un cambio de responsabilidad que implique una actualización del tratamiento, con el objetivo de eliminar los **errores derivados de los fallos en la comunicación** del tratamiento farmacológico del paciente.

No se considerarán errores de conciliación los derivados de una falta de adecuación del tratamiento domiciliario a la nueva situación clínica del paciente, o la presencia de interacciones o contraindicaciones, cuya prevención será objeto de una adecuada validación farmacéutica de la prescripción, más que de un programa de conciliación de la medicación.

Etapas del proceso de conciliación de la medicación

Este proceso consta de las siguientes etapas⁸:

- Elaboración de la lista de medicación previa del paciente.
- Revisión de la lista de medicación activa prescrita.
- Comparación y detección de discrepancias aparentemente no justificadas que requieren aclaración.
- Aclaración con el prescriptor.
- Documentación de los cambios realizados.
- Elaboración de una lista de «medicación conciliada».
- Comunicación de la lista conciliada.

La obtención del listado completo de medicación habitual del paciente es un proceso complejo y requiere su cooperación, ya que se debe valorar el cumplimiento del tratamiento. Se considera un punto crítico del proceso de conciliación, ya que el resto del proceso dependerá de la calidad de la lista de medicación habitual obtenida. La documentación debe realizarse mediante un procedimiento normalizado y sistemático.

Con el objeto de sistematizar el procedimiento, se deben especificar, como mínimo, las siguientes cuestiones:

- Circuito general del proceso.
- Responsable del mismo.
- Formulario estandarizado de recogida de información.

Lo ideal es realizar la entrevista y elaborar la lista de medicación domiciliaria previa antes de cualquier prescripción; si esto no es posible, debe realizarse antes de que se cumplan las 24 horas.

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.

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

La lista de medicación domiciliaria, además de incluir información básica para la conciliación de la medicación, debe contener información complementaria sobre alergias/intolerancias, suspensión previa de medicamentos por efectos secundarios, así como medicamentos de venta libre (*over-the-counter* [OTC]), plantas medicinales o medicamentos que se tome de forma discontinua.

Terminología y clasificación de las discrepancias

Se considera «discrepancia» cualquier diferencia entre la medicación domiciliaria crónica que el paciente tomaba previamente y la medicación prescrita en el hospital. Una discrepancia no constituye necesariamente un error. De hecho, la mayor parte de las discrepancias obedecen a la adaptación de la medicación crónica al nuevo estado clínico del paciente o a la realización de exploraciones y/o intervenciones con las que la medicación habitual pudiera interferir.

Durante el proceso de comparación entre la lista de medicación domiciliaria previa del paciente y la nueva medicación prescrita, podemos encontrarnos con las situaciones indicadas en la tabla 1.

Tabla 1.**Discrepancias justificadas que no requieren aclaración**

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

Discrepancias que requieren 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

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Una vez detectadas las discrepancias que requieren aclaración, éstas deben ser comentadas con el médico prescriptor, ya sea verbalmente o mediante comunicación escrita.

- En caso de que el prescriptor modifique el tratamiento y corrija las discrepancias, consideraremos que se trata de un **error de conciliación**.
- En caso de que el prescriptor no modifique la prescripción, una vez informado de la discrepancia, consideraremos que se trata de una **discrepancia justificada**, no un error, y se sumará a las discrepancias justificadas que no requerían aclaración inicialmente.

En ocasiones no es posible llegar a aclarar la discrepancia con el prescriptor de forma inequívoca (p. ej., cuando tras una notificación escrita no se recibe ninguna respuesta que ratifique o anule la prescripción que requirió aclaración). 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.

Es posible que, en algún caso, los motivos con los que el prescriptor justifica una aparente discrepancia no re-

sulten convincentes. A pesar de ello, si ha sido aclarada, se considerará que prevalece el criterio del prescriptor a la hora de considerarlo una discrepancia justificada y no un error de conciliación. Es decir, el error de conciliación es el aceptado como tal por el prescriptor.

El objetivo del proceso de conciliación de la medicación no es juzgar la práctica médica ni cuestionar las decisiones clínicas individuales, sino detectar y corregir los posibles errores de medicación que habrían pasado inadvertidos. La disparidad de criterios en el manejo de la medicación habitual durante el ingreso, detectada durante el proceso de conciliación, deberá ser abordada, revisada y consensuada separadamente del proceso de conciliación de cada paciente en particular.

El proceso de conciliación de la medicación puede revelar no sólo errores de conciliación, sino otros problemas relacionados con los medicamentos, como interacciones, contraindicaciones o duplicidades entre la medicación domiciliaria y la que se prescribe de nuevo en el centro. Estas incidencias deben solucionarse necesariamente durante el proceso de validación farmacéutica, pero no se considerarán errores de conciliación (figura 1).

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

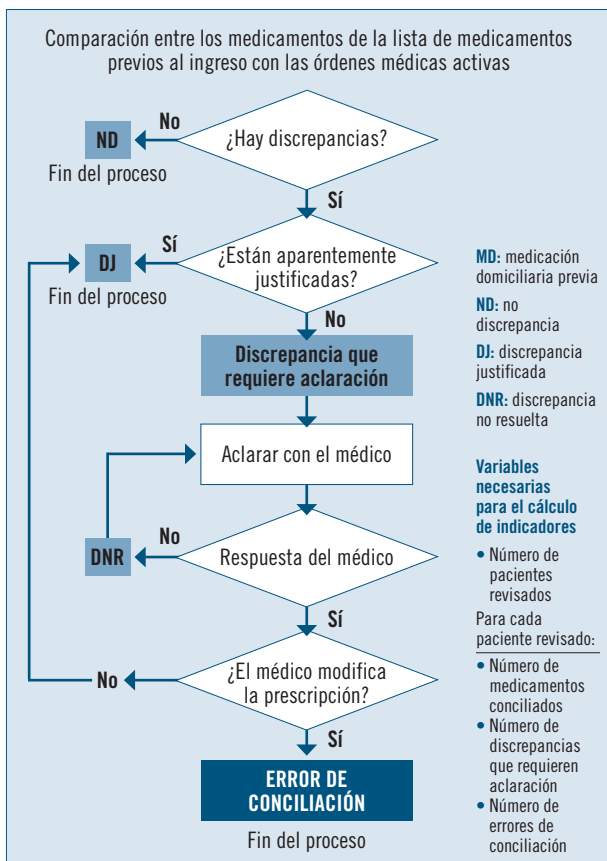


Figura 1. Algoritmo de clasificación de las discrepancias

Tabla 2

Categoría A	No error , pero posibilidad de que se produzca
Categoría B	Error que no alcanza al paciente ; no causa daño
Categoría C	Error que alcanza al paciente, pero no es probable que cause daño
Categoría D	Error que alcanza al paciente y hubiera necesitado monitorización y/o intervención para evitar el daño
Categoría E	Error que hubiera causado un daño temporal
Categoría F	Error que hubiera causado un daño que requeriría hospitalización o prolongación de la estancia
Categoría G	Error que hubiera causado un daño permanente
Categoría H	Error que hubiera requerido soporte vital
Categoría I	Error que hubiera resultado mortal

Gravedad de los errores de conciliación

En la evaluación de la gravedad de los errores de conciliación, proponemos utilizar la clasificación del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention¹² (tabla 2).

Alcance, liderazgo y responsabilidad del programa de conciliación

En España, actualmente, y a diferencia de lo que ocurre en Estados Unidos, las primeras experiencias de concilia-

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

ción de la medicación han sido lideradas y realizadas exclusivamente por farmacéuticos y, en general, han consistido en la incorporación de la conciliación al conjunto de actividades propias de la atención farmacéutica que ofrece el servicio de farmacia en áreas, grupos de pacientes o puntos concretos de la transición asistencial (al alta, al ingreso, en el postoperatorio, etc.). Algunas de estas experiencias se han mantenido durante un tiempo limitado en el contexto de la realización de un proyecto dotado de recursos humanos y económicos puntuales sin continuidad en el tiempo. Otras se han planteado como un programa con una mayor garantía de continuidad, pero con impacto sobre un grupo pequeño de pacientes. Actualmente, no existe ninguna experiencia que se haya planteado la conciliación integral de la medicación a lo largo de todo el proceso asistencial (ingreso, traslados y alta) para la totalidad de los pacientes atendidos. El motivo es que este objetivo resulta inalcanzable para el servicio de farmacia si actúa de forma exclusiva.

El objetivo final del Programa de Conciliación de la Medicación en un centro sanitario debe ser abarcar la totalidad o la mayoría de los pacientes atendidos. Esto implica un proyecto multidisciplinario en el que participen todos los profesionales sanitarios, sin olvidar al propio paciente y sus familiares. La conciliación de la medicación debe ser un objetivo y una responsabilidad compartida por todos los profesionales sanitarios, incorporándola a todas

las actividades que realizan diariamente: valoración inicial del paciente al ingreso, pase de visita, prescripción médica de nuevas órdenes, cambios de turnos de enfermería, validación farmacéutica, educación sanitaria, elaboración del informe de alta, etc.

El servicio de farmacia puede y debe liderar el proyecto conjuntamente con la dirección del centro, pero, sin la participación del resto de profesionales, el programa nunca tendrá un impacto significativo sobre la calidad global de la farmacoterapia del centro, y se limitará a ser un programa minoritario del que se beneficiará un número limitado de pacientes. No obstante, dada la complejidad que supone esta implantación, se recomienda empezar por un área concreta o por un grupo seleccionado de pacientes para diseñar y poner a prueba el circuito, los formularios, etc. Una vez reevaluados y rediseñados, se podrá abordar la extensión del programa al resto de áreas del centro⁹.

La experiencia acumulada nos ha ayudado, por ejemplo, a establecer una metodología y una terminología común como la que proponemos en este documento, pero no debemos olvidar que nuestro objetivo final debería ser la implantación de un programa integral de conciliación de la medicación que tenga un impacto real y que mejore significativamente la continuidad asistencial de la totalidad de pacientes atendidos en nuestro hospital y, en general, en el sistema sanitario.

Ámbito de aplicación del programa de conciliación

La priorización del ámbito inicial de aplicación del programa de conciliación depende de una gran variedad de factores, muchas veces relacionados con los motivos estratégicos o los recursos disponibles. Desde el punto de vista de la seguridad del paciente, recomendaríamos priorizar la conciliación al alta respecto a otros puntos de transición asistencial, ya que la gravedad potencial de un error de conciliación no interceptado al alta del paciente es mayor que si se produce dentro del hospital. Sin embargo, no es posible realizar una conciliación al alta si no se ha realizado al ingreso y, desde un punto de vista cuantitativo, el mayor número de errores de conciliación se producen al ingreso y durante el proceso asistencial. En cualquier caso, es importante definir cuál será el ámbito de aplicación de cada programa para poder interpretar los resultados obtenidos y establecer comparaciones. Es conveniente especificar si se excluye sistemáticamente a algún colectivo de pacientes, o bien si el programa se aplica sólo en un horario determinado, ya que estos factores afectarán a la cobertura del programa.

La selección del ámbito de aplicación se puede hacer según diversos criterios:

Tipo de paciente o servicio:

- Médico, quirúrgico.
- Pacientes programados o urgentes.
- Grupo de edad.
- Pacientes con determinadas características que pueden implicar *a priori* un mayor riesgo de error de medicación; polimedicados, pacientes con pluripatología, etc.

Momento del proceso asistencial en que se realiza la conciliación:

- Al ingreso. La conciliación al ingreso es la más sencilla, ya que constituye una única comparación entre las órdenes médicas activas al ingreso y la lista de medicación domiciliaria previa.
- En el postoperatorio. En el proceso de conciliación postoperatoria es necesario comparar las órdenes de tratamiento postoperatorias con las preoperatorias, y también con la lista de medicación domiciliaria, para evitar el error más frecuente en este punto: la omisión de medicación crónica necesaria. En ausencia de un proceso estandarizado de reinicio programado de este tratamiento, son frecuentes las omisiones o al menos los retrasos injustificados una vez el paciente recupera la tolerancia oral.
- En traslados internos (p. ej., al alta de una unidad de cuidados intensivos [UCI]). El proceso de conciliación al alta de UCI es importante, ya que en algunos hospita-

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

les la aplicación de prescripción de UCI es diferente del resto, lo que implica una transcripción de ésta que puede conllevar errores.

- Al alta. El proceso al alta implica la obtención de una única lista completa de la medicación del paciente, de forma que incluya todos los medicamentos que el paciente debe recibir, especificando la dosis, la pauta y la duración. Esta lista se debe entregar al paciente, así como las indicaciones de cambios en su tratamiento.
- A lo largo de todo el proceso asistencial hospitalario: al ingreso, en el postoperatorio, en los traslados internos y al alta.

Indicadores

A continuación, se propone una serie de indicadores que deberían servir para evaluar la calidad de la prescripción y del proceso de conciliación, así como el grado de cobertura del programa de conciliación en el centro sanitario, respecto al total de pacientes atendidos en él.

El objetivo de este manual es fundamentalmente proporcionar instrumentos para facilitar el desarrollo de programas de conciliación, con fines de mejora de la calidad asistencial y no de investigación. Por tanto, se ha definido un conjunto mínimo de indicadores del proceso de

conciliación que deberían compartir todos los centros sanitarios que disponen de programas de este tipo.

Estos indicadores deberían servir para establecer comparaciones válidas y describir la situación de los errores de conciliación en nuestro entorno.

En la selección de estos indicadores básicos, el criterio prioritario ha sido la simplicidad en el proceso de obtención y cálculo de éstos, y se ha pretendido evitar al máximo la sobrecarga diaria de tareas de documentación y registro.

El cálculo de indicadores no implica necesariamente el registro sistemático del número de total de pacientes a los que se aplica el programa de conciliación o el número de medicamentos conciliados. Lo que se propone es hacer el cálculo sobre una muestra de pacientes asumible y representativa que cada centro debería establecer en su Programa de Conciliación de la Medicación (tablas 3 y 4).

Tabla 3. Indicador de cobertura del programa*

Índice de cobertura (%)

Numerador: número de pacientes con conciliación de medicación

Denominador: número de pacientes ingresados

*Se puede calcular para las distintas etapas por separado, considerando ingreso, traslado o alta según el proceso que se esté mejorando.

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Tabla 4. Indicadores de calidad*

Calidad de la prescripción

Pacientes con error de conciliación (%)

Numerador: número de pacientes con ≥ 1 error de conciliación

Denominador: número de pacientes conciliados

Medicamentos con error de conciliación (%)

Numerador: número de errores de conciliación

Denominador: número de medicamentos conciliados

Errores de conciliación por paciente

Numerador: número de errores de conciliación

Denominador: número de pacientes con ≥ 1 errores de conciliación

Calidad del proceso de conciliación de la medicación

Errores de conciliación detectados

Numerador: número de errores de conciliación

Denominador: número de discrepancias que requieren aclaración

*Se puede calcular para las distintas etapas por separado, considerando ingreso, traslado o alta según el proceso que se esté mejorando.

Reflexiones finales

- Los errores de conciliación son frecuentes, pero evitables, en la transición de los pacientes entre niveles asistenciales. La implementación de programas de conciliación de la medicación es una necesidad y un estándar de calidad en los centros sanitarios según las recomendaciones de organismos sanitarios internacionales^{10,11}.

- La cuantificación y la clasificación de los errores de conciliación son importantes tanto para el análisis de la situación en cada centro como para la evaluación de estrategias de mejora en el tiempo, así como para la comparación multicéntrica y la publicación de resultados.
- En este sentido, es importante distinguir los errores de conciliación de otros errores o discrepancias que pueden surgir en el proceso de validación farmacéutica, que normalmente se realiza a la vez que el proceso de conciliación de la medicación, y diferenciarlos de las discrepancias justificadas por el cambio de situación clínica del paciente en la transición entre niveles asistenciales.
- La conciliación puede y debe ser liderada desde el servicio de farmacia, pero requiere el compromiso y la implicación de toda la organización sanitaria, de todos los profesionales en los puntos críticos de la cadena asistencial (médicos de atención primaria y atención especializada, personal de enfermería, farmacéuticos) y de los propios pacientes.
- El avance en la implantación de historia clínica y farmacoterapéutica única entre atención primaria y atención especializada puede minimizar la necesidad de conciliación, pero no eliminarla, puesto que siempre habrá aspectos dependientes del propio paciente y del sistema de volcado de información que será necesario validar.

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Bibliografía

1. Arroyo Domingo E. Transición entre niveles asistenciales: puntos críticos de actuación farmacéutica para conciliar la medicación de los pacientes. *Farm Hosp.* 2008; 192: 52-58.
2. Bandrés AC, Villar I, Beloqui JJ, Izuel-Rami M, Arenere M, Aza M. Implantación de un programa de farmacéuticos de enlace para mejorar la conciliación de la medicación en la transición entre niveles asistenciales. *El Farmacéutico Hospitales.* 2008; 192: 45-51.
3. Delgado Sánchez O, Martínez López I, Serrano Fabiá A, Anoz Jiménez L, Fernández Cortés F. Reconciliation errors at admission and departure in old and polymedicated patients. Prospective, multicenter randomized study. *Med Clin (Barc).* 2009 [Epub ahead of print].
4. Hernández Prats C, Mira Carrio A, Arroyo Domingo E, Díaz Castellano M, Andreu Giménez L, Sánchez Casado MI. Conciliation discrepancies at hospital discharge. *Aten Primaria.* 2008; 40(12): 597-601.
5. Moriel MC, Pardo J, Catalá RM, Segura M. Prospective study on conciliation of medication in orthopaedic patients. *Farm Hosp.* 2008; 32(2): 65-70.
6. Pardo J. Desarrollo de un programa de conciliación de la medicación: impacto sobre la prescripción médica y resultados en el paciente. *Farm Hosp.* 2008; 193: 33-44.
7. Roure C, Martínez E, Masip M, Domínguez, González C, et al. Intervención del farmacéutico en la conciliación perioperatoria de la medicación de los pacientes quirúrgicos. *Farm Hosp.* 2008; 192: 19-32.
8. JCAHO. Medication Reconciliation Handbook. En: Rich DS eOT, editor. Illinois: Joint Commission Resources, 2006.
9. Roure C, Delgado O. Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Barcelona, 2009 [citado 2009]. Disponible en: http://www.scfarmclin.org/docs/conciliacion_medica.pdf
10. JCAHO JCoAoHO. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (CAMH): the Official Handbook. En: Organizations JCoAoH, editor. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission Resources, 2006.
11. IHI. Prevent adverse drug events medication reconciliation getting started kit: how to guide institute for healthcare improvement, 2007.
12. NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors (28-10-2006). Disponible en: <http://www.nccmerp.org/pdf/indexColor2001-06-12.pdf>