

Carta a la Directora

El alta no termina con una receta: conciliación de la medicación y seguridad del paciente

Antonio Fernández Lara^a

a Enfermería, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

Recibido el 9 de junio de 2026. Aceptado el 16 de junio de 2026.

Disponible en Internet el 31 de agosto de 2026

Sra. Directora:

El alta hospitalaria suele representar una buena noticia: el paciente abandona el hospital porque su situación permite continuar la recuperación fuera de él. Sin embargo, ese momento aparentemente favorable constituye también uno de los puntos más vulnerables del proceso asistencial. Durante un ingreso pueden suspenderse tratamientos previos, modificarse dosis, incorporarse nuevos medicamentos o establecerse pautas temporales. Cuando toda esa información llega al domicilio de forma poco clara, una decisión clínica correctamente adoptada puede convertirse en un problema de seguridad.

La conciliación de la medicación pretende evitar precisamente estas discrepancias. No consiste únicamente en imprimir una lista de fármacos al alta, sino en comprobar qué tomaba realmente el paciente antes del ingreso, qué cambios se han realizado durante la hospitalización, qué tratamientos debe mantener al regresar a casa y si comprende cómo utilizarlos. Las discrepancias farmacológicas durante las transiciones asistenciales son frecuentes y pueden derivar en duplicidades, omisiones, dosis incorrectas o mantenimiento involuntario de tratamientos que deberían haberse retirado^{1,2}.

El riesgo aumenta cuando el paciente es mayor, presenta varias enfermedades crónicas o utiliza múltiples medicamentos. En estas situaciones, instrucciones aparentemente sencillas pueden convertirse en un verdadero rompecabezas: «este ya no lo tome», «este se sustituye por otro», «esta dosis solo durante una semana» o «continúe lo que tomaba antes». Un estudio realizado en personas mayores tras el alta identificó discrepancias farmacológicas en el 14,1% de los pacientes y encontró una mayor proporción de reingresos entre quienes las presentaban³.

Aquí la enfermería dispone de una oportunidad especialmente importante. El profesional que prepara el alta puede detectar algo que una prescripción electrónica no siempre revela: que el paciente llama al mismo medicamento de una forma diferente, que conserva en casa cajas antiguas, que no distingue entre dos inhaladores, que utiliza medicación sin receta o que el cuidador ha interpretado de otra manera las instrucciones. Conciliar requiere, por tanto, preguntar, comparar y comprobar, no simplemente entregar documentación.

También exige verificar la comprensión. Preguntar «¿lo ha entendido?» suele obtener una respuesta afirmativa que ofrece poca información. Resulta más útil solicitar al paciente que explique con sus propias palabras qué medicamentos tomará al llegar a casa, cuáles han cambiado y qué debe hacer si aparece un problema.

Autor para correspondencia: Antonio Fernández Lara

Correo electrónico: tendenciasdeenfermeria@sociedadcientificasanitaria.org

Link artículo: <https://doi.org/10.56533/GIJT1005>

DOI: 10.56533/GIJT1005

Las intervenciones de transición asistencial lideradas por enfermería han incorporado precisamente la revisión de la medicación, la educación individualizada, la participación de los cuidadores y el seguimiento posterior como elementos de continuidad del cuidado⁴.

La conciliación tampoco debería convertirse en responsabilidad aislada de una profesión. Médicos, farmacéuticos y enfermeras aportan perspectivas complementarias, pero la proximidad de enfermería al paciente concede una posición privilegiada para identificar dificultades prácticas y comprobar si el plan terapéutico puede trasladarse realmente a la vida cotidiana. Saber qué debe tomar el paciente es indispensable; saber si podrá hacerlo correctamente es igualmente importante.

Quizá sea necesario revisar también el modo en que entendemos un «alta correcta». No debería considerarse completa únicamente porque se hayan firmado los documentos, solicitado las recetas y programado las revisiones. Un alta segura exige que el paciente o su cuidador salga del hospital sabiendo qué toma, para qué lo toma, qué se ha modificado y qué debe dejar de tomar.

En ocasiones, los errores más importantes no se producen durante una intervención compleja ni ante una situación clínica crítica. Surgen en esos espacios aparentemente sencillos donde la información cambia de manos. La transición del hospital al domicilio es uno de ellos. Convertir la conciliación farmacológica en una práctica sistemática de enfermería supone reconocer que la seguridad del paciente no termina cuando abandona la habitación: también depende de lo que ocurre cuando abre, ya en casa, su primera caja de medicamentos.

Referencias

1. Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2012;172(14):1057-69. doi:10.1001/archinternmed.2012.2246.
2. Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158(5 Pt 2):397-403. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006.
3. Coleman EA, Smith JD, Raha D, Min SJ. Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med.* 2005;165(16):1842-7. doi:10.1001/archinte.165.16.1842.
4. Chan B, Goldman LE, Sarkar U, Schneidermann M, Kessell E, Guzman D, et al. The effect of a care transition intervention on the patient experience of older multi-lingual adults in the safety net: results of a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med.* 2015;30(12):1788-94. doi:10.1007/s11606-015-3362-y.