

Los contenidos de este boletín con recomendaciones para la prevención de errores de medicación se elaboran en su mayoría a partir de las comunicaciones enviadas por los profesionales sanitarios al **Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación** que mantiene el ISMP-España mediante un convenio entre la Consejería de Sanidad de Castilla y León y la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consideramos que la difusión de esta información puede ser de gran utilidad para evitar que vuelvan a producirse otros errores de medicación del mismo tipo.

Errores en la conciliación de los tratamientos con medicamentos

En los últimos años se ha constatado que un importante porcentaje de los errores de medicación se producen durante las transiciones entre niveles asistenciales o en los cambios de los responsables de los pacientes¹. Estos errores se deben fundamentalmente a fallos en la comunicación sobre los tratamientos con medicamentos, entre los profesionales sanitarios o entre éstos y los pacientes o cuidadores.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que hay errores entre la medicación prescrita al ingreso y la medicación domiciliaria hasta en un 67% de las prescripciones realizadas en el momento del ingreso hospitalario, porcentaje que llega a ser hasta del 95% cuando se analiza y considera también la información sobre alergias o reacciones adversas previas². En el alta se observan problemas similares, encontrándose omisiones de medicamentos necesarios, duplicidades y otras discrepancias no justificadas entre la medicación previa al ingreso y la prescrita al alta, hasta en un 66% de los informes de alta³. Estos errores tienen una importante repercusión clínica. Así, se ha observado que motivan eventos adversos hasta en un 20% de los pacientes⁴. También que el 10-14% de los reingresos en pacientes de edad avanzada se producen por una información incompleta o incorrecta sobre la medicación al alta^{5,6}.

La conciliación de la medicación es una práctica que se ha desarrollado en la pasada década, con el objetivo de disminuir los errores de medicación en las transiciones asistenciales. Es un proceso formal y multidisciplinar, que implica tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes o cuidadores, para lograr que la información que se transmite sobre la medicación en los puntos de transición o traspaso asistencial sea precisa y completa.

La conciliación requiere una revisión sistemática y exhaustiva de todos los medicamentos que está tomando el paciente, para asegurar que cualquier medicamento que se añade, cambia o suspende, se evalúa adecuadamente, con el fin de disponer de una lista exacta de la medicación del paciente; que este proceso se realiza en cada transición a lo largo de la continuidad asistencial; y que en todo momento está disponible una lista precisa con la medicación para el paciente o familiares y para todos los profesionales que le atienden, especialmente cuando se va a efectuar una transición asistencial⁷. Es un componente de la gestión de la medicación 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, vía y frecuencia correcta⁸.

En el año 2008 el sistema de notificación y aprendizaje de errores de medicación del ISMP-España incorporó las actualizaciones realizadas por el Grupo Ruíz-Jarabo en la clasificación de errores de medicación⁹. A partir de entonces ha sido posible evaluar y registrar separadamente los errores de medicación que se producen en los puntos de transición asistencial. Durante este tiempo se han comunicado al ISMP-España numerosos casos de errores por fallos en la conciliación de los tratamientos. A continuación se recogen varios incidentes registrados y recomendaciones para su prevención en el entorno hospitalario. No obstante, los aspectos que se exponen pueden ser aplicados en otros escenarios, ya que el riesgo de error se incrementa en cualquier punto de transición asistencial y la conciliación de la medicación tiene un gran impacto sobre la seguridad de los pacientes en todos los ámbitos asistenciales.

► Errores de conciliación en los traslados entre hospitales

#Caso 1. Un niño que fue trasladado de un hospital a otro para una intervención cardiaca recibió una dosis de digoxina más de tres veces mayor a la prevista. La enfermera que lo recibió se equivocó al transcribir la dosis desde el informe de alta del hospital de procedencia y administró el medicamento sin esperar la confirmación del médico, porque el tratamiento ya iba retrasado. El error se detectó cuando el paciente presentó sintomatología de sobredosificación.

#Caso 2. Se prescribió morfina a un paciente que ingresó por una fractura de cadera y que residía en otra comunidad autónoma, pero se suspendió al referir el paciente que creía ser alérgico a este medicamento. No se disponía de la historia clínica que fue enviada después desde el centro que lo seguía en su comunidad autónoma, aunque ésta sólo recogía el listado de medicación y no refería los antecedentes de alergias.

► Errores de conciliación en el ingreso hospitalario

#Caso 3. En el ingreso hospitalario de una paciente, que refería estar en tratamiento domiciliario con Acuvite® (complejo vitamínico en comprimidos), el médico que la atendía entendió que se trataba de Optovite® (cianocobalamina inyectable), por lo que prescribió este medicamento y se administró. El error se descubrió porque la paciente insistía en que el medicamento lo tomaba en comprimidos.

#Caso 4. Al validar la prescripción de un paciente que acababa de ingresar, el farmacéutico observó que se había prescrito rabeprazol y se había mantenido el tratamiento domiciliario con omeprazol.

#Caso 5. Cuando un paciente iba a ser dado de alta, la enfermera revisó su tratamiento domiciliario y detectó que durante el ingreso no se le había prescrito acenocumarol. Se comunicó al médico quien reinició de inmediato el tratamiento con este medicamento.



#Caso 6. Un paciente epiléptico en tratamiento con levetiracetam 500 mg cada 12 h fue ingresado en un hospital a última hora de la tarde. El médico al ingreso prescribió que se continuara con este tratamiento, pero en la unidad no se administraron las dosis correspondientes a la noche y a la mañana, porque no se disponía del medicamento, el servicio de farmacia estaba cerrado y la enfermera desconocía la indicación de este medicamento y la importancia de no interrumpir su administración. El paciente sufrió una crisis convulsiva, momento en que se descubrió el error.

#Caso 7. Al ingreso de un paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento con 3.000 UI de epoetina alfa lunes y viernes, el médico prescribió por error una dosis de 40.000 UI dos veces a la semana. El paciente recibió 3 dosis de 40.000 UI, hasta que se detectó el error.

► **Errores de conciliación en los traslados entre unidades**

#Caso 8. Un recién nacido recibió en la sala de partos gammaglobulina antihepatitis B y la primera dosis de la vacuna, por riesgo infeccioso. Antes del alta, en la unidad obstétrica se le administró de nuevo la vacuna antihepatitis B, siguiendo el protocolo establecido, ya que no se revisó la información de la medicación administrada en la sala de partos.

#Caso 9. Un paciente en tratamiento con 500 mg de amikacina nebulizada cada 12 h fue trasladado de una UCI hepática a otra unidad de hospitalización. Al llegar a la unidad, el médico prescribió por error la amikacina por vía intravenosa. Se detectó al validar la prescripción por el farmacéutico.

#Caso 10. A un paciente, que fue trasladado de una unidad de hospitalización al hospital de día para recibir quimioterapia, se le administró por duplicado una dosis de 80 mg de metilprednisolona IV. Estaba prescrita en ambas unidades y cuando el paciente llegó al hospital de día no se revisó la medicación administrada previamente.

#Caso 11. Se devolvió al servicio de farmacia un vial de caspofungina de un paciente que fue trasladado de una UCI a otra unidad asistencial. El día del traslado no se administró el antifúngico en ninguna de ambas unidades.

► **Errores de conciliación en el alta hospitalaria**

#Caso 12. Al ingreso hospitalario de un paciente se sustituyó su tratamiento domiciliario de 40 mg cada 24 h de Uniket retard® (mononitrato de isosorbida) por 20 mg cada 12 h de Mononitrato de isosorbida EFG, para adaptarlo a la guía farmacoterapéutica del hospital. En el alta se prescribió esta última formulación de liberación normal, de la que se le proporcionó medicación para 24 h, y por error se indicó que "continuara igual con su medicación habitual", que incluía el Uniket retard®. El médico de familia detectó el error al revisar el informe de alta. El paciente presentaba una ligera cefalea, al haber realizado la primera toma de ambos medicamentos.

#Caso 13. En el informe de alta de una paciente ingresada por insuficiencia cardiaca se omitió la prescripción de furosemida 120 mg al día y se intercambiaron las pautas posológicas de digoxina y carvedilol, indicando medio comprimido de digoxina de 0,25 mg cada 12 h y medio comprimido de carvedilol de 6,25 mg al día, descansando jueves y domingos. Después de 18 días la paciente reingresó con insuficiencia cardiaca e intoxicación digitalica.

#Caso 14. Un paciente ingresó en un hospital por una pancitopenia asociada a metotrexato y se suspendió de inmediato este medicamento. Durante el episodio de hospitalización sufrió un nuevo problema de salud y fue trasladado a otra unidad asistencial. En el informe de alta se indicaron los nuevos medicamentos prescritos en dicha unidad y se añadió la frase: "resto de su medicación habitual sin cambios". El paciente volvió a tomar metotrexato y reingresó por una pancitopenia.

Recomendaciones:

Los incidentes anteriores ilustran los tipos de errores de conciliación más frecuentes, que suelen ser¹: omisión de medicamentos necesarios, diferencias en dosis o pautas, prescripción de medicamentos equivocados o duplicados, administración de dosis extras en los traslados, retrasos en la administración de medicamentos no disponibles, etc. Las causas de estos errores son principalmente fallos de comunicación en la información sobre los medicamentos e inexistencia de procedimientos establecidos en los puntos de transición que aseguren una adecuada continuidad de los tratamientos farmacológicos.

Diversos factores propician estos errores, entre los que destacan¹⁰: la fragmentación de la asistencia y por ende de la prescripción, especialmente en pacientes con pluripatología; la falta de registros únicos de salud, que dificulta el conocimiento del tratamiento integrado del paciente; las dificultades para realizar una historia farmacoterapéutica correcta por la presión asistencial o por la situación clínica, como en los ingresos por urgencias; la adaptación de la medicación crónica a las guías farmacoterapéuticas de los hospitales, etc.

Para reducir estos errores, numerosos organismos expertos en seguridad del paciente, como la *Massachusetts Coalition for Prevention of Medical Errors*¹¹, el *Institute for Healthcare Improvement*¹² y el *Institute for Safe Medication Practices*^{13,14}, han recomendado la implantación de procedimientos normalizados para conciliar la medicación en los centros sanitarios. La Organización Mundial de la Salud¹⁵ y el *National Quality Forum*¹⁶ incluyeron la conciliación de la medicación entre sus soluciones y prácticas esenciales de seguridad del paciente, y la *Joint Commission*¹⁷ entre sus objetivos nacionales de seguridad del paciente. En nuestro país, también se ha promovido la implantación de prácticas de conciliación por el Ministerio de Sanidad, Comunidades Autónomas y sociedades profesionales, como la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria¹⁸ y la Societat Catalana de Farmàcia Clínica¹⁹.

Aunque no hay una definición universalmente aceptada, se suele definir la conciliación de la medicación como "el proceso formal que consiste en obtener una lista completa y precisa de la medicación del paciente previa al ingreso y compararla con la que se ha prescrito al ingreso, en los traslados y al alta. Las discrepancias encontradas deben ser comentadas con el prescriptor y, si procede, deben ser corregidas. Los cambios realizados deben ser adecuadamente registrados y comunicados al siguiente proveedor de salud y al paciente"⁸.

Es importante destacar que esta práctica va más allá de la simple elaboración de una lista con la medicación del paciente. Como se ha perfilado y puntualizado en los últimos años, la conciliación supone también la revisión de la adecuación de los medicamentos de los pacientes^{7,15}. Este es un concepto clave que en nuestro país se ha aplicado desde las primeras iniciativas llevadas a cabo por los pioneros en su implantación¹⁰.

Los programas de conciliación presentan una metodología muy variable, en función de las características del centro y de los recursos humanos y tecnológicos disponibles. A continuación se resumen las actividades a realizar en el entorno hospitalario, según las recomendaciones emitidas, y se recoge un esquema con los objetivos que se pretenden conseguir en cada punto de transición asistencial¹⁴.



► **En el momento del ingreso:**

- Obtener un listado completo y preciso de toda la medicación domiciliaria previa del paciente ("Mejor historia de medicación domiciliaria posible"), que especifique dosis, frecuencia, vía y última dosis administrada. Conviene incluir los medicamentos que el paciente toma sin receta y plantas medicinales, así como información complementaria sobre alergias y efectos adversos.

Este listado se obtendrá a partir de todas las fuentes disponibles (historia clínica de atención primaria, prescripción en consultas externas, informes médicos diversos, etc.) y se completará y verificará mediante una entrevista al paciente o cuidador, para conocer el tratamiento real, especialmente si la información procede de fuentes electrónicas.

- Si es posible, este listado se obtendrá antes y se utilizará para realizar la prescripción al ingreso.

- Revisar la medicación prescrita al ingreso y compararla con la "Mejor historia de medicación domiciliaria posible", para identificar y conciliar posibles discrepancias. La conciliación se debe realizar antes de que pasen 24 horas del ingreso, excepto para algunos medicamentos que conviene definir y revisar antes de que pasen 4 horas, por presentar un riesgo asociado a la omisión o a la administración contraindicada. Un ejemplo de relación de medicamentos en que se debe realizar la conciliación en las 4 horas siguientes es¹¹:

Conciliación en 4 horas
Analgésicos
Antianginosos
Antiarrítmicos
Antibióticos
Antiepilépticos
Antihipertensivos dosis múltiples diarias
Inmunosupresores
Hipoglucemiantes orales dosis múltiples diarias
Inhaladores
Insulina
Medicamentos oftálmicos

- Aclarar y solucionar con el prescriptor cualquier problema o discrepancia no justificada que se observe (omisiones, duplicidades, interacciones, alergias, etc.). Registrar los cambios realizados.

Durante la hospitalización conviene mantener 2 listados¹⁶. La "Mejor historia de medicación domiciliaria posible", que se mantendrá intacta y disponible para su uso subsecuente en el proceso de conciliación, y el listado con la medicación activa del paciente en el hospital, que es un documento dinámico que se actualiza conforme se van realizando cambios en su tratamiento.

► **En los traslados en el hospital:**

- Comunicar el listado actual de medicación activa (con la hoja de registro de administración de medicamentos de enfermería) de la unidad de procedencia del paciente, al siguiente profesional que le atienda, así como la "Mejor historia de medicación domiciliaria posible".

- Comparar la nueva medicación prescrita en la unidad de traslado con la hoja de registro de administración de medicamentos de enfermería y la "Mejor historia de medicación domiciliaria posible".

- Aclarar y solucionar con el prescriptor cualquier discrepancia no justificada que se observe. Registrar los cambios realizados.

► **Al alta hospitalaria:**

- Obtener un listado completo y preciso de toda la medicación que deberá tomar el paciente al alta ("Mejor plan posible de medicación al alta") que indique: nombre del medicamento, dosis, frecuencia, vía de administración, así como indicación y duración del tratamiento.

Este listado especificará los nuevos medicamentos prescritos en el hospital, así como los cambios realizados con respecto a la medicación domiciliaria previa al ingreso. Se evitarán frases como "continuar con la medicación habitual".

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN CENTROS HOSPITALARIOS

INGRESO	TRASLADO	ALTA
<p>El objetivo de la conciliación de la medicación al ingreso es asegurar que hay una decisión consciente del prescriptor de continuar, suspender o modificar el tratamiento domiciliario del paciente.</p>	<p>El objetivo es considerar no sólo la medicación que el paciente estaba recibiendo en la unidad asistencial desde la que se traslada, sino también la medicación domiciliaria al ingreso, que puede resultar apropiado continuar, reiniciar, suspender o modificar.</p>	<p>El objetivo es conciliar la medicación que el paciente estaba tomando antes del ingreso y la prescrita en el hospital con la medicación que debe tomar después del alta, para asegurar que todos los cambios son intencionados y que todas las discrepancias se solucionan antes del alta.</p>
<p>Comparar:</p> <p>Mejor historia de medicación domiciliaria posible</p> <p>vs.</p> <p>Prescripción al ingreso</p>	<p>Comparar:</p> <p>Mejor historia de medicación domiciliaria posible</p> <p>y</p> <p>Hoja de registro de administración de la unidad de procedencia</p> <p>vs.</p> <p>Nueva prescripción de traslado</p>	<p>Comparar:</p> <p>Mejor historia de medicación domiciliaria posible</p> <p>y</p> <p>Hoja de registro de administración de las últimas 24 horas</p> <p>vs.</p> <p>Prescripción al alta</p>
<p>para identificar y solucionar discrepancias</p>	<p>para identificar y resolver discrepancias</p>	<p>para identificar y resolver discrepancias y preparar el mejor plan farmacoterapéutico al alta posible</p>



Para obtener el "Mejor plan posible de medicación al alta" se compararán los medicamentos prescritos al alta con la hoja de registro de administración de enfermería de las últimas 24 horas y con la "Mejor historia de medicación domiciliaria posible".

Se aclarará y solucionará con el prescriptor cualquier discrepancia no justificada que se observe, y éste registrará los cambios y realizará nuevas prescripciones en caso de precisarse.

- Comunicar el "Mejor plan posible de medicación al alta" al siguiente profesional que atienda al paciente.

- Proporcionar a los pacientes o cuidadores el "Mejor plan posible de medicación al alta". Se realizará una entrevista con el paciente y/o cuidador para explicar el tratamiento prescrito y las modificaciones que se hayan producido con respecto al tratamiento domiciliario previo.

La implantación de la conciliación es compleja y precisa importantes recursos, por lo que supone un gran reto para los centros sanitarios. Incluso en países pioneros, como EE.UU. y Canadá, los porcentajes de implantación son relativamente bajos^{7,20}. A pesar de ello, se sigue considerando una práctica de seguridad fundamental, ya que permite disminuir los errores de medicación y la morbimortalidad derivada^{21,22}. Se han formulado diversas sugerencias para facilitar la implantación de la conciliación^{7,11-16,19-20,23}, entre las cuales están:

1. Contar con el apoyo y compromiso de los líderes de la institución.
2. Constituir un equipo multidisciplinar integrado por representantes de las unidades clave y elaborar un protocolo normalizado para realizar el proceso de conciliación. Este protocolo describirá las actuaciones a realizar en cada etapa y las responsabilidades de los profesionales implicados.
3. Adoptar un modelo de impreso estandarizado para la conciliación de la medicación, que incluya la medicación domiciliaria y la situación de la conciliación. Colocarlo de forma visible en la historia del paciente.

En centros que dispongan de prescripción electrónica es conveniente automatizar el proceso, utilizando una aplicación informática para la conciliación que esté integrada en el sistema del hospital.

4. Asignar la responsabilidad de obtener la historia de medicación y de resolver las diferencias en las ordenes de tratamiento a profesionales con suficiente experiencia en el manejo de la medicación.
5. Empezar por un proyecto piloto en una etapa (p.ej. al ingreso) y en una unidad asistencial.
6. Disponer de fácil acceso a información sobre la medicación en cada etapa y a consulta farmacéutica si se necesita.
7. Proporcionar educación y formación sobre el proceso de conciliación a los profesionales sanitarios.
8. Aconsejar al paciente que acuda al hospital con una lista y una bolsa que contenga toda su medicación domiciliaria, para facilitar a los profesionales el conocimiento de esta medicación.

En las siguientes páginas web puede encontrarse información útil y herramientas de ayuda para implementar un procedimiento de conciliación:

- *Safer Healthcare Now!*: www.saferhealthcarenow.ca
- *Massachusetts Coalition for Prevention of Medical Errors*: www.macoalition.org
- *Institute for Healthcare Improvement*: www.ihl.org
- *Societat Catalana de Farmàcia Clínica*: <http://www.scfarmclin.org>

Referencias:

- 1) U.S. Pharmacopeia. Medication errors involving reconciliation failures. *USP Patient Safety CAPSLink*. October 2005.
- 2) Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ*. 2005; 173: 510-5.
- 3) Perren A, Previsdomini M, Cerutti B, Soldini D, Dongui D, Marone C. Omitted and unjustified medications in the discharge summary. *Qual Saf Health Care*. 2009; 18: 205-8
- 4) Boockvar K, Fishman E, Kyriacou CK, Monias A, Gavi S, Cortes T. Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes in patients transferred between acute and long-term care facilities. *Arch Intern Med*. 2004; 164: 545-50.
- 5) Coleman EA, Smith JD, Raha D, Min J. Posthospital medication discrepancies. Prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med*. 2005; 165: 1842-7.
- 6) Witherington EMA, Pirzada OM, Avery AJ. Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: observational study. *Qual Saf Health Care*. 2008; 17: 71-5.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) Otero López MJ, Castaño Rodríguez B, Pérez Encinas M, Codina Jané C, Tamés Alonso MJ, Sánchez Muñoz T, en representación del Grupo de Trabajo Ruiz-Jarabo 2000. Actualización de la clasificación de errores de medicación del grupo Ruiz-Jarabo 2000. *Farm Hosp*. 2008; 32: 38-52.
- 10) Delgado Sánchez O, Anoz Jiménez L, Serrano Fabiá A, Nicolás Rico J, en representación del Grupo de Investigación de la I Beca Joaquim Bonal 2006. Conciliación de la medicación. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129: 343-8.
- 11) Massachusetts Coalition for Prevention of Medical Errors. Reducing Medication Errors in Acute Care Facilities Reconciling Medications. Disponible en: http://www.macoalition.org/reducing_medication_errors.shtml
- 12) Institute for Healthcare Improvement. 5 million lives getting started kit: preventing adverse drug events (medication reconciliation). How to guide. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008. Disponible en: <http://www.ihl.org>
- 13) Institute for Safe Medication Practices. Medication reconciliation: an organizational approach to improving patient safety outcomes. 2005.
- 14) Safer Healthcare Now! Medication reconciliation in acute care. Getting started kit. ISMP Canada and Canadian Patient Safety Institute; 2011. Disponible en www.saferhealthcarenow.ca.
- 15) World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Patient Safety Solutions. May 2007. Disponible en: <http://www.cforpatientsafety.org>
- 16) National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better Healthcare—2010. Update: A Consensus Report. Washington, DC: National Quality Forum; 2010.
- 17) The Joint Commission National Patient Safety Goals 2012. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/>
- 18) Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Iniciativa 2020. Líneas estratégicas y objetivos. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 2011. Disponible en: http://www.sefh.es/sefhpdfs/desarrollo_2020.pdf
- 19) Societat Catalana de Farmàcia Clínica. Guia para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Enero 2009. Disponible en: http://www.scfarmclin.org/docs/conciliacion_medica_es.pdf
- 20) ISMP Canada. Medication reconciliation: Moving forward. *ISMP Canada Safety Bulletin*. 2011 December 27; 11 (9): 1-2.
- 21) McGaw J, Conner DA, Delate TM, Chester EA, Barnes CA. A multidisciplinary approach to transition care: a patient safety innovation study. *The Permanente Journal* 2007; 11: 4-9.
- 22) Boockvar KS, Blum S, Kugler A, Livote E, Mergenhausen KA, Nebeker JR, et al. *Arch Intern Med* 2011; 171: 860-1.
- 23) White CM, Schoettker PJ, Conway PH, Geiser M, Olivea, Pruett R, et al. Utilising improvement science methods to optimise medication reconciliation. *BMJ Qual Saf*. 2011; 20: 372-80.

Los profesionales sanitarios que deseen notificar incidentes por medicamentos al Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) pueden hacerlo a través de la página web: <http://www.ismp-espana.org>. También se puede contactar con el ISMP-España a través de correo electrónico (ismp@ismp-espana.org) o por teléfono (923291257).

© 2011 Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España).

