

BUENAS PRÁCTICAS EN FARMACIA: SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

© VALERIA ISABEL RODRÍGUEZ VINUEZA
JOHN MARCOS QUISPILLO MOYOTA
VIOLETA MARICELA DALGO FLORES



BUENAS PRÁCTICAS EN FARMACIA: SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

Rodríguez Vinueza, Valeria Isabel
Quispillo Moyota, John Marcos
Dalgo Flores, Violeta Maricela

© Autores

Rodríguez Vinueza, Valeria Isabel
Docente de la Escuela Superior Politécnica de
Chimborazo Riobamba, Ecuador

Quispillo Moyota, John Marcos
Docente de la Escuela Superior Politécnica de
Chimborazo Riobamba, Ecuador

Dalgo Flores, Violeta Maricela
Docente de la Escuela Superior Politécnica de
Chimborazo Riobamba, Ecuador

Casa Editora del Polo - CASEDELPO CIA. LTDA.

Departamento de Edición

Editado y distribuido por:

Editorial: Casa Editora del Polo

Sello Editorial: 978-9942-816

Manta, Manabí, Ecuador. 2019

Teléfono: (05) 6051775 / 0991871420

Web: www.casedelpo.com

ISBN: 978-9942-621-57-3

DOI: <https://doi.org/10.23857/978-9942-621-57-3>

© Primera edición

© Septiembre - 2023

Impreso en Ecuador

Revisión, Ortografía y Redacción:

Lic. Jessica Mero Vélez

Diseño de Portada:

Michael Josué Suárez-Espinar

Diagramación:

Ing. Edwin Alejandro Delgado-Veliz

Director Editorial:

Dra. Tibisay Milene Lamus-García

Todos los libros publicados por la Casa Editora del Polo, son sometidos previamente a un proceso de evaluación realizado por árbitros calificados. Este es un libro digital y físico, destinado únicamente al uso personal y colectivo en trabajos académicos de investigación, docencia y difusión del Conocimiento, donde se debe brindar crédito de manera adecuada a los autores.

© Reservados todos los derechos. Queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de este contenido, por cualquier medio o procedimiento, parcial o total de este contenido, por cualquier medio o procedimiento.

Comité Científico Académico

Dr. Lucio Noriero-Escalante
Universidad Autónoma de Chapingo, México

Dra. Yorkanda Masó-Dominico
Instituto Tecnológico de la Construcción, México

Dr. Juan Pedro Machado-Castillo
Universidad de Gramma, Bayamo. M.N. Cuba

Dra. Fanny Miriam Sanabria-Boudri
Universidad Nacional Enrique Guzmán y Valle, Perú

Dra. Jennifer Quintero-Medina
Universidad Privada Dr. Rafael Belloso Chacín, Venezuela

Dr. Félix Colina-Ysea
Universidad SISE. Lima, Perú

Dr. Reinaldo Velasco
Universidad Bolivariana de Venezuela, Venezuela

Dra. Lenys Piña-Ferrer
Universidad Rafael Belloso Chacín, Maracaibo, Venezuela

Dr. José Javier Nuvaez-Castillo
Universidad Cooperativa de Colombia, Santa Marta,
Colombia

Constancia de Arbitraje

La Casa Editora del Polo, hace constar que este libro proviene de una investigación realizada por los autores, siendo sometido a un arbitraje bajo el sistema de doble ciego (peer review), de contenido y forma por jurados especialistas. Además, se realizó una revisión del enfoque, paradigma y método investigativo; desde la matriz epistémica asumida por los autores, aplicándose las normas APA, Sexta Edición, proceso de anti plagio en línea Plagiarisma, garantizándose así la científicidad de la obra.

Comité Editorial

Abg. Néstor D. Suárez-Montes
Casa Editora del Polo (CASEDELPO)

Dra. Juana Cecilia-Ojeda
Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela

Dra. Maritza Berenguer-Gouarnaluses
Universidad Santiago de Cuba, Santiago de Cuba, Cuba

Dr. Víctor Reinaldo Jama-Zambrano
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Ext. Chone

Contenido

PRÓLOGO.....	15
INTRODUCCIÓN.....	17
CAPÍTULO I.....	21
INTRODUCCIÓN A LAS BUENAS PRÁCTIAS EN FARMACIA.....	21
1.1.- Consideraciones Generales.....	23
1.2.- Antecedentes.....	25
1.3.- Atención farmacéutica.....	28
1.4.- El proceso de la atención farmacéutica.....	29
1.5.- Definición de las buenas prácticas en farmacia.....	31
1.6.- Requisitos de las buenas prácticas en farmacia.....	31
1.7.- Problemas relacionados con la utilización de medicamentos.....	35
CAPÍTULO II.....	39
FACTORES DE RIESGO EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.....	39
2.2. Factores de Riesgo en la Administración de Medicamentos.....	48
2.2.2. Medidas Para Mitigar los Errores de Medicación.....	58
CAPÍTULO III.....	65
ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS.....	65
3.1. Atención Farmacéutica.....	67
3.1.1. Definiciones.....	67
3.1.2. Objetivos de la Atención Farmacéutica.....	70

3.1.3. Aportación de la Atención Farmacéutica....	72
3.1.4. Beneficios de la Atención Farmacéutica.....	73
3.1.5. Aspectos Claves Para el Correcto Desarrollo de la Atención Farmacéutica.....	75
3.1.6. Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales.....	76
3.1.7. Responsabilidad del Farmacéutico.....	77
3.1.7. La Farmacia Comunitaria.....	78
3.2. Conciliación de Medicamentos.....	78
3.2.1. Historia de la Conciliación de Medicamentos	78
3.2.2. Definiciones de la Conciliación de Medicamentos.....	80
3.2.3. Tipos de Discrepancia.....	82
3.2.3. Los Errores de Conciliación.....	84
3.2.4. Tipos de Errores de Conciliación.....	86
3.2.5. Objetivo de la Conciliación de la Medicación	87
3.2.6. Pasos de la Conciliación de la Medicación...	88
3.2.7. ¿Cuándo Realizar la Conciliación de Medicamentos?.....	91
3.2.8. La Participación del Farmacéutico en la Conciliación de Medicamentos.....	93
 CAPÍTULO IV.....	95
BUENAS PRÁCTICAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO.....	95
4.1.- Nociones generales.....	97
4.2.- Factores causales humanos.....	99
4.3.-Medicamentos de alto riesgo.....	99
4.4.-Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente (ESP, 2023).....	102
4.5.- Marco legal.....	116

4.6.- Recomendaciones para la prevención de errores de medicación que involucran medicamentos de alto riesgo.....	118
4.7. Normas establecidas por la OMS para los medicamentos LASA.....	124
4.8._ Sistemas de notificación y aprendizaje de los errores de medicación.....	126
4.9.- Organizaciones implicadas en la prevención de errores de medicación.....	127
BIBLIOGRAFÍA.....	133

PRÓLOGO

La presente publicación reúne subtemas centrados en el impacto de las buenas prácticas en farmacia tendientes a procurar la atención óptima del paciente. Espero estimado lector que encuentren ustedes estas contribuciones tan estimulantes como las encontramos nosotros.

En este escrito se recoge una gama de opiniones, preocupaciones y soluciones contentivas en diversas investigaciones en torno a la medicación del paciente en los distintos ámbitos y niveles de la atención sanitaria, como uno de los principales desafíos con que se enfrenta la Farmacoterapéutica, pues los eventos relacionados con los errores de medicación son una de las principales causas de morbilidad en los pacientes a nivel global.

La comunidad científica internacional y nacional se muestra cada vez más interesada en investigar para dar contenido, aportar, promover y robustecer el sistema de las buenas prácticas en farmacia orientadas a la búsqueda de soluciones de los problemas que afectan la seguridad del paciente, especialmente, en lo concerniente a la administración de medicamentos durante las etapas de ingreso, permanencia y egreso del usuario de los centros de salud asistenciales.

Las buenas prácticas en el campo de la farmacia se reafirman como una herramienta de incalculable valor basado en normas y protocolos que pueden contribuir de manera significativa a la recuperación de la salud de

los pacientes.

Los autores agradecemos profundamente su colaboración y expresamos un reconocimiento público a todos por sus aportes, que constituyen buena parte de la base de esta publicación.

INTRODUCCIÓN

Como productos de valor estratégico existe consenso sanitario, social y administrativo que la adquisición, custodia y dispensación organizada de medicamentos ha de estar bajo la supervisión y responsabilidad de farmacéuticos. Se debe actuar a la manera de notarios en la transacción del principal instrumento para la salud de la población, los fármacos. Sin embargo la tarea trasciende esa función. Las farmacias complementan y consolidan el trabajo de otros profesionales sanitarios.

Otro desafío importante es asegurar que los medicamentos se utilicen de forma razonable. Esto implica que los pacientes reciban los medicamentos apropiados a sus necesidades clínicas, a las dosis de acuerdo con sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste para ellos y para su comunidad . Sin embargo, el uso razonable de medicamentos sigue siendo la excepción más que la regla. Entre las personas que toman medicamentos, más de la mitad de todas las prescripciones son incorrectas y más de la mitad de las personas implicadas las toman incorrectamente.

En función de esto hay que tener en cuenta que es indispensable llegar a alcanzar las buenas prácticas en la farmacia, la cual consiste en responder a las necesidades de las personas que utilizan los servicios farmacéuticos para ofrecer una atención óptima y basada en la evidencia. Para apoyar estas prácticas, es fundamental que se establezca un marco de estándares

y directrices de calidad

Uno de estos aspectos consiste en la dispensación, la cual corresponde al acto profesional farmacéutico consistente en la interpretación de una receta y la entrega oportuna del medicamento correcto al paciente indicado en el momento apropiado, acompañado de la información para el uso correcto, información sobre el almacenamiento en el hogar y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos requeridos.

Se ha considerado en los diferentes países el establecer un programa o protocolo para evitar la venta de medicamentos y dispositivos médicos vencidos o defectuosos, e instruir al personal de farmacia sobre los cuidados que se deben tener con el fin de prevenir errores asociados a la venta, dispensación y uso de medicamentos y dispositivos médicos caducados. Así como también poder administrar adecuadamente los medicamentos en atención a órdenes médicas bien claras y acordes a las necesidades del paciente.

Está distribuida en cuatro capítulos, el Capítulo I denominado Introducción a las buenas prácticas en farmacia donde se hace un recorrido de los aspectos básicos de la farmacia; el Capítulo II: Factores de riesgo en la administración de medicamentos; el Capítulo III denominado atención farmacéutica y conciliación de medicamentos y el último capítulo denominado Buenas prácticas en la administración de medicamentos de alto

riesgo

Estas inquietudes serán la base sobre la cual se expondrán estos hilos temáticos , así como también los marcos jurídicos y organizacionales que orientan a los profesionales relacionados a los aspectos inherentes a los medicamentos, sobre su uso adecuado.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN A LAS BUENAS
PRÁCTIAS EN FARMACIA

1.1- Consideraciones Generales

La salud es fundamental para la satisfacción y el bienestar de la población. Entre las limitaciones para alcanzar un buen estado de salud se encuentran: la limitación al acceso a medicamentos de calidad, dificultades en el acceso a profesionales sanitarios capacitados y a la atención médica, unos recursos humanos sanitarios inadecuados, costes inabordables a la atención sanitaria y baja cualificación de los profesionales sanitarios.

Los medicamentos son una parte esencial e indispensable en los servicios de atención sanitaria en todas las culturas y sociedades. Cuando se tiene acceso a ellos, son a menudo un componente esencial en muchos de los programas de prevención de enfermedades y en casi todos los tratamientos. A menudo no nos damos cuenta del beneficio potencial de los medicamentos, ya que existe una diferencia entre la eficacia de los medicamentos comprobada en ensayos clínicos y su efectividad real en la práctica. Entre los motivos de esta diferencia se incluyen problemas con la selección del medicamento, las dosis empleadas, una administración inadecuada, la falta de cumplimiento del tratamiento prescrito por parte de los pacientes, las interacciones medicamentosas y entre medicamentos y alimentos, y las reacciones adversas de los medicamentos.

Además de los problemas clínicos asociados a los

problemas relacionados con los medicamentos, existen consecuencias en términos de costes. Se ha calculado que el coste de los problemas relacionados con el uso de los medicamentos es igual o mayor que el coste de los medicamentos en sí mismos.

Además, los medicamentos son cada vez más caros y su coste está comprometiendo la accesibilidad a la atención sanitaria. Es indispensable controlar el coste de los medicamentos para utilizar de la mejor manera posible los recursos limitados con el objeto de maximizar la atención sanitaria para el mayor número posible de personas. Los medicamentos de baja calidad, adulterados, sin licencia y falsificados, de etiquetado engañoso o de imitación son un problema cada vez mayor que compromete a la salud. Es necesario que exista un sistema que garantice la integridad de la cadena de suministro de los medicamentos para asegurar el valor de los mismos, en la prevención de las enfermedades y en el tratamiento de los pacientes.

Los farmacéuticos son profesionales sanitarios específicamente capacitados e instruidos que disponen de la autorización correspondiente (por la autoridad estatal o provincial competente), para que gestionen la dispensación de medicamentos a los usuarios y realicen las tareas adecuadas para garantizar la seguridad y el uso eficaz de los medicamentos. Asimismo, cada vez se tiene más conciencia de que facilitar simplemente el medicamento a los usuarios no es suficiente para

alcanzar los objetivos del tratamiento.

1.2.- Antecedentes

La Farmacia es considerada una ciencia que abarca, dentro de sus numerosas ramas, todo lo relacionado con el conocimiento de principios activos y los orígenes de estos para poder aplicarlos en el ser humano. Se puede definir como una ciencia que estudia la transformación de las drogas y de los productos químicos en medicamentos, mediante operaciones preparativas y analíticas, químicas y farmacodinámicas. Estas sustancias medicinales se engloban en los medicamentos, los cuales están destinados a paliar, curar o restaurar cualquier deficiencia dentro del organismo (Pötzsch, 1996).

La historia de la Farmacia se remonta a los inicios de la humanidad en la Tierra, cuando los seres humanos de aquellos tiempos se aterraban ante cualquier síntoma o signo que veían en ellos, o cualquier acto que pudiera ocurrir en su alrededor (enfermedad, herida, muerte, etc.) (Esteva, 2005).

Un dato interesante digno de mencionar es el origen del símbolo de las farmacias. Éste, reside en Hermes, dios griego de la ciencia química. Hermes era considerado como un mensajero de los dioses y era representado con un báculo alado. En la antigüedad los griegos establecieron una relación entre los médicos y las serpientes, ya que estas cambian periódicamente la piel y parecen rejuvenecer; por ello se le añadió al báculo

dos serpientes enroscadas a su alrededor. Además, en la civilización griega el concepto del medicamento (médico) estaba muy ligado a propiedades venenosas (serpiente).

Como se ve en el símbolo la serpiente está bebiendo de la copa, significante de las numerosas preparaciones que existían en la antigüedad, las cuales podían ser venenosas o no dependiendo de la dosis que se utilizara. En la actualidad conocemos el símbolo de la Farmacia como una copa debido a sustituciones posteriores.



Ilustración 1 Símbolo de los Farmaceutas

Otro punto interesante de la historia farmacéutica es la Farmacia del este, en concreto sus orígenes en Rusia. La ciencia de la época estaba tan desarrollada como en Europa, donde se aplicaban remedios con composición vegetal de elevada calidad. Los cirujanos y curanderos, eran quienes utilizaban estas plantas medicinales, fundando en diversas ciudades del imperio ruso establecimientos similares a las farmacias, en los que se inicia la creación de remedios. Estos remedios dieron lugar a lo que hasta hace poco se conocían como

“fórmulas magistrales”, muy utilizadas en las farmacias, aunque en la actualidad han ido desapareciendo, hasta el punto de ser remedios muy poco frecuentes en el campo sanitario.

La primera farmacopea se edita para que los farmacéuticos pudieran guiarse de un modo seguro y fiable, ya que otras farmacopeas no estaban muy divulgadas dentro de la comunidad científica. El origen de estos recetarios o farmacopeas se remonta a la época griega de mano de Dioscórides, además de tener influencias en la que, se cree ser la primera farmacopea del mundo llamada Recetario Florentino (1498), editada en Florencia. Se trata por iniciativa del médico Nicolás Tulp. Esta, que fue de ámbito municipal en Amsterdam, se tradujo a la lengua holandesa, y tuvo gran reconocimiento farmacéutico, siendo de ayuda para los europeos.

Además, dentro del contexto de la revolución Francesa, durante la cual se crea el primer estatuto de las farmacias, se imponen fuertes exigencias y pretensiones a las farmacias consiguiendo un ambiente cada vez más molesto entre los farmacéuticos. Fue el 28 de diciembre de 1918, cuando se redactó el decreto de nacionalización de las oficinas de farmacia, cuyo objetivo era favorecer el abastecimiento de medicamentos al pueblo a precios asequibles y asegurar el buen funcionamiento de la farmacia, concluyendo éste en 1920 (Doménech, Martínez, & Plá, 2001)

1.3.- Atención farmacéutica

El objetivo de la Atención Farmacéutica es mejorar la calidad de vida de cada paciente a través de resultados definidos con la terapia medicamentosa. Los resultados buscados son: a) la cura de la enfermedad del paciente, b) la eliminación o la reducción de la sintomatología del paciente, c) la detención o la disminución del progreso de la enfermedad y d) la prevención de una enfermedad o de una sintomatología.

Cada uno de estos resultados; a su vez, señala tres funciones principales: 1) identificar problemas, reales y potenciales, relacionados con medicamentos, 2) resolver problemas reales relacionados con medicamentos y 3) prevenir problemas potenciales relacionados con medicamentos.

Un problema relacionado con medicamentos es un evento o circunstancia producido en una terapia con medicamentos que, en forma real o potencial, interfiere con un óptimo resultado en un paciente específico.

Entre los problemas que suelen presentarse con relación al uso de medicamentos pueden citarse los siguientes:

1. Indicaciones no tratadas: El paciente tiene un problema de salud que requiere farmacoterapia (una indicación para el uso de medicamentos), pero no recibe el medicamento para esa indicación.

2. Elección inadecuada del medicamento :El paciente tiene una indicación para el uso de un medicamento pero está tomando el medicamento equivocado
3. Dosis subterapéutica: El paciente tiene un problema de salud que es tratado con insuficiente cantidad del medicamento correcto.
4. Falla al recibir el medicamento: El paciente tiene un problema de salud que resulta de no recibir la medicación por razones farmacéuticas, psicológicas, sociales o económicas.
5. Sobredosis: El paciente tiene un problema de salud que es tratado con demasiada cantidad del medicamento correcto (toxicidad).
6. Efectos adversos: El paciente tiene un problema de salud resultado de una reacción adversa o un efecto adverso al medicamento (evento adverso)
7. Interacción con drogas: El paciente tiene un problema de salud que es resultado de interacciones droga-droga, droga-medicamento, droga-examen de laboratorio
8. Uso de medicamento sin indicación: El paciente está tomando un medicamento sin indicación profesional.

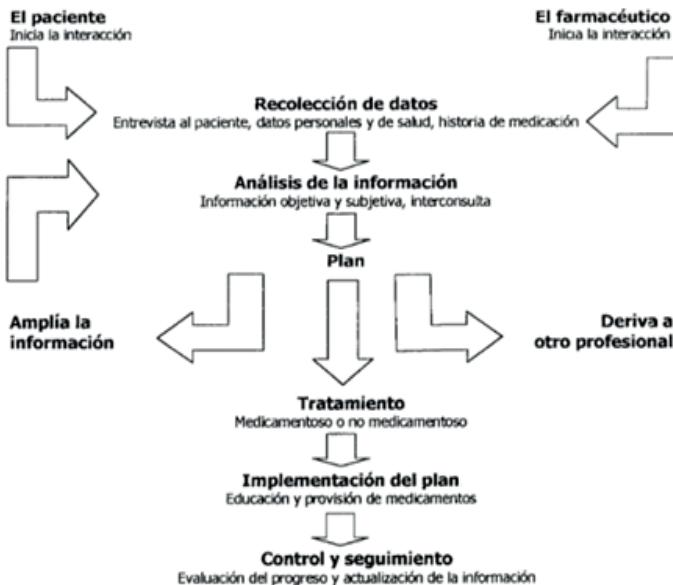
1.4.- El proceso de la atención farmacéutica

Se debe tener en cuenta que la Atención Farmacéutica es un proceso de comprensión y percepción y no un

conglomerado de funciones autónomas que se ejecutan sin un orden determinado (ver Figura 1). A continuación se describen los pasos que componen el proceso de la Atención Farmacéutica.

1. Recolección de datos: El farmacéutico entrevista al paciente. Extrae datos personales y de su estado de salud. Confecciona la historia de medicación.
2. Evaluación de la información: El farmacéutico analiza la información. Separa la información objetiva de la subjetiva. Consulta con otros profesionales. Discute los resultados con el paciente y otros colegas. Recoge más información.
3. Formulación de un plan : El farmacéutico trabaja con el paciente y otros profesionales y establece un plan específico o modifica el actual. Deriva a otro profesional o recomienda un tratamiento medicamentoso (con medicamento de venta libre) o no medicamentoso (dietas, ejercicios físicos, cambios de estilos de vida etc.).
4. Implementación del plan : El farmacéutico explica el plan al paciente y coordina la provisión de los medicamentos y demás productos. Educa al paciente y se asegura que haya comprendido el tratamiento
5. Control y seguimiento del plan. El farmacéutico establece visitas regulares posteriores en donde evalúa el progreso del tratamiento. Actualiza la información. Salvo que todos los pasos sean debidamente completados, el

paciente no recibirá Atención Farmacéutica de calidad.



1.5.- Definición de las buenas prácticas en farmacia

Las buenas prácticas en farmacia son aquellas que responden a las necesidades de las personas que utilizan los servicios farmacéuticos para ofrecer una atención óptima y basada en la evidencia. Para apoyar estas prácticas, es fundamental que se establezca un marco nacional de estándares y directrices de calidad.

1.6.- Requisitos de las buenas prácticas en farmacia

- Las buenas prácticas en farmacia requieren que la primera preocupación de un farmacéutico, en todos los ámbitos profesionales, sea el bienestar de los pacientes.
 - Las buenas prácticas en farmacia requieren que

el centro de la actividad farmacéutica sea ayudar a los pacientes a utilizar los medicamentos de la forma adecuada. Las funciones fundamentales incluyen el suministro de medicamentos y otros productos sanitarios de calidad garantizada, la provisión de información y asesoramiento adecuados al paciente, la administración de medicamentos, cuando sea necesaria, y el seguimiento de los efectos del uso de la medicación.

- Las buenas prácticas en farmacia requieren que una parte integral de la actuación del farmacéutico sea promover una prescripción racional y económica de los medicamentos, además de su correcta dispensación.
- Las buenas prácticas en farmacia requieren que el objetivo de cada uno de los elementos del servicio que se ofrece sea relevante para el paciente, esté claramente definido y se comunique eficazmente a todas las partes involucradas. La colaboración multidisciplinar entre profesionales de la salud es el factor clave para mejorar satisfactoriamente la seguridad del paciente (INVMA, 2008).

Para cumplir con estos requisitos, son necesarias las siguientes condiciones:

- El bienestar de los pacientes debe ser la filosofía principal que subyace en el ejercicio profesional, aunque se acepte que los factores éticos y económicos también sean importantes.

- Los farmacéuticos deben influir en las decisiones sobre el uso de los medicamentos.

Debe existir un sistema que permita a los farmacéuticos informar y obtener comentarios sobre las reacciones adversas, los problemas relacionados con los medicamentos, los errores de medicación, el uso incorrecto, o el abuso de medicamentos, los defectos de calidad del producto o la detección de productos falsificados. Este informe puede incluir información sobre el uso de los medicamentos proporcionada por los propios pacientes o los profesionales sanitarios, ya sea directamente o a través de los farmacéuticos.

La relación con otros profesionales sanitarios, en especial con los médicos, se debe establecer como una relación de colaboración que implique la confianza mutua y la seguridad en todos los asuntos relacionados con la farmacoterapia.

- La relación entre farmacéuticos debe ser de colaboración entre compañeros que procuran mejorar los servicios farmacéuticos, en lugar de actuar como competidores.
- En la práctica, las organizaciones, los gabinetes de profesionales sanitarios y los gerentes farmacéuticos, deben aceptar compartir la responsabilidad de definir, evaluar y mejorar la calidad.
- El farmacéutico debe conocer la información

médica y farmacéutica básica (es decir, el diagnóstico, los resultados de los análisis clínicos y los antecedentes patológicos personales) de cada paciente. Es más fácil obtener esta información si el paciente elige utilizar una sola farmacia o si el perfil farmacoterapéutico del paciente fuera accesible para el farmacéutico.

- El farmacéutico necesita información basada en la evidencia, imparcial, integral, objetiva y actual sobre los tratamientos, medicamentos y otros productos sanitarios en uso, incluido el posible daño medioambiental causado por la eliminación de residuos de medicamentos.
- Los farmacéuticos de todos los ámbitos profesionales deben aceptar la responsabilidad personal de mantener y evaluar su propia competencia a lo largo de toda su vida laboral. Si bien la autoevaluación es importante, también lo sería contar con un elemento de evaluación y control por parte de las organizaciones profesionales farmacéuticas nacionales, para asegurar que los farmacéuticos cumplan con las normas y los requisitos para lograr un desarrollo profesional continuo.
- Los programas educativos para acceder en la profesión deben abordar de un modo apropiado tanto los cambios actuales en las prácticas en farmacia como aquellos cambios que resulten previsibles.
- Se deben establecer estándares nacionales de buenas prácticas en farmacia, y todos los profesionales deben cumplirlas.

1.7.- Problemas relacionados con la utilización de medicamentos

Los problemas relacionados con la utilización de medicamentos (PRUM) representan la mayor participación en los eventos adversos que se originan durante la atención médica hospitalaria.

El Consejo Nacional Coordinador del Registro y Prevención de los Errores de Medicación de los Estados Unidos (National Coordinating Council on Medication Error Reporting and Prevention of USA) lo define como “un acontecimiento que puede evitarse y que es causado por una utilización inadecuada de un medicamento, produciendo lesión a un paciente, mientras la medicación está bajo control de personal sanitario, paciente o consumidor” (NCCMERPT, 1998)

Los errores de medicación (EM) han estado presentes desde el inicio de la utilización de los medicamentos, se han detectado en todos los sistemas de salud, aún en los países llamados desarrollados, con sistemas de mayor experiencia en seguridad y vigilancia, y han sido precisamente esos sistemas los que han conocido y analizado su ocurrencia; incluyendo cálculos económicos de los daños que éstos ocasionan .

Desde hace cuatro décadas gran variedad de estudios a nivel mundial reportan errores en la administración de medicamentos, los cuales representan eventos inaceptables para los sujetos de cuidado (personal,

familiar, comunidad) porque producen complicaciones y en algunos casos hasta la muerte del paciente, generando un sobrecosto asistencial, con un tiempo de hospitalización más prolongado y por ende la pérdida de confianza en las instituciones y personal sanitario (Segura, y otros, 2001)

Los errores de medicación se han clasificado en función de su naturaleza, la clasificación de Hynniman y col. realizada en 1970, los caracteriza en tres grupos esenciales: errores de omisión, errores de comisión y discrepancias; y está la clasificación realizada por la American Society of Health-System Pharmacists en 1993 que se basó en las 12 categorías definidas en la clasificación de Barker y col (NCCMERPT, 1998) Estos errores pueden presentarse debido a fallas activas por la práctica de los diferentes profesionales involucrados o a fallas latentes en el sistema de utilización de los medicamentos, bien sea en la prescripción médica, en la dispensación por farmacia o en la administración y monitorización que realiza el profesional de enfermería (Otero, 2004)

Es fundamental establecer la causa del error en forma no punitiva, pero sí responsable y efectiva, debido a que si bien es cierto que los efectos adversos en el paciente no son muchas veces prevenibles, existen múltiples factores de riesgo que ocurren en las diferentes disciplinas involucradas en el uso de medicamentos, que generan eventos adversos que sí se pueden controlar. Estudios

realizados en otros países demuestran que estos factores están relacionados con las condiciones laborales, recursos insuficientes, nivel de preparación, años de experiencia, sobrecarga laboral, políticas institucionales y la práctica rutinaria durante su manejo, que favorecen la ocurrencia de los errores de medicamentos (Vilá, Gonzalez, & Luaces, 2011)

Por otra parte, todas las repercusiones que traen los PRUM en la seguridad del paciente, en la calidad de vida laboral de los profesionales y en la buena imagen de las instituciones ante los diferentes actores del Sistema de salud, hacen necesario crear estrategias que permitan fortalecer las medidas preventivas y los programas de farmacovigilancia, a través de la notificación voluntaria de errores y la auditoría interna; generando información valiosa para la toma de decisiones institucionales, que reduzcan la frecuencia y la severidad de los errores en la utilización de medicamentos (OMS, 2010).

Este panorama ha propiciado la necesidad de la gestión de riesgos en los hospitales, bajo la iniciativa de prevención de errores, donde el pilar fundamental es el apoyo de las directivas de la institución, a fin de disponer de la infraestructura y recursos necesarios para establecer una cultura de seguridad, incluyendo la formación del personal, el análisis de todo el SUM, estandarizar métodos que permitan detectar los EM y analizar las causas, con el fin de identificar los puntos críticos en la planeación de las prácticas (OMS, 2006)

CAPÍTULO II

FACTORES DE RIESGO EN
LA ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS

2.1. Administración de Medicamentos

La administración de medicamentos es un procedimiento mediante el cual se proporciona un medicamento a un paciente. Esta función es realizada por el personal de enfermería para lo cual poseen conocimientos que les permiten garantizar seguridad para el paciente (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022).

La administración de medicamentos es una de las intervenciones de cuidado más frecuentes que realiza el profesional de enfermería en el ámbito clínico y comunitario, su eficiente y efectivo desempeño en este campo es de gran impacto en el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación y el buen morir de las personas (Marín, Bonilla, Rojas, & Guarnizo, 2018).

La administración de medicamentos se define como los pasos secuenciales realizados por los profesionales de enfermería, que inicia con la preparación, administración y registro de medicamentos prescritos al paciente, en el horario establecido, con el fin de suministrar la medicación al paciente de manera oportuna (Ramos & Soto, 2014).

2.1.1. Administración Segura de Medicamentos

Es la suma de acciones e intervenciones racionadas relacionadas con el conocimiento, la interpretación, la

justificación y la utilización de los medicamentos, en toda la cadena del mismo (disponibilidad, prescripción, dispensación, administración, uso, seguimiento, respuesta), en sus diferentes contextos. Dichas acciones e intervenciones están estandarizadas bajo normas de una correcta utilización, para asegurar así la calidad de la prestación eficiente y segura de los servicios y de los cuidados a los pacientes (Marín, Bonilla, Rojas, & Guarnizo, 2018).

La administración de medicamentos es el procedimiento mediante el cual un fármaco es proporcionado por personal de salud idóneo al paciente por diferentes vías de administración, según indicación médica escrita, debidamente informado y registrado (Promedan IPS, 2019).

Para el proceso de administración de medicamentos de forma segura para los pacientes se debe cumplir con los 10 correctos en la administración de medicamentos (Promedan IPS, 2019).

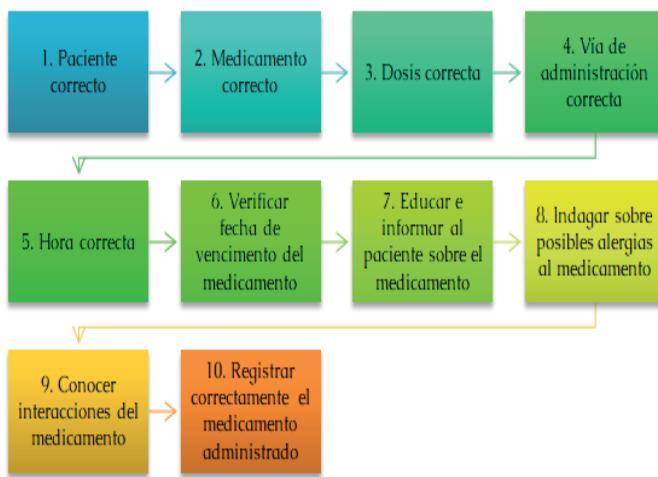


Ilustración 3. Proceso de administración de medicamentos de forma segura

Fuente: (Promedan IPS, 2019). Elaboración propia.

Según el protocolo emitido por el (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022) la administración de medicamentos de forma segura, constituye un pilar fundamental, las cuales se basan según la literatura actual en normas a cumplir, denominados los 15 CORRECTOS en la administración de medicamentos se refiere a las reglas de seguridad que se deben llevar a cabo cuando se suministra un fármaco con el objetivo de evitar errores.

1. Higiene de las manos

2. Estar enterado de antecedentes alérgicos del paciente.
3. Tomar los signos vitales antes de la administración del fármaco.
4. Medicamento correcto.
5. Dosis correcta.
6. Vía de administración correcta.
7. Hora correcta.
8. Paciente correcto.
9. Técnica de administración correcta.
10. Velocidad de infusión correcta.
11. Verificar la fecha de caducidad.
12. Prepare y administre usted mismo el medicamento.
13. Realice el registro de los medicamentos usted mismo después de administrarlos.
14. No administrar medicamentos bajo órdenes verbales.
15. Educar al paciente y su familia sobre el fármaco que se administra.
 - 1) **Higiene de las manos:** Lavado de manos según protocolo. Realizarlo antes y después de preparar y administrar un medicamento, además se debe limpiar

el área de preparación, como medida de seguridad para evitar la contaminación de los fármacos.

2) Estar enterado de antecedentes alérgicos del paciente: Esto evitará que se administren medicamentos que puedan causar reacciones adversas como rash cutáneo y aún más grave un shock anafiláctico.

3) Tomar los signos vitales antes de la administración del fármaco: Tomando en cuenta que ciertos medicamentos pueden alterarlos.

4) Medicamento correcto: Significa identificar el medicamento y comprobar la fecha de caducidad del mismo. Comprobar la prescripción y la etiqueta del fármaco dispensado por farmacia y que ambas estén claramente escritas. Verificar que el medicamento se encuentre envasado en un recipiente que sea el apropiado y que mantiene la integridad de la medicación. La Enfermera constatará que la composición del medicamento se mantenga intacta antes de su administración, en caso de detectar cambios en la misma no se debe administrar.

5) Dosis correcta: Significa que debemos comprobar la dosis prescrita para realizar el cálculo de la dosis correspondiente.

6) Vía de administración correcta: Debemos asegurarnos que la vía de administración sea la prescrita, verificar si el medicamento a administrar es

por vía enteral, parenteral o tópica. En fármacos de alto poder irritante comprobar la permeabilidad de la vía. En situaciones de urgencia, se debe de repetir en voz alta el nombre y dosis del medicamento a administrar, sobre todo en medicamentos de alto riesgo. Existen ocho vías distintas para administrar fármacos: Vía oral; Vía sublingual; Vía tópica; Vía parenteral; Vía respiratoria; Vía rectal; Vía vaginal y Vía percutánea o transdérmica.

7) Hora correcta: Debemos cumplir con la prescripción a la hora correcta para cumplir con el intervalo de dosificación estricto. Administrar el medicamento a la hora correcta evitando que el margen de tiempo no supere a una hora de lo planificado. Conocer los medicamentos que se encuentra tomando el usuario, para prevenir posibles interacciones medicamentosas, así como con los alimentos, permitiendo la reprogramación de horario que favorezca su absorción y efecto deseado.

8) Paciente correcto: Para esto tenemos que comprobar la identidad del paciente, elemento indispensable en el inicio de todo procedimiento terapéutico, evitando así errores de identidad, siendo un momento propicio para establecer empatía con el paciente o usuario.

9) Técnica de administración correcta: Se deberá aplicar la técnica correcta según el medicamento prescrito y la vía de administración del mismo.

10) Velocidad de infusión correcta: En la orden

médica debe estar indicada la velocidad de infusión en el caso de medicación intravenosa.

11) Verificar la fecha de caducidad: Comprobar por lo menos 3 veces al sacarlo del recipiente, al prepararlo y antes de administrarlo.

12) Prepare y administre usted mismo el medicamento: Lo correcto es realizar esta tarea uno mismo para poder estar seguros de lo que se está administrando, no permitir que terceras personas preparen el medicamento y administrarlo sin estar seguros de su correcta preparación.

13) Realice el registro de los medicamentos usted mismo después de administrarlos: Todos los medicamentos administrados y firmar la administración del medicamento en el formulario normalizado. Si por alguna razón no se administra un medicamento, informar de manera verbal y escrita en la hoja de evolución de enfermería especificando el motivo por el cual no se administró el medicamento

- La “no administración de un medicamento” deberá ser registrado en el formulario de enfermería estandarizado, especificando las causas por las que no se administró.

- La administración errónea de un medicamento debe ser informada de inmediato al médico tratante o residente de turno y líder del servicio; y notificarse como

evento adverso de acuerdo al protocolo, en el formulario correspondiente y de igual forma deberá informarse y registrarse cualquier reacción adversa que presente el paciente.

14) No administrar medicamentos bajo órdenes verbales: Las órdenes siempre deben estar por escrito con la firma del médico tratante antes de administrar cualquier fármaco, en caso de tratarse de una urgencia el fármaco se administrará y se anotará en la hoja de enfermería y se deberá conseguir la firma del médico tratante lo antes posible.

15) Educar al paciente y su familia sobre el fármaco que se administra: Informar y educar al paciente o al acompañante sobre los medicamentos que está recibiendo, es importante para obtener la colaboración en la administración del mismo, además de recordarle la importancia de cumplir el tratamiento y no auto-medicarse.

La aplicación de prácticas seguras en la administración de medicamentos, hace referencia a las medidas que se aplicarán para la prevención de potenciales riesgos (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022).

2.2. Factores de Riesgo en la Administración de Medicamentos

La identificación de factores de riesgo para errores

relacionados a la administración de medicamentos se muestra como un aspecto importante para garantizar mayor seguridad a los pacientes y profesionales de salud. Los errores pueden ser identificados, por ejemplo, por medio del análisis de las prescripciones médicas, lo que posibilita actuar preventivamente en el sentido de reducir la ocurrencia de eventos adversos (Grou, Magalhães, Barbosa, Moura, & Morato, 2016).

El proceso de administración de medicamentos es parte fundamental en las acciones de atención directa a los usuarios que reciben prestaciones de salud. Es una cadena que involucra varias etapas donde los errores pueden producirse en cualquier punto de esta: prescripción, transcripción, dispensación, preparación, administración y monitoreo, las causas son multifactoriales y no necesariamente tienen relación con la experiencia (Allard & Henriquez, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado que las prácticas de medicación poco seguras y los errores de medicación son una de las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas de atención de la salud de todo el mundo (OMS, 2022).

Los errores de medicación se deben a problemas sistémicos o a factores humanos como la fatiga, las malas condiciones ambientales o la escasez de personal, que afectan a las prácticas de prescripción, transcripción, dispensación, administración y seguimiento. Estos

errores pueden provocar daños graves, discapacidad e incluso la muerte (OMS, 2022).

De acuerdo con (Marín, Bonilla, Rojas, & Guarnizo, 2018) el Error relacionado con medicamentos es cualquier evento prevenible que puede causar o conducir a un uso inapropiado de la medicación o el daño al paciente, mientras la medicación esté bajo el control del profesional de la salud, los pacientes o los consumidores. Tales eventos pueden estar relacionados con la práctica profesional, los productos de cuidado de la salud, procedimientos y sistemas, incluyendo la prescripción, la comunicación orden, etiquetado de productos, embalaje y la nomenclatura, composición, dispensación, distribución, administración, educación, vigilancia.

El costo mundial asociado a los errores de medicación se ha estimado en \$ 42 000 millones anuales (OMS, 2022).

A nivel mundial, la mitad de los daños evitables en la atención médica están relacionados con la medicación, y una cuarta parte de ellos son graves o potencialmente letales (OMS, 2022).

La prevención de los Errores de Medicación debe ser prioridad en las instituciones sanitarias y un objetivo fundamental para todos los profesionales de la salud implicados en el sistema, sin olvidar, que son los pacientes los que sufren los errores, por lo que hay que

involucrarlos en su prevención (Contreras & Rodríguez, 2016).

De acuerdo con (Allard & Henriquez, 2018) los factores relacionados con los errores de medicación se pueden agrupar en:

a) Factores relacionados con las diferentes etapas del proceso: Prescripción; Transcripción; Preparación / Dispensación; Preparación, Administración y Monitoreo.

b) Factores Humanos: Falta de conocimiento / falta de información sobre el paciente; Personal con poca capacitación; Visión deficiente; Perfil laboral indefinido por poco personal; Falta de cumplimiento de las normas / variabilidad de los procedimientos de trabajo establecidos; Errores en el cálculo de dosis, dilución o velocidad de infusión; Preparación incorrecta del medicamento (incluye medicamento, dilución, o disolvente erróneo); Estrés, sobrecarga de trabajo; Cansancio, falta de sueño; Situaciones personales agobiantes, entre otras.

c) Factores relacionados con los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/administración: Equipos o material defectuoso; Falla en los sistemas automáticos de dispensación; Error en la selección del equipo / dispositivo necesario para la administración del medicamento, (incluye jeringas, adaptadores, etc.); Falla del sistema de administración / bombas de infusión, artículos de fleboclisis, llaves de paso y Error en los

dispositivos de dosificación / jeringas, dosificador para gotas, cucharas y otros.

d) Factores relacionados con los procesos: Falta de estandarización de los procedimientos; Falta de protocolos de seguridad de uso de medicamentos; Falta de información de los pacientes en relación a sus antecedentes clínicos (alergias o efectos adversos con el mismo medicamento); Desabastecimiento; Dotación insuficiente de personal; Falta de disponibilidad de un profesional sanitario; Situaciones de emergencia, entre otros.

e) Factores relacionados con los medicamentos: Selección incorrecta al digitar y/o extraer el medicamento de la gaveta; Medicamento no indicado / no apropiado para el diagnóstico que se pretende tratar; Medicamento contraindicado; Duplicidad terapéutica; Transcripción / dispensación / administración de un medicamento diferente al prescrito; Omisión de dosis o de medicamento; Medicamentos deteriorados (incluye aquellos caducos, mal conservado, mal almacenado, etc.) entre otros.

Según (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022) la aplicación de prácticas seguras en la administración de medicamentos, hace referencia a las medidas que se aplicarán para la prevención de potenciales riesgos:

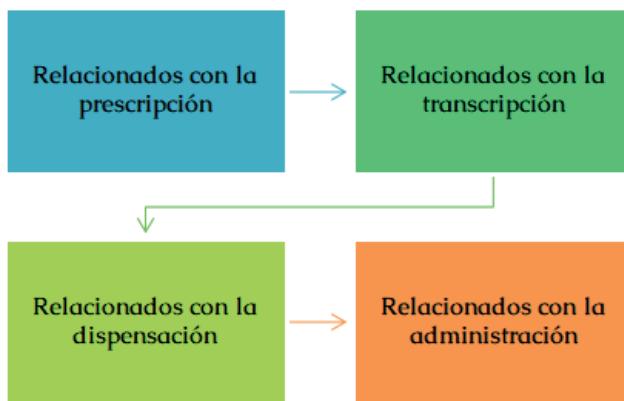


Ilustración 4. Factores relacionados con los errores de medicación en diferentes etapas

Fuente: (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022). Elaboración propia.

1. Factores relacionados con la prescripción:

La prescripción del tratamiento farmacológico y/o cualquier indicación diagnóstica, terapéutica es de responsabilidad médica, quien debe registrar por escrito en la ficha clínica del paciente (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022).

De acuerdo con (Allard & Henriquez, 2018) dentro de los factores relacionados con los errores de medicación en la etapa de la prescripción se tienen:

- Falta de revisión global del tratamiento farmacológico del paciente.
- Comunicación verbal: incorrecta / incompleta / ambigua.

- Comunicación escrita: incorrecta / incompleta / ambigua/ escritura ilegible.
- Prescripción de medicamentos: escritura ilegible/ cifras incorrectas/ uso de abreviaturas/ uso de unidades de medidas no aceptadas.
- Error u omisión de lectura.
- Incorrecta identificación del paciente.
- Interpretación incorrecta de la prescripción médica

2. Factores Relacionados con la transcripción de la prescripción médica: La transcripción de la indicación médica será realizada por un profesional enfermero/a que se encuentre en su turno de trabajo. La transcripción deberá ser copia fiel de las indicaciones médicas y realizadas en las tarjetas asignadas para el efecto; en el formulario estandarizado, además, la Enfermera/o que realice la transcripción lo realizará con letra clara de molde y legible (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022).

De acuerdo con (Allard & Henriquez, 2018) dentro de los factores relacionados con los errores de medicación en la etapa de la transcripción de la prescripción médica, se encuentran:

- Confusión con el nombre / apellido del paciente.
- Confusión con el nombre de los medicamentos.

- Confusión con la dosis indicada del medicamento.

- Confusión con el horario y/o frecuencia de la administración.

3. Factores Relacionados con la dispensación: Los profesionales de bioquímica o el personal de farmacia será quien provea y revise que los medicamentos despachados sean los solicitados en la receta (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022).

Según (Allard & Henriquez, 2018) dentro de los factores relacionados con los errores de medicación en la etapa de la Preparación / Dispensación, se pueden mencionar:

- Prescripciones ilegibles.
- Utilización inadecuada de abreviaturas.
- Información incompleta o incorrecta.
- Conteo incorrecto del número de unidades de medicamentos.
- Almacenamiento inadecuado.
- Ausencia de etiquetas con indicaciones especiales de uso para el (la) usuario (a).
- Embalaje exterior con información incorrecta o incompleta/ apariencia similar a otro producto en nombre, color, forma o tamaño/ apariencia, símbolos o logotipos que induzcan a error.

En cuanto a la fase de la preparación en estimaciones de (Allard & Henriquez, 2018), los errores están asociados a:

- Error en el cálculo de conversión de la dosis, reconstitución, dilución, compatibilidad, manipulación y acondicionamiento del medicamento.
- Técnicas de preparación incorrecta (incluye fraccionar o triturar inapropiadamente formas sólidas orales).

4. Factores Relacionados con la administración: según (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022) esta fase será responsabilidad de la Enfermera que este de turno o el Auxiliar de Enfermería capacitado para ello:

- Las Enfermeras líderes de cada Unidad o Servicio clínico deberán realizar la orientación, entrenamiento y capacitación del personal de enfermería en todo lo relacionado con la administración de medicamentos.
- Cuando nos referimos a la seguridad del paciente, la administración de medicamentos de forma segura, constituye un pilar fundamental, las cuales se basan según la literatura actual en normas a cumplir, denominados: Los 15 CORRECTOS en la administración de medicamentos se refiere a las reglas de seguridad que se deben llevar a cabo cuando se suministra un fármaco con el objetivo de evitar errores.

Para (Allard & Henriquez, 2018) los factores relacionados con los errores de medicación en la etapa de la administración tienen que ver con:

- Vías de administración erróneas (inyectables, orales, tópicas, aerosol u otros).
- Frecuencia de administración errónea.
- Velocidad de administración errónea.
- Hora de administración incorrecta (incluye la administración del medicamento fuera del intervalo de tiempo definido).
- Omisión en la administración.
- Dosis incorrecta concentración en dosis mayor, en dosis menor o dosis extra.
- Paciente equivocado.
- Fallas en verificar que la identificación del paciente coincida con la historia clínica donde está prescrita la indicación de medicamentos.
- Error en la velocidad de infusión.
- Interacción medicamento/alimento - medicamento/medicamento.

Se ha demostrado que más de la mitad de los daños causados por la medicación se producen en la fase de prescripción de los medicamentos y en el momento en que los pacientes los toman, debido a un control inadecuado (OMS, 2022).

2.2.2. Medidas Para Mitigar los Errores de Medicación

Los Errores de Medicación son en su mayoría de causa multifactorial ya que derivan de diversos factores presentes en el sistema de utilización de los medicamentos. Además, los EM son multidisciplinarios, pues pueden afectar a varios procesos, y por lo tanto, a todo el personal de salud implicado en la cadena terapéutica (Contreras & Rodríguez, 2016).

Siguiendo con los aportes de las autoras (Contreras & Rodríguez, 2016) en la mejora de la seguridad del uso de los medicamentos, se han propuesto una serie de recomendaciones o medidas para la prevención de los Errores de Medicación en las instituciones sanitarias. A continuación se sintetizan las más relevantes:

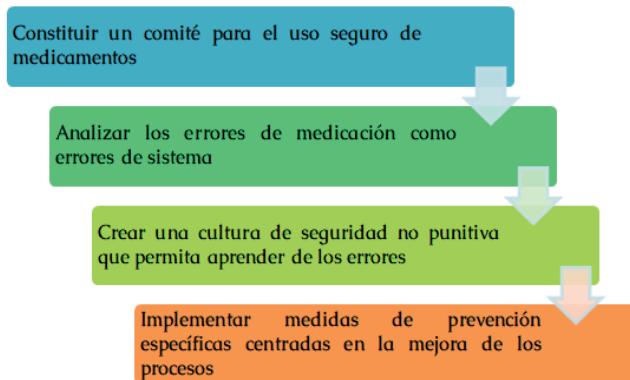


Ilustración 5. Medidas Para Mitigar los Errores de Medicación

Fuente: (Contreras & Rodríguez, 2016). Elaboración propia

a) Constituir un Comité para el uso seguro de medicamentos: El primer paso para abordar la prevención de los errores de medicación (EM) en los sistemas sanitarios es constituir una comisión multidisciplinaria, integrada por médicos, farmacéuticos, personal de enfermería, personal de la dirección del hospital y un asesor de riesgos que establezca y coordinen el desarrollo de las medidas y estrategias de prevención de EM en la institución con el objetivo general de mejorar la calidad del sistema de utilización de los medicamentos, y así prevenir los EM, optimizando la seguridad de los paciente (Otero, Martín, Robles, & Codina, 2002).

b) Analizar los errores de medicación como errores de sistema: La premisa inicial para mejorar la seguridad del sistema sanitario, es reconocer que el error es inherente a la naturaleza humana, es decir, que independientemente de la capacitación y del cuidado de las personas, los errores pueden ocurrir en cualquier proceso humano. Por ello, es necesario crear sistemas sanitarios seguros que sean a prueba de errores humanos. Esta aproximación supone también enfocar el análisis de los errores desde la perspectiva de que éstos se producen porque existen fallos en el sistema (system approach) y no por incompetencia o fallos de los individuos (person approach), como ha sido el enfoque tradicional hasta ahora. En definitiva, cuando se produce un EM no se debe tratar de buscar quién intervino en el mismo, sino, lo que interesa es analizar el error para identificar cómo y por qué se ha producido (Otero, Martín, Robles, &

Codina, 2002).

c) Crear una cultura de seguridad no punitiva que permita aprender de los errores: Para contribuir con la seguridad del sistema sanitario, es fundamental la detección y notificación de los EM. Para ello es preciso crear un ambiente profesional no punitivo, que deseche la idea de culpabilidad y favorezca la comunicación de los errores que se produzcan, el análisis de sus causas y la discusión de las estrategias necesarias para evitarlos. Castigar o eliminar al individuo “culpable” del error no va a modificar los defectos latentes del sistema y es probable que el mismo error vuelva a suceder otra vez (Otero, Martín, Robles, & Codina, 2002).

d) Implementar medidas de prevención específicas centradas en la mejora de los procesos: La implantación de medidas de mejora y el seguimiento de los resultados de las mismas es evidentemente el paso fundamental de los programas de prevención de EM. Cada institución en función de los fallos que detecte en su sistema de utilización de medicamentos debe introducir y adaptar a sus características específicas las prácticas que considere más idóneas para corregir aspectos concretos de los diferentes procesos involucrados (Otero, Martín, Robles, & Codina, 2002).

En este mismo orden de ideas, (Rojas, Castillo, Orduz, & Segura, 2021) proponen una serie de estrategias de prevención en errores de medicación, entre estas, se

mencionan: Estrategias prevención relacionados con dosis y volumen; Estrategias de prevención relacionadas con mezclas incorrectas e incompatibilidades fisicoquímicas y Estrategias de prevención relacionadas con los factores extrínsecos en la administración de medicamentos por infusión intravenosa.

a) Estrategias prevención relacionados con dosis y volumen: Innovación tecnológica con el uso de las bombas de infusión inteligentes; Capacitación del personal de enfermería por parte de ingeniería para su correcto manejo y, de esta manera, asegurar el adecuado volumen de perfusión; El uso de etiquetas a la hora de la preparación del medicamento con información completa (medicamento, unidades, dosis, tipo de diluyente, volumen total a administrar, hora y nombre de quien prepara el medicamento) para demarcar los medicamentos durante su preparación; uso de unidosis o medicamentos en forma lista para administrar (jeringas prellenadas), entre otras.

b) Estrategias de prevención relacionadas con mezclas incorrectas e incompatibilidades fisicoquímicas: El uso de guías de práctica clínica, y protocolos de manejo para la estandarización de soluciones sigue siendo una de las recomendaciones dadas por los diferentes autores; La educación al personal de enfermería en cuanto a los medicamentos y sus diluyentes específicos; Cada medicamento debe tener de manera explícita en su etiqueta el diluyente a utilizar para evitar

incompatibilidades, entre otros.

c) Estrategias de prevención relacionadas con los factores extrínsecos en la administración de medicamentos por infusión intravenosa: Se sugiere capacitación al personal de enfermería en cultura de seguridad del paciente y diluciones, en cuanto a equipos asesoramiento, equipos de perfusión y cada una de las interfases que manejen; Se recomienda reducir el número de presentaciones de medicamentos que se dispensan en farmacia; El entorno de preparación de medicamentos debe ser un área tranquila, en donde el personal cuente con todos los materiales para la preparación y administración del fármaco con el mínimo de distracciones; El hospital, crear políticas, protocolos y/o guías para la preparación de medicamentos, también la estandarización de las etiquetas que contengan la información anteriormente mencionada y Mejorar la comunicación entre el personal y gerencia.

Para garantizar la seguridad del uso de terapias farmacológicas, no sólo es necesario desarrollar y utilizar medicamentos seguros, sino también disponer de sistemas de utilización de medicamentos que estén provistos de los elementos necesarios para reducir los EM y mitigar al máximo sus efectos (Contreras & Rodríguez, 2016)

La OMS pide a las partes interesadas que sigan esforzándose por reducir los daños relacionados con la

medicación, que elaboren estrategias y estructuras para mejorar la seguridad de la medicación a nivel local, nacional, regional y mundial, y que se comprometan a adoptar el Reto de la «medicación sin daño» (OMS, 2022).

CAPÍTULO III

ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y
CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

3.1. Atención Farmacéutica

La atención farmacéutica (AF) se consolidó en los años 90 en los Estados Unidos y se extendió rápidamente de manera global, como práctica significativa y opción de desempeño laboral para los farmacéuticos en el mundo. La esencia de esta disciplina es mejorar el proceso de uso de medicamentos y, con ello, los resultados en salud, incluida la calidad de vida de los pacientes. Esto implica un cambio de enfoque de la profesión farmacéutica, evolucionando de su orientación al producto (dispensación de medicamentos) hacia el paciente (Guerra Ríos, 2020).

3.1.1. Definiciones

La atención farmacéutica consiste en la provisión responsable de la farmacoterapia con el fin de lograr resultados que mejoren la calidad de vida de los pacientes (Hepler & Strand, 1990). Ello conlleva además de la colaboración profesional farmacéutico-paciente, la coordinación con el resto de los profesionales de la salud en el diseño, implementación y seguimiento de los planes terapéuticos para obtener resultados positivos en salud (Calvo, Gastelurrutia, Urionagüena, Isla, Del Pozo, & Solinís, 2022).

La atención farmacéutica puede entenderse como el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes (Herrera Carranza, 2002).

La Atención Farmacéutica integra las actividades

tradicionales y clínicas del farmacéutico junto con las normas deontológica, para mejorar la salud de los pacientes, a través de promover un uso racional y eficiente de los medicamentos (Puras & Saenz, 2014).

En otra definición la atención farmacéutica es considerada como “La actividad profesional por la cual el farmacéutico se vincula con el paciente (y/o cuidador) y el resto de profesionales sanitarios, para atender a este en función de sus necesidades, planteando las estrategias para alinear y alcanzar los objetivos a corto y medio/largo plazo en relación a la farmacoterapia e incorporando las nuevas tecnologías y los medios disponibles para llevar a cabo una interacción continuada con el mismo, con el fin de mejorar los resultados en salud” (Morillo, Calleja, De las Aguas Robustillo, & Poveda, 2021).

La Atención Farmacéutica es la participación activa del Químico Farmaceuta (QF) en la mejora de la calidad de vida del paciente mediante una correcta dispensación, indicación farmacéutica y servicios de farmacoterapia (Galindo, 2018). Esta participación implica la cooperación con el médico y otros profesionales sanitarios, para conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente, así como su intervención en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades. Se trata de una práctica profesional en la que el QF se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos (Galindo, 2018).

Asimismo, se concibe la atención farmacéutica como la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente y derivado de ello, la calidad de los servicios q se ofrecen. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades (Gómez, Ramírez, & Lahera, 2012).

La Atención Farmacéutica es una actuación clínica individualizada con cada paciente que utiliza medicamentos (Comité Editorial Pharm Care España, 2023)

Según (Herrera Carranza, 2002) citado por (Guerra Ríos, 2020), la atención farmacéutica es un proceso emergente de la asistencia sanitaria (un innovador proceso asistencial farmacéutico) en el que el profesional involucrado asume una mayor responsabilidad con el fin de asegurar que la farmacoterapia consiga el objetivo terapéutico que pretende el facultativo prescriptor, con los menores riesgos posibles de aparición de efectos no deseados y el mayor grado posible de efectividad. La práctica de la Atención Farmacéutica, según (Puras & Saenz, 2014) añade indudablemente un valor añadido a la actuación del equipo asistencial porque:

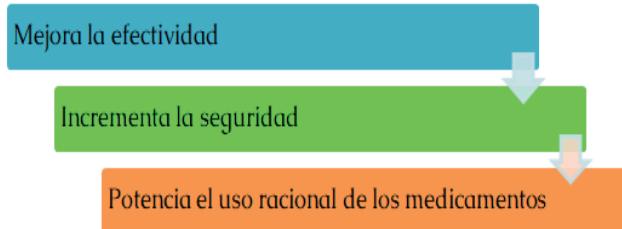


Ilustración 6. Práctica de la Atención Farmacéutica

Fuente: (Puras & Saenz, 2014). Elaboración propia.

La Atención Farmacéutica debe integrarse en la estrategia de cualquier servicio de farmacia, lo cual supone un cambio cultural. Un buen desarrollo de la Atención Farmacéutica conlleva un servicio más enfocado al paciente, un cambio en la relación con el paciente y también el resto del equipo asistencial (Puras & Saenz, 2014).

3.1.2. Objetivos de la Atención Farmacéutica

El objetivo principal de la Atención Farmacéutica es identificar, prevenir y resolver todas las desviaciones que impiden que la estrategia Farmacoterapéutica del paciente alcance el propósito terapéutico, evaluando la estrategia Farmacoterapéutica desde la perspectiva de la necesidad, efectividad y seguridad de sus medicamentos (Galindo, 2018).

El objetivo esencial de los sistemas sanitarios modernos consiste en proporcionar una asistencia integral al paciente con la máxima calidad posible,

siendo imprescindible para ello la coordinación de todos los profesionales implicados (Herrera Carranza, 2002). Comprende dos fines básicos: a) buscar, identificar y resolver problemas relacionados con los medicamentos y b) garantizar la efectividad de los tratamientos prescritos (Herrera Carranza, 2002).

De acuerdo con el autor (Gómez, Ramírez, & Lahera, 2012), dentro de los objetivos que persigue la Atención Farmacéutica se valoran tres cuestiones fundamentales:

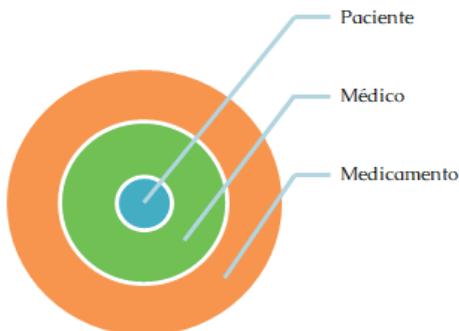


Ilustración 7. Objetivos de la Atención Farmacéutica

Fuente: (Gómez, Ramírez, & Lahera, 2012). Elaboración propia.

- a) Respecto al paciente, el de resolver sus problemas de salud.
- b) Respecto al médico, el de complementar y ayudar en la atención sanitaria que se presta al paciente.
- c) Respecto al medicamento, el de profesionalizar el acto de la dispensación (Jiménez Herrera, 2005).

3.1.3. Aportación de la Atención Farmacéutica

Según (Herrera Carranza, 2002) dentro de los aportes de la Atención Farmacéutica, se tiene:

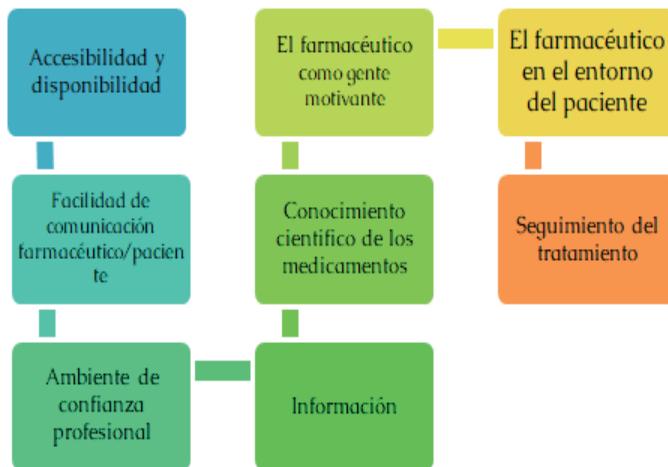


Ilustración 8. Aportaciones de la Atención Farmacéutica

Fuente: (Herrera Carranza, 2002). Elaboración propia.

a) **Accesibilidad y disponibilidad del farmacéutico:** la farmacia comunitaria se considera el centro sanitario más accesible en la actualidad.

b) **Facilidad de comunicación farmacéutico/paciente:** el diálogo accesible y sencillo, pero riguroso, es una de las estrategias más importantes para ayudar al cumplimiento de la prescripción médica y medidas higiénicas complementarias.

c) **Ambiente de confianza profesional:** el farmacéutico normalmente tiene a su cargo unos pacientes habituales (asistidos a su vez por un médico de familia o especialista),

con los que se ha establecido un entorno de confianza y seguridad.

d) Información: el farmacéutico puede y debe proporcionar información e instrucciones precisas sobre el uso correcto de la medicación prescrita, así como las medidas complementarias para asegurar la máxima efectividad del tratamiento.

e) Conocimiento científico de los medicamentos: constituye la razón de ser de unos profesionales a los que la sociedad confía la dispensación de los medicamentos.

f) El farmacéutico como agente motivante: partiendo del conocimiento de la enfermedad del paciente, el farmacéutico debe mostrar, de manera activa, la necesidad de la medicación prescrita, sus beneficios y sus riesgos, en su caso.

g) El farmacéutico presente en el entorno del paciente: el farmacéutico comunitario ocupa un lugar indiscutible en la cadena terapéutica del medicamento y, en este sentido, pueda analizar las características del ambiente familiar e influir en el cumplimiento de la prescripción.

h) Seguimiento del tratamiento farmacológico: constituye el fundamento y la práctica de la atención farmacéutica a tenor de la normativa legal que regula las nuevas competencias del ejercicio profesional de los farmacéuticos comunitarios.

3.1.4. Beneficios de la Atención Farmacéutica

En consideraciones de (Galindo, 2018) dentro de los beneficios que aporta la Atención Farmacéutica, se pueden mencionar:

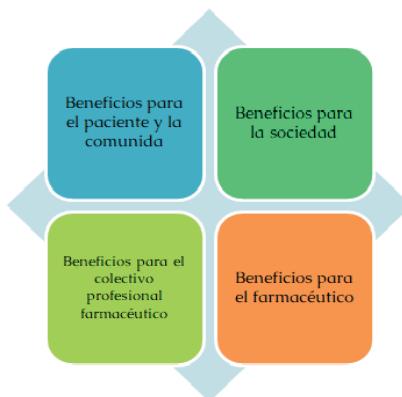


Ilustración 9. Beneficios de la Atención Farmacéutica

Fuente: (Galindo, 2018). Elaboración propia.

a) **Beneficios para el paciente y la comunidad:**

- Mejora del servicio recibido

b) **Beneficios para la sociedad:**

- Uso óptimo de los medicamentos

c) **Beneficios para el colectivo profesional farmacéutico:**

- Reconocimiento social e institucional

- Redefinición global de la actividad profesional

- Apertura de nuevas vías de desarrollo profesional

d) Beneficios para el farmacéutico:

- Satisfacción profesional

3.1.5. Aspectos Claves Para el Correcto Desarrollo de la Atención Farmacéutica

De acuerdo con lo expresado por los autores (Puras & Saenz, 2014) el farmacéutico deberá adoptar las siguientes actitudes como aspectos claves para el correcto desarrollo de la atención farmacéutica:

a) Incrementar el grado compromiso del paciente con su enfermedad: La participación de los pacientes a la hora de tomar decisiones es siempre un incentivo, que genera motivación para lograr un compromiso en el cumplimiento farmacoterapéutica, y por lo tanto, en la mejora de la salud.

b) Mejorar el intercambio de la información: Tanto el paciente como el farmacéutico deben de estar preparados para compartir información, lo cual va a ayudar a la toma de decisiones conjuntas basadas en:

- La evidencia científica disponible
- Los deseos y las experiencias del paciente.

c) Fomentar el respeto mutuo: El Farmacéutico debe ser consciente de que en todo momento se debe considerar la enfermedad a tratar dentro del contexto y la situación personal de cada paciente. En todo momento se deben respetar las ideas, creencias y derechos de los

pacientes. Por otro lado, ni el paciente ni su entorno pueden imponer un criterio de actuación que no sea profesional o que vaya en contra del parecer profesional.

d) Comunicar el valor añadido de la Atención Farmacéutica: Internamente (médicos, enfermeros, gerentes) y Externamente (pacientes).

3.1.6. Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales

Son aquellas actividades sanitarias prestadas desde la Farmacia Comunitaria por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población como la de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos (Comité Editorial Pharm Care España, 2023).

Dichas actividades, alineadas con los objetivos generales del sistema sanitario, tienen entidad propia, con definición, fines, procedimientos y sistemas de documentación, que permiten su evaluación y retribución, garantizando su universalidad, continuidad y sostenibilidad (Comité Editorial Pharm Care España, 2023).

La clave de los Servicios Profesionales Farmacéuticos está en el enfoque asistencial de cualquiera de ellos, que conlleva la responsabilidad profesional de conseguir el mejor resultado posible de los tratamientos farmacológicos utilizados por el paciente (Foro de Atención Farmacéutica AF-FC, 2019).

3.1.7. Responsabilidad del Farmacéutico

En este particular (Guerra Ríos, 2020) destaca entre las responsabilidades del farmacéutico para lograr una atención farmacéutica óptima, se tiene:

- a) Asegurar la integridad del medicamento que entregan.
- b) Asegurar el almacenamiento adecuado de los medicamentos.
- c) Preparación/formulación de medicamentos cuando sea necesario.
- d) Asegurar la adecuación de las prescripciones de medicamentos para que los regímenes de dosis y formas farmacéuticas sean apropiados.
- e) Promocionar educación e intervenciones para prevenir la enfermedad y la discapacidad, promoviendo así los estilos de vida saludables.
- f) Ayudar a los pacientes con la selección de medicamentos para los que no se requiere prescripción y otros productos para la salud.

g) Promoción de la inmunización y otros servicios de salud pública.

3.1.7. La Farmacia Comunitaria

Un nuevo paradigma de la Farmacia Comunitaria se propone con la denominación de Atención Farmacéutica Comunitaria. La farmacia comunitaria es una parte esencial del sistema de salud, ya que es su componente más próximo y accesible para la ciudadanía. Es indudable que, debido a esa privilegiada situación, puede jugar un papel trascendental en las actuaciones en el ámbito comunitario (Comité Editorial Pharm Care España, 2023).

3.2. Conciliación de Medicamentos

3.2.1. Historia de la Conciliación de Medicamentos

La publicación realizada por la autora (Guido León, 2015) ofrece un extracto de la historia de la conciliación de medicamentos, misma que a continuación se presenta: En 2002, la Asamblea Mundial de la Salud, reconoció la necesidad de promover la seguridad del paciente como un principio fundamental de todos los sistemas de salud y pidió a la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrollar estándares globales para mejorar la seguridad de los pacientes tratados en los sistemas de salud de los países miembros de dicha organización.

En el 2004 se fundó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La iniciativa que dio lugar al

Proyecto de las 5 máximas (The High 5s Project) nació en el 2005 en el Simposio Internacional de políticas de cuidado de la Salud de la fundación Commonwealth (un foro en el que se reúnen ministros de salud y altos funcionarios de los gobiernos de los países con sistemas de salud muy avanzados como por ejemplo: Australia, Canadá, Alemania, Holanda, Nueva Zelanda, Reino Unido, Finlandia, Suecia o Francia para compartir experiencias en las políticas para mejorar la seguridad de los pacientes.

El nombre del proyecto se deriva del objetivo original de la iniciativa de reducir significativamente la frecuencia de 5 problemas que desafiaban la seguridad del paciente en los 5 países miembros en los siguientes 5 años. La iniciativa de “las 5 máximas” tenía 2 metas:

1. Determinar la viabilidad de aplicar Protocolos operativos estandarizados (POEs) en diferentes países con diferentes entornos sanitarios y culturas.
2. Determinar si los POEs son eficaces en la mejora de la seguridad del paciente.

El POE de Conciliación de medicamentos del Proyecto de las 5 máximas (The High 5s Project), aborda la prevención de errores de medicación que ocurren a causa de recibir información incompleta del paciente o que se pierda parte de dicha información en los puntos de transición del proceso de cuidado del paciente, incluyendo la admisión, traslados de salón y egreso

hospitalario.

3.2.2. Definiciones de la Conciliación de Medicamentos

De acuerdo con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza (COFZ) el servicio de Conciliación de Medicamentos consiste en el proceso formal y protocolizado de identificación de toda la medicación del paciente, previa y posterior a la transición entre niveles, para detectar y poder resolver posibles discrepancias (COFZ, 2023).

La conciliación de la medicación es un proceso diseñado para garantizar la continuidad segura de la farmacoterapia del paciente a través de las transiciones asistenciales, es decir, que el paciente recibe la medicación correcta a lo largo de toda su asistencia. Es un proceso estructurado y multidisciplinar que implica tanto a profesionales sanitarios como a los pacientes y sus familiares o cuidadores, para lograr que la información que se transmite sobre el tratamiento sea precisa, completa y segura (Fernández Villalba, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la conciliación de medicamentos (CM) es una estrategia recomendada por la iniciativa “Medicación sin Daño”, que forma parte del Reto Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El objetivo de la iniciativa es mitigar y prevenir la morbilidad y la mortalidad relacionadas

con los medicamentos mediante un registro preciso y detallado de la farmacoterapia administrada al paciente (OMS, 2019).

La conciliación de la medicación (o reconciliación por su traducción literal del inglés) es un proceso formal en el cual los profesionales en salud, junto con el paciente y con el apoyo de diversas herramientas tecnológicas, se aseguran que toda la información acerca de los diferentes medicamentos que el paciente utiliza en el tratamiento de su patología será transmitida con precisión cuando este es transferido, ya sea a un nivel de atención distinto (de la clínica al hospital) o dentro del mismo nivel de atención (de un salón a otro dentro del hospital) con el fin de identificar discrepancias en la medicación que pueden generar efectos adversos o consecuencias importantes en la salud del paciente (Guido León, 2015).

La Sociedad Americana de Farmacia Hospitalaria (SEFH) define la Conciliación de la Medicación (medication reconciliation) como 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 (Roure, Aznar, Delgado, Fuster, & Villar , 2009).

Según Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) la conciliación de la medicación es un proceso formal que consiste en comparar la medicación habitual previa del paciente con

la medicación prescrita tras una transición asistencial para detectar las discrepancias no intencionadas ocurridas y comunicarlas al prescriptor para que pueda resolverlas, si procede (JCAHO, 2006).

La conciliación de la medicación se define como un 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 nivel asistencial, con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas. Las discrepancias encontradas se deben comentar con el prescriptor para valorar su justificación y, si se requiere, se deben corregir. Los cambios realizados se deben documentar y comunicar adecuadamente al siguiente responsable sanitario del paciente y al propio paciente (Boletín INFAC, 2013).

Una Discrepancia es cualquier diferencia entre la medicación habitual que el paciente tomaba previamente y la medicación prescrita después de una transición asistencia (Foro de Atención Farmacéutica AF-FC, 2019).

3.2.3. Tipos de Discrepancia

Una Discrepancia no constituye necesariamente un error (Boletín INFAC, 2013). Las discrepancias pueden ser de varios tipos, las cuales se pueden agrupar a decir,

(Boletín INFAC, 2013) en tres tipos:



Ilustración 10. Tipos de Discrepancia

Fuente: (Boletín INFAC, 2013). Elaboración propia.

- a) Discrepancia intencionada documentada: el prescriptor decide añadir, cambiar o cesar un tratamiento y esta decisión se encuentra claramente documentada.
- b) Discrepancia intencionada no documentada: el prescriptor decide añadir, cambiar o cesar un tratamiento, pero esta decisión no se encuentra claramente documentada. No se trata de un error de medicación, pero puede llevar a confusión, requiere un trabajo extra del siguiente profesional que atiende al paciente y podría, finalmente, derivar en un error de medicación.
- c) Discrepancia no intencionada o error de conciliación: el prescriptor, sin ser consciente de ello, añade un nuevo

tratamiento o bien cambia o cesa un tratamiento que el paciente estaba tomando previamente. Se trata de errores de medicación potenciales que pueden provocar efectos adversos.

En esta misma línea, en el documento institucional (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022) esboza, entre las discrepancias que se producen entre los medicamentos que el paciente toma antes del ingreso y la prescripción hospitalaria se tiene:

- a. Discontinuidad de una medicación crónica necesaria durante el ingreso en el hospital.
- b. Continuidad de una medicación crónica contraindicada o innecesaria.
- c. Duplicidad terapéutica entre una medicación crónica no suspendida y una nueva medicación iniciada.
- d. Modificación no justificada de la dosis/frecuencia y/o vía de administración de la medicación crónica.

3.2.3. Los Errores de Conciliación

El elevado número de errores que se producen por la falta de una buena reconciliación del tratamiento, llegando a ser una de las primeras causas de la gran mayoría de acontecimientos adversos a medicamentos que afectan a los pacientes (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022).

Estos errores de reconciliación han sido señalados

por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Institute for Healthcare Improvement (IHI) o Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) como un asunto prioritario dentro de la estrategia de seguridad del paciente (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022).

Los errores de conciliación se derivan de problemas organizativos como la descoordinación entre niveles asistenciales, la falta de comunicación eficaz de la información farmacoterapéutica entre profesionales sanitarios o la ausencia de un registro adecuado, actualizado y accesible de la medicación del paciente. Factores como la pluripatología, la polimedication, la automedication, la situación clínica y personal del paciente en las transiciones asistenciales, pueden condicionar la aparición de errores de conciliación (Boletín INFAC, 2013).

Se pueden producir distintos tipos de errores de conciliación siendo el error de omisión el más frecuente (40-70%) y los fármacos cardiovasculares o los analgésicos en ancianos, los más afectados (Rodriguez & Rosich, 2012).

Los errores de medicación son una de las principales causas de morbilidad en los pacientes. Las deficiencias en la comunicación de la información son responsables hasta el 50% de los errores de medicación y hasta el 20% de los acontecimientos adversos a medicamentos en los Hospitales (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022).

3.2.4. Tipos de Errores de Conciliación

A continuación se mencionan algunos tipos de errores de conciliación de acuerdo con el (Boletín INFAC, 2013):

- a) Omisión de medicamento: el paciente tomaba un medicamento necesario y no se ha prescrito, sin que exista justificación clínica explícita o implícita para omitirlo.
- b) Diferente dosis, vía o frecuencia de administración de un medicamento: se modifica la dosis, vía o frecuencia de un medicamento que el paciente tomaba, sin que exista justificación clínica, explícita o implícita, para ello.
- c) Prescripción incompleta: la prescripción del tratamiento crónico se realiza de forma incompleta y requiere aclaración.
- d) Medicamento equivocado: se prescribe un nuevo medicamento sin justificación clínica, confundiéndolo con otro que el paciente tomaba y que no ha sido prescrito.
- e) 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.

f) Duplicidad: el paciente presenta una duplicidad entre la medicación previa y la nueva prescripción.

g) Interacción: el paciente presenta una interacción clínicamente relevante entre la medicación previa y la nueva prescripción.

h) Mantener medicación contraindicada: se continúa una medicación crónica contraindicada en la nueva situación clínica del paciente.

3.2.5. Objetivo de la Conciliación de la Medicación

La Conciliación de la Medicación tiene como objetivo que los pacientes reciban la medicación que estaban tomando de forma crónica, pero además debe tener en cuenta la adecuación a la situación actual del paciente (Delgado, Anoz, Serrano, & Nicolás, 2007) ya que puede tener nuevas necesidades terapéuticas que justifiquen una adaptación y modificación de la medicación previa (Carrión & Sánchez, 2021).

El objetivo de la conciliación es disminuir los errores de medicación a lo largo de toda la atención sanitaria, garantizando que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente en la dosis, vía y frecuencia correctas y que se adecúan a la situación del paciente y/o a la nueva prescripción realizada en otro punto del sistema

sanitario (hospital, urgencias, consultas externas, atención primaria...). El proceso de conciliación tiene como objetivo detectar y corregir los posibles errores de conciliación que habrían podido pasar inadvertidos (Boletín INFAC, 2013).

3.2.6. Pasos de la Conciliación de la Medicación

Según National Institute for Health and Care Excellence (NICE), la conciliación de medicamentos (CM) es “el proceso formal por el cual los profesionales sanitarios interactúan con los pacientes para garantizar una transmisión de información precisa y exhaustiva durante la consulta” (NICE, 2015).

Para ello es preciso: 1) recabar la información más completa posible sobre la medicación que ha recibido el paciente, entrevistando a pacientes y cuidadores y comprobando los formularios de derivación u otras fuentes de información; 2) verificar la exactitud de lo referido por el paciente y/o sus cuidadores contrastándolo con una o más fuentes alternativas; 3) conciliar información obtenida con los registros de medicamentos prescritos y resolver las discrepancia con el prescriptor, documentando cualquier falta de coincidencia; 4) orientar a los pacientes y sus cuidadores en todo lo relativo a las modificaciones, incluir una lista de la medicación aplicada en el momento en que se produce la derivación (NICE, 2015).

Por otra parte, Institute for Healthcare Improvement

(IHI) destaca que la Conciliación de la Medicación es un proceso formal y protocolizado que incluye los siguientes pasos (IHI, 2012).

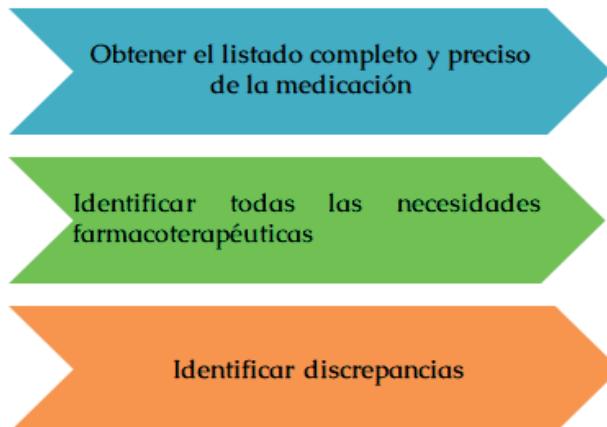


Ilustración 11. Pasos de la Conciliación de la Medicación

Fuente: (IHI, 2012). Elaboración propia.

Obtener el listado completo y preciso de la medicación utilizada previamente por el paciente, incluyendo el nombre del medicamento, dosis, vía y frecuencia de administración. Debe incluir medicamentos sujetos a prescripción médica y medicamentos no sujetos a prescripción médica, como medicamentos OTC, vitaminas, plantas medicinales, etc.

a) Identificar todas las necesidades farmacoterapéuticas del paciente, de acuerdo a su situación clínica actual.

b) Comparar el listado con la prescripción médica actual, identificar discrepancias, comunicar al médico

prescriptor todas las discrepancias que requieren aclaración que han sido observadas y, finalmente, documentar y comunicar cualquier cambio en el tratamiento al paciente, familiar o cuidador.

Asimismo, (Lázaro & Monforte, 2021) destaca que el proceso de CM consta de las siguientes etapas:

1. Elaboración de la lista de medicación previa del paciente.
2. Revisión de la lista de medicación activa prescrita.
3. Comparación y detección de discrepancias aparentemente no justificadas que requieren aclaración.
4. Aclaración con el prescriptor.
5. Documentación de los cambios realizados.
6. Elaboración de una lista de «medicación conciliada.

Lo ideal es realizar la entrevista y elaborar la lista de medicación domiciliaria previa antes de cualquier prescripción; esto habitualmente no es posible, por lo que se recomienda realizar la Conciliación de la Medicación en las primeras 24 horas desde el ingreso en el Servicio Clínico correspondiente (Lázaro & Monforte, 2021).

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, plantas medicinales o medicamentos que se tome el paciente de forma discontinua (Lázaro & Monforte, 2021).

3.2.7. ¿Cuándo Realizar la Conciliación de Medicamentos?

Los medicamentos deben conciliarse 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 (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022) y (Boletín INFAC, 2013).

En el ámbito hospitalario, realizar el historial fármaco-terapéutico, completa y correctamente, al ingreso, es parte importante de la anamnesis. Si se realiza errónea o incompleta puede encubrir problemas relacionados con la administración de medicamentos y causar interrupciones o utilización inadecuada de medicamentos que el paciente requiere de forma crónica. Si estos errores se perpetúan al alta hospitalaria, pueden afectar tanto la efectividad del medicamento como la seguridad del paciente (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022) y (Boletín INFAC, 2013).

En consideraciones de la autora (Guido León, 2015) existen dos procesos de conciliación de medicamentos en el momento de la admisión:

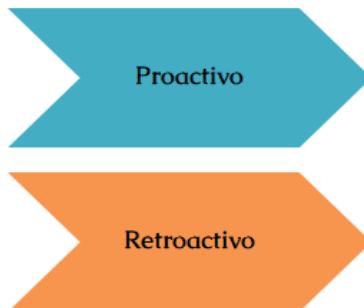


Ilustración 12. Procesos de Conciliación de medicamentos en el momento de la admisión

Fuente: (Guido León, 2015). Elaboración propia

- a. Proactivo: se realiza una entrevista para establecer la mejor historia clínica posible se lleva a cabo antes de que cualquier medicamento sea prescrito.
- b. Retroactivo: la conciliación de medicamentos que se realiza cuando ya se han prescrito medicamentos.

La conciliación de medicamentos al egreso, según el (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022) implica:



Ilustración 13. Conciliación de Medicamentos Despues del Egreso

Fuente: (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022). Elaboración propia.

- a. A partir del historial fármaco-terapéutico y el tratamiento hospitalario del paciente, se registrará el tratamiento actualizado completo (dosis, vía frecuencia, forma farmacéutica y las pautas de administración), próxima cita, dieta, actividad en el formulario (referencia, contrareferencia, referencia inversa y derivación).
- b. Se deben establecer alarmas (ejemplo: para medicamentos específicos de alto riesgo, grupos de pacientes de alto riesgo, o pacientes con cinco o más medicamentos) que provocan automáticamente la consulta con un farmacéutico para proporcionar educación al paciente.
- c. Se indicará a los pacientes que pueden consultar después de su egreso cualquier preocupación o duda sobre sus medicamentos.

El proceso de Conciliación de Medicamentos (CM) es especialmente importante cuando se producen cambios en el nivel de asistencia sanitaria. Uno de los momentos clave para realizar la CM es el ingreso hospitalario (Lázaro & Monforte, 2021). La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) enfatiza que los procedimientos normalizados de conciliación de la medicación habitual deben realizarse tanto al ingreso como al alta (SEFH, 2020)

3.2.8. La Participación del Farmacéutico en la Conciliación de Medicamentos

La participación del farmacéutico en la CM hace que el proceso sea más eficiente y lo convierte en una atractiva estrategia económica para promover la seguridad del

paciente (OMS, 2019).

La conciliación de medicamentos, idealmente debe ser realizada de manera proactiva por el farmacéutico en el momento del ingreso al hospital, sin embargo, requiere de gran cantidad de recurso humano si se desea realizar solo el proceso proactivo (Guido León, 2015).

La recomendación realizada los investigadores, es que se combinen los procesos proactivo y retroactivo y se adapten a las necesidades y recursos de cada hospital (Guido León, 2015).

La reconciliación de medicación es una oportunidad para disminuir los errores de medicación y una oportunidad para desarrollar una atención farmacéutica integral (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022).

El farmacéutico deberá participar activamente en el proceso del sistema de utilización de medicamentos del hospital, registrando, validando y monitorizando todas las prescripciones de medicamentos antes de iniciar los tratamientos por medio de la implementación de un sistema de dispensación en dosis unitaria (a excepción de situaciones de urgencia vital) (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022).

CAPÍTULO IV

BUENAS PRÁCTICAS EN
LA ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

4.1.- Nociones generales

Todos los medicamentos tienen potencial riesgo de causar algún evento adverso, sin embargo se pone énfasis en los medicamentos de alto riesgo porque son aquellos que por sus características propias como por ejemplo un margen terapéutico estrecho, pueden causar daño, incluso la muerte, cuando se produce un error en el curso de su administración. La implementación de una estrategia integral para la gestión de todos los medicamentos con énfasis en los medicamentos de alto riesgo, es un valioso recurso para mejorar la seguridad del paciente. Ninguna práctica por sí sola va a permitir garantizar la seguridad de la utilización de los medicamentos de alto riesgo, sino que es preciso introducir diversas prácticas en todas y cada una de las etapas que configuran el sistema de utilización de los medicamentos.

Por ello se aconseja que se implanten prácticas específicas dirigidas a evitar errores en el envasado, etiquetado, almacenamiento, prescripción, dispensación, preparación y administración de los mismos. Los nombres confusos de medicamentos es otra de las causas más comunes de errores de medicamentos, esto incluye principios activos y nombres comerciales.

Muchos medicamentos tienen aspecto o nombre parecidos a otros, por lo que adquieren su denominación como medicamentos LASA del inglés: Like alike – Sound

alike (se miran igual – suenan igual). Contribuyen con esta confusión la caligrafía ilegible, el conocimiento incompleto de los nombres de los medicamentos, los productos nuevos en el mercado, los envases o etiquetas similares, el uso clínico similar, las concentraciones similares, las formas de dosificación, la frecuencia de administración, la falta de reconocimiento por parte de fabricantes y organismos de reglamentación del potencial de error.

Los errores de medicación (EM) son definidos por el National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) como “cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales de la salud o del paciente o consumidor”. Entre las causas más frecuentes de los EM y que pueden ocasionar daños en la salud de los pacientes, son la similitud ortográfica, fonética o visual que existe entre algunos medicamentos, fenómeno conocido a nivel mundial como



El potencial de los errores de medicación que se relacionan con el nombre, puede ocurrir en cualquier nivel del proceso de uso del medicamento (es decir, prescripción, dispensación, almacenamiento, preparación y administración).

4.2.- Factores causales humanos

Entre los factores que favorecen la ocurrencia de errores tipo LASA se encuentran

Falta de atención sobre la condición clínica del paciente al momento de la prescripción y de la dispensación	Conocimiento inapropiado del prescriptor sobre las presentaciones comerciales.	Sobrecarga laboral
Falta de doble control al momento del almacenamiento y la dispensación.	Polimedication	Falta de formación del personal

4.3.-Medicamentos de alto riesgo

Se denominan “medicamentos de alto riesgo” aquellos que tienen un “riesgo” muy elevado de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que en caso de producirse un error, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves. Por todo ello, los medicamentos de alto riesgo han de ser objetivo prioritario en todos los programas de seguridad

clínica que se establezcan en los hospitales.

La seguridad en la utilización de medicamentos de alto riesgo es altamente compleja, por lo que se debe tratar que en el desarrollo e implementación de esta práctica se impliquen todos los actores que intervienen en el mismo, incluyendo los pacientes.

La mayoría de la literatura científica coincide en que cerca del 50% de los eventos adversos graves son producidos por los siguientes grupos terapéuticos y medicamentos

- Anticoagulantes.
- Opiáceos
- Insulinas.
- Sedantes.
- Potasio IV (cloruro o fosfato).
- Medicamentos por vía epidural o intratecal.
- Metotrexato oral (uso no oncológico).
- Agentes adrenérgicos.
- Agentes citostáticos y citotóxicos.
- Electrolitos.
- Agentes bloqueadores neuromusculares.

Clases terapéuticas

Analgésicos opioides intravenosos, transdérmicos y de uso oral (incluyendo formulaciones que contienen asociaciones con otros medicamentos)

Antineoplásicos (excepto terapias hormonales):

- Antineoplásicos de uso oral y parenteral (Ej: capecitabina, cicloFOSFAMida)
- Terapia dirigida de uso oral e imunoterapia (Ej: palbociclib, IMAtinib, NIVOlumab)

Antitrombóticos (orales y parenterales):

- Anticoagulantes: warfarina, heparinas no fraccionadas y de bajo peso molecular
- Anticoagulantes orales directos e inhibidores del factor Xa (Ej: rivaroxaban, apixaban, edoxaban)
- Inhibidores directos de la trombina (Ej: dabigatrán)

Inmunosupresores orales y parenterales (Ej: azaTIOprina, ciclosPORINA, tacrolimus)

Insulina subcutánea y endovenosa (en todas las formas de presentación y vías de administración)

Medicamentos contraindicados en el embarazo (Ej: bosentán, isotretinoína, talidomida)

Medicamentos pediátricos líquidos que requieren medición

Sedantes de uso oral, de acción mínima o moderada, para niños (Ej: hidrato de cloral, midazolam, ketamina)

Sulfonilureas (Ej: gliMEPIRida, glibenclamida)

Ilustración 14 Medicamentos de Alto Riesgo (Melgaço, Gonzaga, & Azevedo, 2022)

Medicamentos específicos

Ácido valproico

CarBAMazepina

EPINEFrina (intramuscular y subcutánea)

Fenitoína

Lamotrigina

MetoTREXATO de uso oral y parenteral (uso no oncológico)

Ilustración 15 Medicamentos de Alto Riesgo (Melgaço, Gonzaga, & Azevedo, 2022)

En relación a los adultos mayores en residencias, los medicamentos de alto riesgo son:

Clases terapéuticas
Analgésicos opioides intravenosos, transdérmicos y de uso oral (incluyendo formulaciones que contienen asociaciones con otros medicamentos) (Ej: morfina, fentanilo, oxicodeona)
Análogos del GABA utilizados para tratamiento del dolor neuropático (Ej: gabapentina, pregabalina)
Antineoplásicos (excepto terapias hormonales):
<ul style="list-style-type: none">• Antineoplásicos de uso oral y parenteral (Ej: capecitabina, cicloFOSFAMida)• Terapia dirigida de uso oral e imunoterapia (Ej: palbociclib, IMAtinib, DASAtinib)
Antiparkinsonianos, incluyendo carbidopa, levodopa y medicamentos combinados que contienen por lo menos uno de esos medicamentos
Antitrombóticos (orales y parenterales):
<ul style="list-style-type: none">• Anticoagulantes: warfarina, heparinas no fraccionadas y de bajo peso molecular• Anticoagulantes orales directos (Ej: rivaroxabán, apixabán, edoxabán)• Inhibidores directos de la trombina (Ej: dabigatrán)
Inmunosupresores orales y parenterales (Ej: azaTIOprina, ciclosPORINA, cicloFOSFAMida, tacrolimús, ADALImumab)
Insulina subcutánea y endovenosa (en todas las formas de presentación y vías de administración)
Soluciones de nutrición parenteral
Sulfonilureas (Ej: glIMEPIRida, glibenciamida)
Medicamentos específicos
Digoxina
EPINEFrina (intramuscular y subcutánea)
Fenitoína
MetoTREXATO de uso oral e parenteral (uso no oncológico)
Sacubitril+Valsartan

Ilustración 16 Medicamentos de Alto Riesgo (Melgaço, Gonzaga, & Azevedo, 2022)

4.4.-Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente (ESP, 2023)

A partir de este apartado se presentan las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, las cuales son descritas por (ESP, 2023) , las cuales tienen como objetivos es promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente. Los objetivos destacan las áreas problemáticas dentro de la atención médica y describen

soluciones consensuadas para estos problemas, basadas tanto en evidencia como en el conocimiento de expertos. Reconociendo que un diseño sólido del sistema es fundamental para la prestación de atención médica segura y de alta calidad, los objetivos por lo general se centran en soluciones que abarcan todo el sistema, siempre que sea posible.



Ilustración 17

Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente (ESP, 2023)

Los Objetivos son:

1. Identificar correctamente a los pacientes.
2. Mejorar la comunicación efectiva.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.

4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud asociada con la atención médica.
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Objetivo 1. Esencial Identificar correctamente a los pacientes.

Requisito del Objetivo 1:

El establecimiento de atención médica elabora políticas y procedimientos para mejorar la precisión en la identificación de los pacientes.

Propósito: Errores que involucran al paciente equivocado ocurren en prácticamente todos los aspectos del diagnóstico y tratamiento. Los pacientes pueden estar sedados, desorientados o no del todo alertas, puede que los cambien de cama, de habitación o de lugar dentro del hospital, pueden padecer discapacidades sensoriales o estar sujetos a otras situaciones que pueden conducir a errores en cuanto a la identificación correcta. El propósito de este objetivo es doble: en primer lugar, identificar en forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio o tratamiento; en segundo lugar, hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona (OMS. FIP, 2006).

Las políticas y/o procedimientos para mejorar los procesos de identificación se diseñan en colaboración, en particular los procesos utilizados para identificar a un paciente que se le administrarán medicamentos, sangre o hemoderivados; que se le extraerá sangre y otras muestras para análisis clínicos o proporcionará cualquier otro tratamiento o procedimiento. Las políticas y/o procedimientos exigen al menos dos formas de identificación de un paciente, como por ejemplo el nombre del paciente, su número de identificación, la fecha de nacimiento, una pulsera con código de barras u otras maneras.

El número de habitación del paciente o su ubicación no son datos que se puedan usar como identificación. Las políticas y/o procedimientos obligan al uso de dos identificadores diferentes en distintos lugares dentro del establecimiento, como por ejemplo en atención externa o en otros servicios ambulatorios, el área de Urgencias o los Quirófanos. También se incluye la identificación del paciente con alteración del estado de conciencia desconocido. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que aseguren que se preste atención a todas las posibles situaciones de identificación.

Elementos medibles del Objetivo 1:

1. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que aseguren

la precisión de la identificación del paciente.

2. Las políticas y/o procedimientos exigen el uso de dos identificadores del paciente, sin incluir el número de habitación ni la ubicación del paciente.

3. Los pacientes son identificados antes de administrarles medicamentos, sangre o hemoderivados.

4. Los pacientes son identificados antes de extraerles sangre u otras muestras para análisis clínicos

5. Los pacientes son identificados antes de proporcionarles tratamientos y procedimientos.

Objetivo 2: Mejorar la comunicación efectiva.

Requisito del Objetivo 2:

El establecimiento de atención médica elabora políticas y procedimientos para mejorar la efectividad de la comunicación entre profesionales.

Propósito:

Cuando la comunicación es efectiva, lo cual implica que sea oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y da como resultado una mejora en la seguridad del paciente.

La comunicación puede ser electrónica, oral o escrita. Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes de atención al paciente dadas oralmente y por teléfono.

Otro tipo de comunicación propensa al error es la información de resultados críticos de análisis, como por ejemplo que el laboratorio clínico llame a la unidad de atención al paciente para informar los resultados de un análisis solicitado en urgencias.

El establecimiento elabora, en colaboración, una política y/o procedimiento para órdenes orales y telefónicas que incluye: la anotación (o ingreso en una computadora) de la orden o el resultado del análisis completo, por parte de quien recibe la información; la lectura, por parte del receptor, de la orden o el resultado del análisis, y la confirmación de que lo que se ha anotado y leído es exacto. La política y/o procedimiento identifican alternativas aceptables para cuando el proceso de relectura no sea posible, como por ejemplo en la sala de operaciones y en situaciones de urgencia en el área de Urgencias o en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Elementos medibles.

1. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que atiendan la precisión de las comunicaciones orales y telefónicas.
2. El receptor de la orden o del resultado del análisis anota la orden o resultado de los análisis orales y telefónicos completos.
3. La orden o el resultado del análisis oral y telefónico

completo son vueltos a leer por el receptor de dicha orden o resultado.

4. La orden o el resultado del análisis son confirmados por la persona que los dio.

Objetivo 3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.

Requisito del Objetivo 3.

El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para mejorar la seguridad de los medicamentos que representan un alto riesgo.

Propósito: Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental el manejo adecuado a fin de garantizar la seguridad del paciente. Un problema de seguridad de los medicamentos mencionado con frecuencia es la administración errónea de electrólitos concentrados (por ejemplo, cloruro de potasio [2mEq/ml o más concentrado], fosfato de potasio, cloruro de sodio [más que 0,9% concentrado], y sulfato de magnesio [50% o más concentrado]). Este error puede ocurrir por falta de supervisión del personal de nuevo ingreso, por falta de orientación e inducción del personal que atiende al paciente (sea este propio o subrogado) o por una situación de urgencia mal manejada. Los medios más efectivos para disminuir o eliminar esta ocurrencia es retirar los electrólitos concentrados de las unidades de atención al paciente y llevarlos a la farmacia.

El establecimiento, en colaboración, desarrolla una política y/o un procedimiento que evita la colocación de electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente donde puedan ocurrir errores de administración. La política y/o el procedimiento identifican todas las áreas donde los electrolitos concentrados son necesarios desde el punto de vista clínico, como el departamento de Urgencias o las salas de operaciones, e identifican el modo en que son etiquetados en forma clara y cómo se almacenan en dichas áreas, de modo tal que esté restringido el acceso a ellos a fin de prevenir la administración errónea.

Elementos medibles del Objetivo 3.

1. Se emplea un proceso de colaboración para desarrollar políticas y/o procedimientos que atiendan la ubicación, etiquetado y almacenamiento de electrolitos concentrados.
2. No hay electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente, salvo que sean necesarios desde el punto de vista clínico y se tomen medidas contra la administración errónea en aquellas áreas donde la política lo autorice.

Objetivo 4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.

Requisito del Objetivo 4:

El establecimiento cuenta con políticas y

procedimientos para asegurar la realización de cirugías en el sitio correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.

Propósito: La cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto y/o al paciente equivocado son preocupantes problemas comunes en los hospitales. Estos errores son el resultado de:

- Una comunicación deficiente o inadecuada entre los miembros del equipo quirúrgico.
- La falta de participación del paciente en el marcado del sitio.
- La ausencia de procedimientos de verificación del sitio de la operación. La evaluación inadecuada del paciente.
- La revisión inadecuada del expediente clínico.
- Una cultura que no apoya la comunicación abierta entre los miembros del equipo quirúrgico.
- Los problemas relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas son factores que de manera frecuente contribuyen al error.
- Es preciso que los establecimientos, en colaboración, desarrollen una política y/o un procedimiento que sea efectivo para la eliminación de este preocupante problema.

- Se emplean prácticas basadas en la evidencia, tales como las descritas en el Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person SurgeryTM(Protocolo universal para la prevención de cirugías en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o a la persona equivocada) de la Joint Commission.

Los procesos esenciales encontrados en el Protocolo Universal son:

- El marcado del sitio quirúrgico.
- Un proceso de verificación preoperatorio.
- Una instancia inmediatamente previa o “time-out” que tiene lugar justo antes del comienzo de un procedimiento.
- El marcado del sitio quirúrgico involucra la participación del paciente y se lleva a cabo con una marca inequívoca.
- La marca debe ser la misma en toda la organización, debe ser efectuada por la persona que llevará a cabo el procedimiento, deberá hacerse estando el paciente despierto y consciente, si fuera posible, y debe estar visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto.
- El sitio quirúrgico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad, estructuras múltiples (dedos de las manos y de los pies) o niveles múltiples (columna vertebral).

El propósito del proceso de verificación preoperatorio es:

- Verificar que sean el sitio, el procedimiento y el paciente correctos.
- Asegurar que estén disponibles todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, que estén debidamente etiquetados y exhibidos
- Verificar la presencia de todos los equipos y/o implantes especiales necesarios.
- La confirmación de información en el momento inmediatamente previo al procedimiento permite resolver cualquier pregunta no respondida o confusión. La confirmación previa se lleva a cabo en el lugar donde se realizará el procedimiento, justo antes de comenzar, e implica la participación de todo el equipo quirúrgico.
- El establecimiento determina el modo en que el proceso será documentado en forma resumida, como por ejemplo en una lista de verificación.

Elementos medibles del Objetivo 4.

1. Se emplea un proceso de colaboración para desarrollar políticas y/o procedimientos que establezcan procesos estandarizados, a fin de asegurar el sitio correcto, el procedimiento correcto y el paciente correcto, incluyendo procedimientos realizados fuera de la sala de operaciones.

2. Se emplea una marca claramente comprensible para la identificación del sitio quirúrgico y se hace participar al paciente en el proceso de marcado.

3. Se emplea un proceso para verificar que todos los documentos y el equipo necesarios estén a la mano, sean los correctos y funcionen.

4. Se emplea una lista de verificación y un procedimiento de instancia inmediatamente previa al inicio de un procedimiento quirúrgico.

Objetivo 5. Esencial. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.

Requisito del Objetivo 5.

El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para reducir el riesgo e infecciones asociadas con la atención médica.

Propósito.

- La prevención y el control de infecciones asociadas con la atención médica constituyen desafíos en la mayoría de las áreas de atención médica.
- Los índices en aumento de dichas infecciones representan una preocupación importante tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.
- Las infecciones asociadas al cuidado de la salud comunes a todas las áreas de atención médica incluyen

infecciones asociadas al cuidado de la salud de las vías urinarias asociadas con el uso de catéteres, infecciones asociadas al cuidado de la salud del torrente sanguíneo y neumonía (a menudo asociadas con la respiración asistida).

Lo fundamental para erradicar estas y otras infecciones asociadas al cuidado de la salud es la higiene adecuada de las manos. Se pueden obtener pautas internacionalmente aceptadas para la higiene de las manos en el establecimiento Mundial de la Salud (OMS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos y en varias otras organizaciones nacionales e internacionales. El establecimiento cuenta con un proceso de colaboración para elaborar políticas y/o procedimientos que adapten o adopten los lineamientos actualmente publicados y generalmente aceptados para la higiene de las manos y para su implementación dentro del establecimiento.

Elementos medibles del Objetivo 5.

1. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que atiendan la reducción del riesgo de contraer infecciones asociadas al cuidado de la salud asociadas con la atención médica.
2. Se adoptaron guías para la higiene de las manos actualmente publicadas y generalmente aceptadas.

3. Se implementa un programa efectivo para la higiene de las manos.

Objetivo 6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Requisito del Objetivo 6. El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Propósito:

Las caídas constituyen un factor importante de las lesiones sufridas por pacientes hospitalizados.

En el contexto de la población que se atiende, los servicios que se prestan y la característica de sus instalaciones, el establecimiento debe evaluar el riesgo de caídas, en consecuencia, debe tomar medidas para reducir el riesgo de caídas y de lesiones en caso de ocurrir una caída.

La evaluación podría incluir los antecedentes de caídas, una revisión del consumo de alcohol y medicamentos, una evaluación del andar y el equilibrio, y las ayudas para caminar empleadas por el paciente.

El establecimiento implementa un programa de reducción del riesgo de caídas, basándose en políticas y/o procedimientos adecuados. Se implementa el programa.

Elementos medibles del Objetivo 6.

1. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que atiendan la reducción del riesgo de daños sufridos por los pacientes a causa de caídas en el establecimiento.
2. El establecimiento implementa un proceso para que en la evaluación inicial de pacientes, se determine el riesgo de caídas y posteriormente se reevalúe a los pacientes cuando así lo determine un cambio en el estado de los mismos, en sus medicamentos, etc.
3. Como resultado de la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas, se implementan las medidas necesarias tendientes a reducir la probabilidad de caídas en los pacientes con valores de mayor riesgo.

4.5.- Marco legal

A nivel internacional

El 2 de mayo de 2007 | Washington/Ginebra - La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha lanzado hoy “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” a fin de ayudar a reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo el mundo. Las soluciones han sido formuladas por el Centro Colaborador de la OMS sobre (Soluciones para) la Seguridad del Paciente.

A nivel nacional

- Constitución de la República del Ecuador

Que, la Constitución de la República del Ecuador manda: “Art. 32.- La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos; entre ellos, el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenta el buen vivir. ... Art. 359 Que la de la misma Constitución ordena: “El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social”

• **Ley Orgánica de Salud:**

Art. 6 de la Ley Orgánica de Salud los numerales 24 y 25 determina que es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, regular, vigilar, controlar y autorizar el funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud públicos y privados con y sin fines de lucros y demás sujetos a control sanitario, regular ejecutar los procesos de licenciamiento y calificación; y el establecer las normas para la acreditación de los Servicios de Salud.

Art. 53 Las empresas, instituciones y organismos que presten servicios públicos deberán incorporar sistemas de medición de satisfacción de las personas usuarias y consumidoras, y poner en práctica sistemas de atención y reparación. El Estado responderá civilmente por los

daños y perjuicios causados a las personas por negligencia y descuido en la atención de los Servicios públicos que estén a su cargo, y por la carencia de servicios que hayan sido pagados.

Art. 54 Las personas o entidades que presten servicios públicos o que produzcan o comercialicen bienes de consumo, serán responsables civil y penalmente por la deficiente prestación del servicio, por la calidad defectuosa del producto, o cuando sus condiciones no estén de acuerdo con la publicidad efectuada o con la descripción que incorpore.

el artículo 221 de la Ley Orgánica de Salud determina que es responsabilidad de los profesionales de salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos. (...)" (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2021)

4.6.- Recomendaciones para la prevención de errores de medicación que involucran medicamentos de alto riesgo

Estas recomendaciones son ofrecidas por (OMS. , 1990)

1. Implementar barreras que reduzcan, dificulten o eliminen la posibilidad de que se produzcan errores.

- Utilizar jeringas adecuadas para la administración

de soluciones orales. Las conexiones NO PUEDEN adaptarse a los sistemas de administración intravenosa.

- Asegurar la correcta identificación de las jeringas, utilizando etiquetas que contengan el nombre del paciente, nombre de la solución, concentración y vía de administración.
- Asegurar la identificación diferenciada de estos medicamentos en las etapas de almacenamiento, dispensación, preparación y administración; se debe almacenar en un lugar distante y diferenciado de aquellos con envases similares

2. Adoptar protocolos, elaborando documentos claros y detallados para el uso de medicamentos de alto riesgo.

- Crear e implementar protocolos que presenten múltiples barreras para prevenir errores a lo largo del sistema de utilización de medicamentos.
- Estandarizar los medicamentos y las dosis que se deben utilizar, a fin de reducir la dependencia de la memorización y permitir la ejecución segura de los procedimientos, especialmente para el personal sin experiencia o de nuevo ingreso al servicio y que aún no está familiarizado con los procesos de trabajo.
- Implementar protocolos enfocados al manejo clínico seguro de medicamentos antineoplásicos y antitrombóticos

3. Revisar continuamente la estandarización de medicamentos de alto riesgo.

- Revisar continuamente las especialidades farmacéuticas que contienen medicamentos de alto riesgo incluidos en la estandarización para evitar errores por nombres similares (ortográficos y sonoros), etiquetas y envases.
- Aplicar medidas correctivas al identificar situaciones de riesgo. Por ej. sacar el medicamentos de la estandarización, sustituirlo por otra especialidad farmacéutica, almacenarlo en un lugar diferente al habitual o utilizar etiquetas que destaque la diferencia en su ortografía y sonido, utilizando letras mayúsculas y negritas.
- Estandarizar, siempre que sea posible, las formulaciones estándar de nutrición parenteral y utilizar protocolos para el seguimiento de los pacientes, con el objetivo de identificar situaciones de riesgo relacionadas con el uso de estas formulaciones.

4. Reducir el número de alternativas farmacéuticas.

- Reducir al mínimo necesario (concentraciones y volúmenes) el número de presentaciones de unos mismos medicamentos disponibles en la institución Ej: reducir al mínimo necesario el número de presentaciones de morfina. Cuando las diferentes presentaciones de morfina estén estandarizadas en la institución, colocar

etiquetas adicionales que destaque la concentración del medicamentos y almacenar cada presentación en un lugar diferente y bien señalizado.

5. Centralizar procesos con alto potencial de inducir errores.

- Realizar el manejo (preparación y administración) de medicamentos antineoplásicos únicamente por profesionales capacitados y especializados, informando al paciente, familiar o cuidador de todo el régimen terapéutico y procedimientos prescritos para que permanezca alerta y ayude a evitar posibles errores.

6. Utilizar procedimientos de doble verificación de medicamentos.

- Identificar los procesos de mayor riesgo y emplear doble verificación (check) independiente, en el que un profesional realiza el control paralelamente al trabajo realizado por otro. Aun considerando que todo el mundo es susceptible de cometer errores, la probabilidad de que dos personas cometan el mismo error, con el mismo fármaco y el mismo paciente es menor. El doble control independiente debe limitarse a los puntos más vulnerables del sistema y grupos de pacientes de riesgo, ya que la presencia de un elevado número de puntos de control puede reducir la eficacia de esta medida.

Ej: a) verificación de cálculos de dosis para pacientes pediátricos y de edad avanzada.

b) realizar un doble control independiente en la preparación de las dosis de insulina e informar al paciente sobre las dosis, horarios y tipo de insulina que se le administrará para que él pueda actuar como un control adicional.

- Emplear tecnologías que faciliten la operación y permitan la verificación automática

7. Incorporar alertas automáticas en los sistemas informáticos.

- Implantar un sistema de prescripción electrónica CON SOPORTE CLÍNICO como medida de prevención de errores.

• Disponibilizar bases de información integrada a los sistemas de prescripción y dispensación para alertar sobre situaciones de riesgo en el momento de la prescripción y dispensación (Ej: límites de dosis, necesidad de dilución y antecedentes de alergia del paciente).

8. Proporcionar y mejorar el acceso a la información para profesionales de la salud, pacientes, cuidadores y familiares.

- Ampliar la formación de los profesionales de la salud involucrados en el sistema de uso de medicamentos.

• Dar a conocer la lista de medicamentos de alto riesgo disponible en la institución.

- Proporcionar información técnica sobre

medicamentos, como las dosis máximas permitidas de medicamentos de alto riesgo.

- Adoptar una rutina de orientación al paciente.
- Informar al paciente, familiar o cuidador, por escrito y verbalmente con un lenguaje claro y accesible, el régimen terapéutico y los procedimientos prescritos para que permanezcan atentos y ayuden a evitar posibles errores.
- Capacitar a un familiar o cuidador para auxiliar con el seguimiento en los casos en que el paciente no sea capaz de monitorear su tratamiento (Ej: personas mayores con dificultades cognitivas)

9. Establecer protocolos para minimizar las consecuencias de los errores.

• Desarrollar e implementar guías y protocolos de actuación para reducir las consecuencias y daños a los pacientes afectados por errores, especialmente los relacionados con quimioterapia, anticoagulantes, opioides e insulina.

• Implementar protocolos para comunicar la ocurrencia de un evento adverso a los pacientes y familiares. Se debe brindar información sobre los eventos ocurridos, impactos en el paciente y medidas adoptadas para minimizar o revertir el daño, además de información complementaria y posterior al análisis del evento, como exposición de las causas y lecciones

aprendidas (disclosure inicial y final).

10. Monitorear el desempeño de las estrategias de prevención de errores.

• Analizar los resultados de las estrategias de prevención a través de datos objetivos, utilizando indicadores medidos a lo largo del sistema de uso de medicamentos.

• Además, se fomenta la implementación de indicadores complementarios, de acuerdo a las particularidades de cada institución de salud.

• Identificar los puntos críticos del sistema de utilización de medicamentos y orientar los programas prevención y los indicadores que serán utilizados.

• Siempre que sea posible, realizar mediciones utilizando los mismos indicadores antes y después de implementar los cambios para evaluar la efectividad de las intervenciones.

4.7. Normas establecidas por la OMS para los medicamentos LASA

Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha especificado algunas propuestas con las que se pretende garantizar que las organizaciones de atención médica identifiquen activamente y administren los riesgos asociados con los medicamentos LASA. A continuación se especifican algunas de ellas (Vera, 2011):

1. Revisar anualmente los medicamentos LASA utilizados en su institución/hospital.
2. Implementar protocolos clínicos que:
 - a) Minimicen el uso de órdenes verbales y telefónicas.
 - b) Enfaticen la necesidad de leer cuidadosamente la etiqueta cada vez que se accede a un medicamento y nuevamente antes de su administración, en vez de confiar en el reconocimiento visual, ubicación u otras señales menos específicas.
 - c) Enfaticen la necesidad de verificar el propósito del medicamento en la receta / orden y, antes de administrar el medicamento, y verificar que haya un diagnóstico activo que coincida con el propósito / indicación.
3. Almacenar los medicamentos con nombres LASA en ubicaciones separadas o en orden no alfabético, tal como por número de contenedor, en estantes o en dispositivos dispensadores automáticos.
4. Usar técnicas como negritas y diferencias de color para reducir la confusión asociada con el uso de los nombres de LASA en etiquetas, recipientes de almacenamiento y estantes, pantallas de computadora, dispositivos dispensadores automáticos y registros de administración de medicamentos.
5. Desarrollar estrategias para involucrar a los pacientes y sus cuidadores en la reducción de riesgos:

- a) Proporcionando información escrita sobre medicamentos, incluida la indicación, nombres genéricos, y posibles efectos secundarios.
 - b) Desarrollar estrategias para acondicionar diferencias de idioma y conocimiento limitado de la atención médica, a pacientes con impedimentos visuales.
 - c) El farmacéutico debe proporcionar una revisión de los medicamentos dispensados al paciente para confirmar las indicaciones y la apariencia esperada, especialmente cuando se administra un medicamento que se sabe que tiene un nombre problemático.
6. Incorporar la educación sobre medicamentos potenciales LASA en la orientación y el desarrollo profesional continuo para los profesionales de la salud.
- 16)

4.8._ Sistemas de notificación y aprendizaje de los errores de medicación

El conocimiento más importante en el campo de la seguridad del paciente es cómo prevenir el daño en los pacientes durante el tratamiento y la atención. El papel fundamental de un sistema de notificación de la seguridad del paciente, es mejorar la seguridad del paciente, aprendiendo de los fracasos del sistema de atención médica. Los errores en la atención de la salud, a menudo, son provocados por sistemas débiles y, a veces, tienen causas raíz común que pueden generalizarse y corregirse. Aunque cada evento es único, es probable que

haya similitudes y patrones en las fuentes de riesgo, que de otro modo pasarán desapercibidas si los incidentes no son notificados y analizados.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente publicó en 2005 las Directrices preliminares de la OMS para los sistemas de aprendizaje y notificación de eventos adversos, para ayudar a los países a elaborar o avanzar sistemas de notificación y aprendizaje, con el fin de mejorar la seguridad de la atención al paciente.

La notificación es fundamental para detectar problemas de seguridad del paciente. Sin embargo, por sí solo no puede dar una imagen completa de todas.

4.9.- Organizaciones implicadas en la prevención de errores de medicación.

La seguridad del paciente se ha definido como “la ausencia de lesiones accidentales en la atención de la salud”. La seguridad del paciente es un grave problema de salud pública mundial y muchos países están reconociendo, cada vez más, la importancia de mejorar la seguridad de los pacientes. Las autoridades sanitarias deberían establecer sistemas para recopilar, analizar y prevenir los EM, ya sea a nivel local, nacional o internacional. Esta sección pretende presentar los diferentes modelos comprometidos con la seguridad del paciente.

Inicialmente, el diccionario de RAM de la OMS (WHO Adverse Reaction Terminology, WHO-ART) no incluyó

términos específicos que permitieron a los notificadores indicar que una reacción relacionada con medicamentos podría ser debido a un error, pero con el tiempo se han incluido más términos en la terminología. Actualmente, un número considerable de ICSR enviados a VigiBase[®] contienen términos que indican que el efecto adverso puede ser debido a un EM; esto también demuestra que muchos CFV nacionales se han comprometido a identificar EM.

4.9. 1 Seguridad del Paciente

En 2002, la Asamblea Mundial de la Salud (World Health Assembly, WHA) aprobó una resolución sobre la seguridad de los pacientes (Resolución WHA55-18; WHO, 2002) por la que se puede lograr una mejora significativa del desempeño de los sistemas de salud en los Estados Miembros mediante la prevención de eventos adversos en particular, y por la mejora en la calidad y seguridad en la atención médica en general. La Resolución reconoció la necesidad de promover la seguridad de los pacientes como principio fundamental de todos los sistemas de salud e instó a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes, para establecer y fortalecer los sistemas científicos necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, incluida la vigilancia de medicamentos, de equipos médicos y de tecnología.

Una cultura eficaz de seguridad en el cuidado de la salud constará de los siguientes atributos de alto nivel, que los profesionales de la salud se esfuerzan por poner operativos, a través de la implementación de sistemas sólidos de gestión de seguridad:

- Donde todos los trabajadores (incluyendo personal de primera línea, médicos y administradores) aceptan la responsabilidad por la seguridad de sí mismos, de sus compañeros de trabajo, pacientes y visitantes; que priorice la seguridad por encima de los objetivos financieros y operativos;
- Fomentar y recompensar la identificación, comunicación y resolución de problemas de seguridad; que permitan el aprendizaje organizativo de los accidentes; y que proporcionen los recursos, la estructura y la responsabilidad adecuados para mantener sistemas de seguridad eficaces.

4.9.2.- La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente

La Alianza Mundial de la OMS para la Seguridad del Paciente fue lanzada en octubre de 2004, para confirmar y respaldar los objetivos de la Resolución de la WHA (Resolución WHA55-18; WHO, 2002). La razón de ser de esta iniciativa fue principalmente introducir una política de salud concreta diseñada para prevenir el daño del paciente. La Alianza se centra en evaluar y comprender los problemas causados por los cuidados

inseguros mediante la elaboración de directrices sobre la presentación de notificaciones y el aprendizaje para la seguridad de los pacientes, la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP) y la mejora de la investigación para la orientación de la seguridad del paciente.

- Primer desafío: cuidado limpio, es un cuidado más seguro
- Segundo desafío: la cirugía segura, salva vidas

La Alianza también está promoviendo la innovación y fomentando el compromiso a través de iniciativas como “Pacientes para la Seguridad del Paciente”, así como el lanzamiento del Premio de Seguridad y la creación de habilidades para la seguridad de los pacientes en todo el mundo.

La Alianza ha desarrollado una gama de materiales de educación y capacitación para la seguridad de los pacientes, incluyendo “Una guía multiprofesional del currículo de seguridad del paciente”, con diapositivas y materiales para talleres (WHO, 2011).

4.9.3. Red Internacional para la Seguridad de la Medicación

A nivel internacional, los estudios han demostrado que es necesaria la colaboración entre todas las partes dedicadas a la seguridad de los medicamentos y la seguridad de los pacientes (Bencheikh y Benabdallah,

2009). En 2006, se creó la Red Internacional para la Seguridad de la Medicación (International Medication Safety Network, IMSN) con los siguientes objetivos:

- evitar la duplicación de los casos de EM;
- desarrollar una terminología común; y
- compartir e intercambiar casos de EM y estrategias de prevención para evitar volver a cometer los mismos errores.

La Red ahora incluye miembros de más de 20 países, agencias independientes, sociedades científicas, agencias gubernamentales, asociaciones, CFV y el ISMP. La IMSN también se centra en la prevención de EM y contribuye a una atención de la salud más segura mediante el apoyo a la difusión y la aplicación de soluciones para la seguridad de los pacientes relacionadas con los medicamentos. La Red también está apoyando los centros de práctica de medicación segura y la colaboración efectiva entre CFV y centros de práctica de medicación segura, compartiendo datos y conocimientos para desarrollar experiencia. Sirve a la OMS y a las agencias nacionales como una organización de partes interesadas que responde a las iniciativas de seguridad de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

NCCMERPT. (1998). National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. NCCMERPTaxonomy of medication errors. *NCCMERPT*, Disponible <http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm>.

Allard, M., & Henriquez, K. (2018). Protocolo Prevención Error de Medición. *Gobierno de Chile. Hospital San Pablo Coquimbo*. https://www.hospitalcoquimbo.cl/wp-content/uploads/2021/12/GCL-22_31-05-2023_HIS0_VIG1_GCL22ERRORDEMEDICACIONV03Final.pdf, pp.22.

Boletín INFAC. (2013). Conciliación de la Medicación. *21 Liburukia. 10 Z. Volumen 21. Nro. 10.* https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2013/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_21_n_10.pdf, pp.1-7.

Calvo, B., Gastelurrutia, M., Urionagüena, A., Isla, A., Del Pozo, A., & Solinís, M. (2022). Oferta de servicios de atención farmacéutica: clave para un nuevo modelo de servicios de salud. *Atención Primaria; 54(1).* doi: [10.1016/j.aprim.2021.102198](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102198). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8546361/>.

Carrión, I., & Sánchez, E. (2021). Conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales de pacientes previamente ingresados. *Revista de la*

OFIL; Vol.30, No.1, Madrid. España. <https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x2020000100015>. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2020000100015#B7.

COFZ. (2023). La Profesión Farmacéutica presenta el documento “Servicio de Conciliación de la Medicación en la Farmacia Comunitaria”. *Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza (COFZ)*. <https://cofzaragoza.org/la-profesion-farmaceutica-presenta-el-documento-servicio-de-conciliacion-de-la-medicacion-en-la-farmacia-comunitaria/>.

Comité Editorial Pharm Care España. (2023). Editorial: La Atención Farmacéutica es una actuación clínica individualizada. *Pharmaceutical Care España*;25(2). ISSN: 1139-6202, pp.5-6.

Contreras, P., & Rodríguez, M. (2016). Errores de Medicación. *Boletín de Farmacovigilancia*; Nro. 7. *Instituto de Salud Pública Ministerio de Salud. Gobierno de Chile*. <https://www.ispch.cl/newsfarmacovigilancia/07/images/parte04.pdf>, pp.1-8.

Delgado, O., Anoz, L., Serrano, A., & Nicolás, J. (2007). Conciliación de la medicación. *Med Clin*;129, pp.343-348.

Doménech, J., Martínez, J., & Plá, J. (2001). *Biofarmacia y farmacocinética*. Madrid.

ESP.(2023). Metas Internacionales para la Seguridad del

Paciente . *Revista de Enfermería y seguridad del paciente*,
<https://www.enfermeriayseguridadelpaciente.com/tag/medicamentos/>.

Esteva, J. (2005). *Historia de la Farmacia: Los medicamentos, la riqueza y el bienestar*, . Barcelona: Basilea.

Fernández Villalba, E. (2020). Atención Farmacéutica Cronicidad. Continuidad Asistencial Entre Niveles Conciliación - Desprescripción . <https://svfh.es/wp-content/uploads/2020/12/M%C3%93DULO-19.-ATENCI%C3%93N-FARMAC%C3%89UTICA-CRONICIDAD.-CONTINUIDAD-ASISTENCIAL-ENT...-1.pdf>, pp.76.

Foro de Atención Farmacéutica AF-FC. (2019). Servicio de Conciliación de la Medicación en la Farmacia Comunitaria. *Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC)*. <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2019/12/FOLLETO-CONCILIACION.pdf>, pp.1-8.

Galindo, J. (2018). Generalidades sobre la Atención Farmacéutica. *Ministerio de Salud del Salvador*. https://w5.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2018_presentaciones/presentacion19062018/GENERALIDADES-SOBRE-LA-ATENCION-FARMACEUTICA.pdf, pp.1-28.

Gómez, A., Ramírez, L., & Lahera, M. (2012).

La atención farmacéutica: componente de calidad necesario para los servicios de salud. *Multimed; 16(2).* <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/587/939>.

Grou, C., Magalhães, E., Barbosa, L., Moura, D., & Morato, M. (2016). Factores de riesgo para errores de medicación en la prescripción electrónica y manual. *RLAE: Revista Latino-Americana de Enfermagem;24:e2742.* DOI: 10.1590/1518-8345.0642.2742. <https://www.scielo.br/j/rvae/a/BNfPG5rLYK7vQ3CBKXCbdCm/?format=pdf&lang=es>, pp.1-9.

Guerra Ríos, R. (2020). Gestión de la Atención Farmacéutica en Farmacias Comunitarias, bajo la Normativa Panameña. *Universidad Metropolitana de Educación Ciencia y Tecnología. Panamá. Trabajo de Especialización.* <https://repositorio.umeclit.edu.pa/bitstream/handle/001/2858/Tesis%20Raisa%20Teresa%20Guerra%20R%C3%ADos.pdf?sequence=4&isAllowed=y>, pp.54.

Guido León, A. (2015). Conciliación de la Medicación. *Centro de Información de Medicamentos y Farmacoterapéutica, Hospital San Juan de Dios (HSJD). Costa Rica; Vol.5, Nro. 3.* <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2015/ucr153j.pdf>, pp.1-6.

Hepler, C., & Strand, L. (1990). Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. *Am J Hosp*

Pharm; 47. doi: 10.1093/ajhp/47.3.533, pp.533–543.

Herrera Carranza, J. (2002). Objetivos de la atención farmacéutica . *Aten Primaria; 30* (3). <https://pdf.scientencedirectassets.com/277730/1-s2.0-S0212656702X75684/1-s2.0-S021265670279001X/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEIP%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FwEaCXVzLWVhc3QtMSJIMEYCIQDQhLToBcAC7VVtaGHKmv4sbmzgSySNTJI3> , pp.183–187 .

IHI. (2012). Prevent adverse drugs events with medication reconciliation. *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*. <http://www.ihi.org/explore/ADEsMedicationReconciliation/Pages/default.aspx>.

INVMA. (2008). BoletínNº 19 de farmacovigilancia Grupo de Farmacovigilancia de la subdirección de medicamentos y productos biológicos del Instituto Nacional de Vigilancia De Medicamentos y Alimentos . *INVMA*, <http://www.invima.gov.co/portal/documents/portal/documents/root/Boletin19de2008.pdf>.

JCAHO. (2006). Using medication reconciliation to prevent errors. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Sentinel Event Alert 25;(35)*. http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_35.PDF, pp.1-4.

Jiménez Herrera, L. (2005). Errores en el proceso de dispensación de medicamentos. Descripción de un

caso con intervención. *Dispensación de Medicamentos. Fármacos; 18*, pp.1-2.

Lázaro, E., & Monforte, M. (2021). Conciliación de la Medicación. *RSI: Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/conciliacion-de-la-medicacion-articulo-monografico/>.

Marín, A., Bonilla, A., Rojas, Z., & Guarnizo, M. (2018). *Manual para la administración de medicamentos desde el proceso de atención de enfermería. Un enfoque para la seguridad del paciente*. Bogotá, Bogotá: Editorial Universidad El Bosque. 1^a edición. pág. 132.

Melgaço, J., Gonzaga, M., & Azevedo, T. (2022). Medicamentos de Alto Riesgo para uso Ambulatorio y en Residencias para Adultos Mayores - Listas actualizadas 2022. . *Red Latinoamericana para el uso seguro de medicamentos*. .

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2021). MANUAL ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LAS FARMACIAS DE LA RED DE SALUD. *MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA*, https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2022/05/SALUD-MANUAL_ATENCION_FARMACEUTICA_EN_LAS_FARMACIAS_DE_LA_RED_DE_SALUD.pdf.

Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2022). Protocolo Administración Correcta de Medicamento. *República del Ecuador. Ministerio de Salud Pública*.

Hospital Vicente Corral Moscoso. <https://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2022/12/7.-Protocolo-de-Administracion-correcta-de-medicam.pdf>, pp.17.

Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2022). Protocolo de Conciliación de Medicamentos. *Gobierno de Ecuador. Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova.* https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2022/03/6-conciliacion_de_medicamentos.pdf, pp.18.

Morillo, R., Calleja, M., De las Aguas Robustillo, M., & Poveda, J. (2021). Una nueva definición y reenfoque de la atención farmacéutica: el Documento de Barbate. *Farmacia Hospitalaria; Vol.44. No.4.* [https://dx.doi.org/10.7399/fh.11389.](https://dx.doi.org/10.7399/fh.11389) https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-63432020000400007&script=sci_arttext&tlang=es.

NICE. (2015). Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes NICE guideline [NG5]. *National Institute for Health and Care Excellence (NICE).* <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5/chapter/1-recommendations> .

OMS. (2006). Decreto por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. decreto 1011 de 2006, . *Diario Oficial 46230.*

OMS. (2010). Estudio Ibeas: prevalencia de efectos

adversos en hospitales de Latinoamérica. Organización Mundial De La Salud... *Informe de resultados Colombia*, <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/newsogc/comite/User/Library/Folders/Comite8/IBEAS%20>.

OMS. (2019). Medication safety in transitions of care. *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9>.

OMS. (2022). La OMS Pide a los Países que Actúen Urgentemente para Lograr la Medicación Sin Daños. *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. <https://www.who.int/es/news/item/16-09-2022-who-calls-for-urgent-action-by-countries-for-achieving-medication-without-harm>.

OMS. . (1990). El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. grupo de consulta de la Ginebra: OMS. *OMS* , http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=795&Itemid=423 .

OMS. FIP. (2006) . . Desarrollo de la práctica de farmacia Centrada en la atención del paciente. Ginebra:; . *OMS*, <http://www.aefasocial.org/descargas/areas/cientifica/DevelopingPharmacyPracticeES.pdf> .

Otero, M. (2004). Nuevas iniciativas para mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos en los hospitales. 78(3): . *Rev. Esp. Salud Pública*, . Disponible en:<http://scielo.isci.> 323-339.

- Otero, M., Martín, R., Robles, M., & Codina, C. (2002). Errores de Medicación. In: Gamundi, C (ed.) Farmacia Hospitalaria. *Fundación Española de Farmacia Hospitalaria. España*, p p. 713-747.
- Pötzsch, R. (1996). *La Farmacia: impresiones históricas*. Basilea.
- Promedan IPS. (2019). Protocolo de Atención. Administración Segura de Medicamentos. *Laboratorios Promedan IPS*. <https://intranet.promedanips.co/wp-content/uploads/2020/04/PA-02-003-SPA-Administraci%C3%B3n-de-medicamentos-por-v%C3%A9n-ADa-intravenos.pdf>.
- Puras, G., & Saenz, L. (2014). Tema 21. La Atención Farmacéutica a nivel de Farmacia de Hospital. *Atención Farmacéutica. OCW-2014*. https://ocw.ehu.eus/pluginfile.php/45204/mod_resource/content/1/Tema_21OCW_Atencion_farmaceutica_a_nivel_de_farmacia_de_hospital.pdf, pp.1-18.
- Ramos, D., & Soto, V. (2014). Identificar distracciones en el proceso de administración de medicamentos garantiza una práctica segura. *Av en enfermería* 32(1);, pp. 44-52.
- Rodriguez, G., & Rosich, I. (2012). Conciliación de la medicación. *Capítulo 2. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: Información al paciente, conciliación, revisión y adherencia*. SEFAP

2012. <http://issuu.com/sefap/docs/sefap/1>.

Rojas, M., Castillo, C., Orduz, Y., & Segura, M. (2021). Estrategias para la prevención de errores en la administración de medicamentos intravenosos. *Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo* file:///C:/Users/orden/Downloads/145268026008_visor_jats.pdf.

Roure, C., Aznar, T., Delgado, O., Fuster, L., & Villar, I. (2009). *Documento de Consenso en terminología y clasificación en conciliación de la medicación*. Barcelona, España: Grupo coordinador del grupo de trabajo de la Sociedad Americana de Farmacia Hospitalaria (SEFH) de conciliación de la medicación. Ediciones Mayo.

SEFH. (2020). Iniciativa 2020. Hacia el futuro con Seguridad. *Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)*. www.sefh.es/sefhpdfs/desarrollo_2020.pdf.

Segura, Blasco, Mariño, Saliente, Aznar, Yanguas, E., y otros. (2001). Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de Errores de Medicación para su aplicación en hospitales. *Farma. Farmacia hospitalaria.*, Vol. 25.(5), 253-273.

Vera, H. (2011). Buenas prácticas de dispensación. . *Revista Cubana de Farmacia*, Disponible en: <https://www.scribd.com/doc/23344533/BUENAS-PRACTICAS-DE-DISPENSACION> .

Vilá, M. ,., Gonzalez, M., & Luaces, C. (2011). Factors

associated with medication errors in the pediatric emergency department. 27(4):. *Pediatric EmergCare*, 290-294.

ISBN: 978-9942-621-57-3



A standard 1D barcode representing the ISBN number 978-9942-621-57-3. The barcode is composed of vertical black bars of varying widths on a white background. Below the barcode, the numbers 9 789942 621573 are printed in a large, bold, black font.