



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA DE BIOQUÍMICA Y FARMACIA

**“ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA
IMPLEMENTACIÓN DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
EL ÁREA DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN, DEL
HOSPITAL BÁSICO DE PELILEO, PROVINCIA DE
TUNGURAHUA.”**

TRABAJO DE TITULACIÓN

TIPO: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Presentado para optar al grado académico de:

BIOQUÍMICO FARMACÉUTICO

AUTOR: RODRIGO VINICIO SÁNCHEZ MORALES

TUTOR: BQF. VALERIA RODRÍGUEZ MSc.

Riobamba-Ecuador

2018

©2018, Rodrigo Vinicio Sánchez Morales

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA DE BIOQUÍMICA Y FARMACIA

El tribunal de Trabajo de Titulación certifica que: El trabajo de titulación de tipo investigación: **“ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA IMPLMETACIÓN DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN, DEL HOSPITAL BÁSICO DE PELILEO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA.”**, de responsabilidad del señor egresado Rodrigo Vinicio Sánchez Morales, ha sido prolijamente revisado por los Miembros del Tribunal del Trabajo de Titulación, quedando autorizado su presentación.

NOMBRE

FIRMA

FECHA

BQF. Valeria Rodríguez, M.Sc.
**DIRECTORA DEL TRABAJO
DE TITULACIÓN**

Dra. Adriana Rincón
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Yo, Rodrigo Vinicio Sánchez Morales soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este trabajo titulación y el patrimonio intelectual del trabajo de titulación pertenece a la: Escuela Superior Politécnica De Chimborazo.

Rodrigo Vinicio Sánchez Morales

C.I: 180497448-1

DEDICATORIA

A Dios, por brindarme la sabiduría y el don de la perseverancia para alcanzar una meta más en mi vida, a mis padres Rodrigo y Margarita, a mis hermanas Nancy, Edith, a mi abuelito Sixto, por su amor, consejos, paciencia y apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de mis estudios, a mi esposa Liliana, ya que con ella viví malos y buenos momentos que siempre lo superamos juntos.

A mis abuelitos y hermana Pamela que desde el cielo siempre me guían en cada uno de mis pasos, amigos, docentes, por todos los momentos y conocimientos compartidos durante mi formación profesional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por guiarme y bendecirme día tras día y alcanzar un sueño anhelado.

A mi directora de tesis BQF. Valeria Rodríguez por compartir sus conocimientos, experiencias y motivaciones en todo momento y poder desarrollar el trabajo de titulación.

A mis padres Margarita y Rodrigo por nunca bajar los brazos, brindándome la confianza, consejos y sabiduría necesaria con el propósito de verme culminar mis estudios universitarios con éxito.

A mis hermanas Edith y Nancy por brindarme su apoyo a lo largo de mi carrera Universitaria.

A mi amiga de universidad y ahora esposa Liliana te agradezco infinitamente todo lo bueno y malo compartido a lo largo de nuestra carrera universitaria gracias por apoyarme siempre.

A mi abuelito Sixto por brindarme sus consejos e historias, estar presente y pendiente de toda mi carrera universitaria.

A los docentes de la ESPOCH quienes compartieron anécdotas y conocimientos formando parte fundamental de este logro alcanzado.

Al Hospital Básico de Pelileo por abrirme las puertas y poder realizar mi trabajo de tesis.

A mis amigos con quienes formaron parte de mi vida universitaria, agradecerles infinitamente su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañerismo en todo momento.

ABREVIATURAS

SDMDU	Sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria.
CM	Conciliación de Medicamentos.
PRM	Problemas Relacionados con los Medicamentos.
EC	Error de Conciliación.
HBP	Hospital Básico de Pelileo.
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
HC	Historia clínica.
IHI	Instituto para la Mejora de la Salud
JCHO	Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Atención Médica
OMS	Organización Mundial de la Salud
FV	Farmacovigilancia
CNMB	Cuadro Nacional Básico de Medicamentos

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	xiii
SUMMARY.....	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	5
1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	5
1.1. Hospital	5
1.1.1 Servicio de emergencia.....	5
1.1.2 Servicio de hospitalización.....	5
1.3. Enfermedades crónicas de base o enfermedades crónicas no transmisibles.	7
1.4. Factores de riesgo.....	8
1.4.1. Factores de riesgo comportamentales modificables.....	8
1.4.2. Factores metabólicos.....	8
1.5. Tratamiento farmacológico de enfermedades crónicas.	8
1.6 Adaptación a la Guía Farmacoterapéutica del Hospital	9
1.7. Errores de medicación	9
1.8. Conciliación Terapéutica.....	10
1.8.1. Discrepancias en la conciliación de medicamentos	12
1.8.2. Causas de los Errores de Conciliación	15
1.8.3. Entre las causas de los Errores de Conciliación más relevantes tenemos	16
1.9. Etapas del proceso de conciliación de medicamentos.	17
1.9.1 Historia clínica	17
1.9.2. Registros de atención primaria	17
1.9.3. Entrevista clínica.....	17
1.10. Recomendaciones para realizar conciliación de medicamentos.....	19
1.10.1. El Método Dáder	19
1.10.2. Los criterios STOPP/START	20
1.10.3. Protocolo.....	20
CAPÍTULO II.....	21
2. METODOLOGÍA.....	21
2.1. Lugar de la investigación:	21
2.2. Tipo y diseño de la investigación.....	21

2.3.	Población de estudio.....	22
2.3.1.	<i>Muestra</i>.....	22
2.4.1.	<i>Criterios de inclusión</i>	22
2.4.2.	<i>Criterios de exclusión</i>.....	22
2.5.	Recolección de datos	23
	CAPITULO III.....	25
3.1.	Marco de resultados, discusión y análisis de resultados.....	25
3.2.	Elaboración del protocolo de conciliación de medicamentos.	33
	CONCLUSIONES.....	34
	RECOMENDACIONES.....	35
	BIBLIOGRAFÍA	
	ANEXOS	

INDICE DE TABLAS

Tabla 1-1:	Clasificación de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).....	10
Tabla 2-1:	Tiempo en el cual se debe realizar la conciliación de medicamentos según el tipo de medicamento.....	12
Tabla 3-1:	Clasificación de las discrepancias.....	13
Tabla 4-1:	Clasificación de la Gravedad de los errores de Conciliación Farmacoterapéutica según El Consejo Nacional de Coordinación de Informes y Prevención de Errores de Medicamentos (NCCMERP).....	14
Tabla 5-1:	Órganos o sistemas afectado/s como consecuencia del errores para las categorías E-I.....	15
Tabla 6-1:	Procesos a realizar en el método Dáder.....	20
Tabla 1-3:	Caracterización de la población de estudio, según la edad y género (154 HC de pacientes con ECNT).....	25
Tabla 2-3:	Principales enfermedades crónicas de base de los pacientes que acudieron al Hospital Básico de Pelileo, en el periodo noviembre 2017 -enero 2018.....	26
Tabla 3-3:	Clasificación y cuantificación de las discrepancias y gravedades encontradas en las historias clínicas de 35 pacientes con ECNT durante su hospitalización.....	30
Tabla 4-3:	Clasificación y cuantificación de las discrepancias y gravedades encontradas en los 35 pacientes con ECNT en el momento del alta.....	32

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – 2:	Selección de los pacientes que forman parte del estudio.....	23
Figura 2 - 2:	Recolección de datos.....	24
Figura 1 – 3:	Calidad de la anamnesis inicial registrada en los pacientes con ECNT en que ingresaron al del Hospital Básico de Pelileo en el periodo de estudio.....	27
Figura 2 - 3:	Identificación y cuantificación de las discrepancias encontradas en 35 historias clínicas de pacientes con ECNT.....	29

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo elaborar un protocolo para la implementación de conciliación de medicamentos en el área de emergencia y hospitalización del Hospital Básico de Pelileo, Provincia de Tungurahua, e identificar posibles discrepancias durante la estancia hospitalaria. El diseño de la investigación es de tipo no experimental de campo, realizado mediante análisis descriptivo, observacional, correlacional, una fase de evaluación e intervención y siendo necesario la aplicación de criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra de estudio. Para lo cual se revisó 2.613 historias clínicas de pacientes que acudieron al Hospital Básico de Pelileo en el periodo noviembre 2017- enero 2018, obteniendo como muestra de estudio 167 historias clínicas de pacientes con enfermedades crónicas de base, datos que fueron recolectados en un formulario acorde a la investigación. Los resultados obtenidos fueron que al 57.5% de los pacientes con enfermedades crónicas de base se les realiza una anamnesis incorrecta antes del ingreso hospitalario, en un 23.4% de forma incompleta y un 34.1 % no fue realizada. Además, en 35 historias clínicas se encontraron 218 discrepancias durante la estancia hospitalaria y 109 discrepancias al momento del alta, siendo la hipertensión arterial la enfermedad donde se encontraron mayor número de discrepancias. Concluyendo con la necesidad de implementar el proceso de conciliación de medicamentos en la unidad de salud, con la finalidad de generar conciencia acerca del uso y manejo de medicamentos; así como, de la importancia de correlacionar el tratamiento farmacológico de base, administrado antes del ingreso hospitalario y el requerido debido a la nueva situación clínica del paciente durante la estancia hospitalaria y al momento del alta. Recomendando hacer el proceso de conciliación de medicamentos un hábito de cultura diaria por parte de los profesionales de salud que laboran en el Hospital Básico de Pelileo.

Palabras Clave: <HOSPITAL BÁSICO DE PELILEO> <CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS> <DISCREPANCIAS> <ERRORES DE MEDICACION > <ESTANCIA HOSPITALARIA> < ANAMNESIS FARMACOLÓGICA>

ABSTRACT

This research aimed to work out a protocol for the implementation of medication reconciliation in the area of emergency and hospitalization at Pelileo Basic Hospital in Tungurahua province and identify possible discrepancies during the hospital stay. The research design is of a non-experimental type of field, carried out through descriptive, observational, correlational analysis, a phase of the evaluation and intervention and being necessary the application of inclusion and exclusion criteria for the selection of the study sample. For this 2613 clinical records of patients who went to the Pelileo Basic Hospital were reviewed in the period November 2017- January 2018, obtaining as a sample of study 167 clinical histories of patients with chronic diseases database, data collected in a form according to the investigation. The results obtained were that 57.5% of the patients with chronic diseases database had an incorrect anamnestic information before the hospital admission, 23.4% incompletely and 34.1% was not carried out. In addition, in 35 medical records, 218 discrepancies were found during the hospital stay and 109 discrepancies at the time of hospital discharge, hypertension was the disease where the greatest number of discrepancies were found. Concluding with the need to implement the medication reconciliation process in the health unit; with the purpose of generating awareness about the use and handling of medications; as well as, the importance of correlating the basic pharmacological treatment, administered before hospital admission and required due to the new clinical situation of the patient during the hospital stay and at the time of discharge. Recommended to do the process of reconciliation of medicines a habit of daily culture by health professionals who work in the Pelileo Basic Hospital.

Keywords: <NATURAL SCIENCE>, <BIOCHEMISTRY>, <MEDICATION RECONCILIATION>, <MEDICATION DISCREPANCIES>, <MEDICATION ERRORS, HOSPITAL STAY>, >PHARMACOLOGICAL ANAMNESIS>, <PELILEO BASIC HOSPITAL>.

INTRODUCCIÓN

La seguridad de los pacientes debe prevalecer en todo momento dentro de los establecimientos de salud, a nivel general existen múltiples factores que pueden perjudicar el estado de salud de una persona. Hoy en día una de las preocupaciones primordiales en el ámbito de seguridad es la falta de ejecución de conciliación de medicamentos, la inapropiada información del tratamiento farmacoterapéutico entre el personal de salud y los pacientes que ingresan a las distintas unidades hospitalarias.

La conciliación de medicamentos es un sistema que permite hacer un balance entre los tratamientos farmacológicos de base que se administra el paciente antes de ingresar a la unidad de salud y el recibido por la nueva situación clínica del mismo, lo que evita la duplicidad de los medicamentos, interacciones entre las terapias farmacológicas y la suspensión del tratamiento de la enfermedad crónica de base (Instituto para la Mejora de la Salud, IHI). Con la finalidad de garantizar la calidad de vida del paciente y el cumplimiento de la farmacoterapia por lo cual el personal de los centros hospitalarios debe estar capacitados sobre este tema.

Las posibles discrepancias que ocurren entre los medicamentos que el paciente se administraba antes de ingresar a la unidad de salud y la prescripción indicada durante su hospitalización son de gran importancia en las que cabe mencionar, duplicidad terapéutica entre la medicación que recibía y la nueva medicación prescrita en la unidad de salud, continuidad farmacológica innecesaria o contraindicada, discontinuidad del tratamiento farmacológico de base, cambios en la vía de administración, dosis/frecuencia (Cortez, 2015, pp. 5–6).

En Estados Unidos, los errores de medicación provocan al menos una muerte diaria y daños en aproximadamente 1,3 millones de personas al año. Aunque se calcula que los países de ingresos bajos y medianos tienen índices de eventos adversos relacionados con la medicación parecida a los de los países con ingresos altos (O.M.S, 2017, pp. 1–3).

En tal sentido, para obtener buenos resultados en la terapia farmacológica de un paciente, es necesario la aplicación de técnicas que permitan controlar y vigilar de manera adecuada el tratamiento de los mismos, el sistema de distribución/dispensación de medicamentos por dosis unitaria (SDMDU) es un ejemplo de ello, pues constituye una importante herramienta que se ha implementado progresivamente dentro de las unidades operativas de salud del país, siendo necesario la adición de más servicios que fortalezcan la atención segura y de calidad de los pacientes, con la finalidad de disponer de medicamentos de manera ordenada e individualizada evitando efectos no deseados, además de beneficiar a la unidad de salud en el ahorro de recursos y maximizar el uso racional de medicamentos.

La conciliación de medicamentos contribuye a tener una adecuada comunicación entre pacientes, familiares y los profesionales de la salud antes, durante y después de su estancia hospitalaria el cual representa un apoyo fundamental a los sistemas y herramientas existentes dentro de las unidades de salud y que al ser aplicada en forma adecuada aporta de manera positiva a la mejora de la calidad de vida del paciente.

Los errores de medicación constituyen un problema de seguridad y han sido señalados como un tema prioritario dentro de la estrategia de seguridad del paciente, según lo indican algunos organismos de salud a nivel mundial entre ellos, La Organización Mundial de la Salud, Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Cuidado (NICE), Instituto para la Mejora de la Salud (IHI), Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (JCAHO) (Tobar, 2015, pp. 4–6).

Estados Unidos, Canadá y Francia son parte del grupo de países que implementaron por primera vez el POE de conciliación de la medicación, la experiencia y los estudios realizados se consideran muy valiosos para otros países que deseen implementar la conciliación de medicamentos en su sistema de salud. Los datos obtenidos en estos países pioneros dan a conocer que el 40% - 50% de los pacientes experimentan al menos una discrepancia no intencional en la medicación al momento de la admisión al hospital y el 40% al egreso, además el 65% de las discrepancias se debieron a la falta de comunicación entre el paciente y el equipo de salud (León, 2015, pp. 1–7).

La validación de un protocolo de conciliación de medicamentos en el Hospital Luis Gabriel Dávila de ciudad de Tulcán indican que el 33% de los pacientes ingresados a la unidad de salud presentaron problemas negativos relacionados a los medicamentos (Paúl, 2017, pp. 58–67).

Estudios realizados en el área de Medicina Interna del Hospital provincial General Docente de la Ciudad de Riobamba, demostraron que en un 80% de la medicación prescrita existieron discrepancias, teniendo una aceptación de los médicos tratantes del 99% para la solución de las mismas, este estudio concluyo que el 70% son discrepancias justificadas, un 20% discrepancias por omisión de la medicación crónica del paciente seguido de un cambio en la dosis, vía o frecuencia y en un 10% se determinó que algunos medicamentos prescritos no se encuentran en el hospital debido a que no constan en la lista del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos del Ecuador (CNMB) (Arias Garcés and Pacheco, 2015, pp. 33–41).

El Hospital Básico de Pelileo en la provincia de Tungurahua, es una unidad de salud tipo 2 destinado a la asistencia especializada y continuada en régimen de internamiento de ser necesario, cuya labor es el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que ingresan a la unidad de salud, en el cual se pretende aplicar el sistema de conciliación de medicamentos, que en su fase inicial estará orientada a personas que presentan enfermedades crónicas de base como diabetes, hipertensión arterial, problemas cardiacos, artritis reumatoidea y epilepsia.

Dichas enfermedades requieren estar bajo un control farmacoterapéutico estricto para evitar problemas relacionados con su terapia farmacológica y es aquí donde la conciliación de medicamentos cumple su objetivo, de identificar y vigilar la medicación que reciben los pacientes antes de ingresar a la unidad de salud, durante su estancia y al alta, de tal manera que se pueda evitar la suspensión de la medicación, interacciones medicamentosas, duplicidad de los mismos, entre otros problemas relacionados con su medicación (Cortez, 2015, pp. 5–6).

OBJETIVOS

General:

- Elaborar un protocolo para la implementación de conciliación de medicamentos en el área de emergencia y hospitalización del Hospital Básico de Pelileo, Provincia de Tungurahua.

Específicos:

- Identificar errores de medicación en las historias clínicas de los pacientes que ingresaron a la unidad de salud, por el servicio de emergencia y requirieron hospitalización, en el periodo noviembre 2017-enero 2018.
- Clasificar los errores de medicación encontrados en el estudio como posibles errores de conciliación o discrepancias.
- Establecer las acciones correctivas a través de la propuesta de elaboración del protocolo de conciliación de medicamentos para el área de emergencia y hospitalización de la unidad de salud y socializar al personal médico y administrativo.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

1.1. Hospital

La OMS (Organización Mundial de la Salud) ente rector de la salud, define el hospital como “*parte importante de una organización médica y social, cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios externos irradian hacia el ámbito familiar*” (OMS, 2017). Además de ser un pilar fundamental en la educación del personal médico, sanitario y de investigación bio-social (María de Lourdes Patiño; Yesenia Pin Sánchez and Ceci, 2015, p. 23).

1.1.1 Servicio de emergencia

Catalogada como una de las áreas más conflictiva y criticada por quienes acuden a las unidades de salud, el personal que labora en este departamento aplica los conocimientos y habilidades para la prevención, diagnóstico y el tratamiento de todas las enfermedades y lesiones, abarcando trastornos físicos y psíquicos (Maldonado, 2015, p. 21).

1.1.2 Servicio de hospitalización

Se establece como el área destinada a la asistencia especializada y continuada de pacientes que requieren internamiento, con la finalidad de diagnosticar y tratar las distintas patologías que padecen. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2013, p. 4).

1.1.2.1 Seguridad del paciente en la unidad de salud.

Para mantener la seguridad del paciente y la calidad en el servicio de atención del sistema de salud, en la actualidad es necesario realizar un análisis retrospectivo de los diferentes niveles de atención y de los sistemas de salud establecidos en la unidad, tomando como referencia las fortalezas y debilidades, con la finalidad de implementar medidas de mejora que beneficien la salud del paciente.

La seguridad que tenga el paciente respecto al equipo de salud tratante, debe establecerse como una cultura profesional y analizarse en el ámbito de la atención médica, sin excluir a los estudiantes, médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, quienes pueden aportar ideas relevantes para su mejor atención (Rojano-Fernández *et al.*, 2014, p. 528).

El personal sanitario está sujeto en su cotidiana labor, a cometer errores al solicitar, prescribir, dispensar, preparar y administrar un medicamento que puede agravar la condición del paciente. En su gran mayoría los errores de medicación pueden identificarse y evitarse si se presta la atención responsable y oportuna por parte de todo el equipo de salud (Rojano-Fernández *et al.*, 2014, p. 528).

Por lo tanto, enfocándonos en evitar el daño subsiguiente, es necesario poner en marcha sistemas como SDMDU (Sistema de distribución de medicamentos por dosis unitarias), conciliación de medicamentos, y procedimientos para que el paciente reciba la medicación, la dosis, para la patología y vía de administración correctas, así como también durante el tiempo determinado para su tratamiento (O.m.s, 2017, p. 1).

Es indispensable en referencia a los diferentes modelos de salud que se manejan en la actualidad, establecer un registro adecuado y actualizado de la historia farmacoterapéutico del paciente en el momento de su ingreso a la unidad de salud, dicha información se obtiene mediante un sistema de conciliación de medicamentos, constituyéndose como un mecanismo importante para garantizar la seguridad del paciente; ya que, si este registro se encuentra incompleto o erróneo, generaría otro tipo de problemas en el paciente.

1.1.2.2 Farmacia

Es un establecimiento de interés público encargado de la elaboración, adquisición, custodia, conservación y dispensación de medicamentos e insumos médicos con la finalidad de mejorar, la calidad de vida de la población (Ismael *et al.*, 2017, pp. 1–2).

1.1.2.3. Farmacia Hospitalaria

Se encuentra bajo la dirección médica de un hospital, encargado de satisfacer a la sociedad de medicamentos seguros y eficaces mediante la adquisición, custodia, elaboración, dispensación activa de medicamentos, farmacovigilancia, además el líder de la farmacia hospitalaria es

responsable de coordinar comisiones de vigilancia terapéutica con la finalidad de elaborar mantener guías o formularios para realizar seguimientos farmacoterapéuticos (Asociación Española de Medicamentos Genéricos, 2016, p. 1).

1.1.2.4 *Farmacovigilancia (FV)*

La (OMS) la define como “*la ciencia y las actividades relativas a la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de los medicamentos o cualquier otro problema de salud relacionado con ellos*” (Arcsa, 2016).

1.3. Enfermedades crónicas de base o enfermedades crónicas no transmisibles.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) tienden a ser enfermedades que requieren tratamientos farmacológicos por largos periodos y son resultado de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen hoy en día una de las mayores problemáticas a nivel mundial, según la OMS el 70% de las muertes son causadas por ECNT, causando muertes a tempranas edades entre 30 a 69 años siendo afectados los países en desarrollo (OMS, 2017, pp. 1–3).

La diabetes, la hipertensión, hiperlipidemias, artritis, trastornos de ansiedad, enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal son las ECNT de mayor prevalencia en el Hospital Básico de Pelileo (Estadística HBP,2017), sin embargo la OMS indica que el cáncer, el consumo del tabaco, alcohol, inactividad física, dietas desequilibradas como ECNT que aumentan el riesgo de muerte a tempranas edades (OMS, 2017).

El Instituto Nacional Ecuatoriana de Estadísticas y Censos (INEC) brinda información estadística de las enfermedades crónicas a nivel Nacional, donde indica la prevalencia de problemas de Hipertensión, Hiperlipidemias, diabetes y síndrome metabólico. Una encuesta realizada a personas de edades entre 50 y 59 años a nivel nacional da a conocer la prevalencia de ECNT.

Un 44% de personas en edades de 50-59 años del país sufren problemas hiperlipidémicos (Prevalencia de hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, LDL y de relación colesterol total-HDL). El 22.7% de personas en edades de 50-59 años sufren hipertensión arterial y un 45.5%

padecen prehipertensión en las edades ya antes mencionadas. El 10% de personas en edades de 50-59 años padecen diabetes y el 93% de personas presentan resistencia a la insulina según el índice HOMA (índice que se utiliza para valorar el grado de resistencia a la insulina, parte del origen de la diabetes tipo 2). La obesidad abdominal es otra ECNT que preocupa a nivel país es así que un 20% en edades de 10-19 la padecen mientras que el 93% de personas presentan esta enfermedad a edades entre 50-59 años (INEC Instituto Nacional Ecuatoriana de Censos y Estadísticas), 2014, pp. 40–47).

1.4. Factores de riesgo.

1.4.1. Factores de riesgo comportamentales modificables

El consumo de tabaco provoca 7,2 millones de muertes al año (se incluyen los efectos de la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra aumente considerablemente en los próximos años.

Unos 4,1 millones de muertes anuales se atribuyen a una ingesta excesiva de sal/sodio. Más de la mitad de los 3,3 millones de muertes anuales se atribuyen al consumo de alcohol, conjuntamente con el cáncer.

Unos 1,6 millones de muertes anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente (OMS, 2017).

1.4.2. Factores metabólicos

Otro de los factores de muerte a temprana edad es el cambio del metabolismo, el aumento de la tensión arterial, (atribuyéndose un 19% de muertes a nivel mundial) seguido por problemas hiperlipidémicos, y la diabetes (Córdova-Villalobos *et al.*, 2013, pp. 1–5).

1.5. Tratamiento farmacológico de enfermedades crónicas.

La OMS define la adherencia terapéutica como: “*el grado de comportamiento de una persona en administrarse un medicamento, seguir un régimen alimentario, y adoptar cambios de vida que corresponden a recomendaciones brindadas por los profesionales de la salud.*” (O.m.s, 2013, p. 3).

La poca adherencia al tratamiento farmacológico por parte de los pacientes es considerada como un grave problema de salud.

La OMS en un informe del 2004 sobre una iniciativa mundial lanzada por su “Grupo Orgánico acerca de enfermedades No transmisibles y salud mental” en donde recomienda diagnosticar problemas en la adherencia y crear sensibilización acerca de los tratamientos a largo plazo, además que debe desarrollarse mediante un trabajo en conjunto de las instituciones, sus profesionales, pacientes y toda la comunidad para mantener la salud óptima (O.m.s, 2013, pp. 20–22).

1.6 Adaptación a la Guía Farmacoterapéutica del Hospital

La Guía Farmacoterapéutica es un instrumento útil y necesario para gestionar el uso racional de los medicamentos en los hospitales; sin embargo, la necesidad de adaptar la medicación crónica a los medicamentos existentes en el Hospital implica realizar cambios de fármacos, dosis, horarios de administración, lo que suele llevar a que se produzcan errores (Ana, Ayestaran Altuna; Delgado, 2013).

1.7. Errores de medicación

El Consejo Nacional de Coordinación de Informes y Prevención de Errores de Medicamentos (NCC MERP) define a los errores de medicación como: *"cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos encuentran bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor"* (NCC MERP, 2014).

Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización (Ismo-España, 2017, p. 19).

Es así que en el Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos se clasificó a estos de acuerdo a su necesidad, efectividad y seguridad.

Tabla 1-1: Clasificación de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).

Necesidad
PRM 1: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita. PRM 2: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita.
Efectividad
PRM 3: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación. PRM 4: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación
Seguridad
PRM 5: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento. PRM 6: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

Realizado por: Rodrigo Sánchez (2018).

Fuente: (SANTOS *et al.*, 2013, p. 85)

1.8. Conciliación Terapéutica

Se lo define como el proceso formal y estandarizado para obtener la lista completa de la medicación previa de un paciente, compararla con la prescripción activa, analizar y resolver las discrepancias encontradas (Mancebo González, 2016, pp. 9–10). Esta actividad se debe desarrollar con la participación de los profesionales de la salud encargados del cuidado del paciente, tomando en cuenta al paciente/encargado/cuidador siempre que sea necesario, con el único objetivo de verificar la adherencia y/o la falta de comprensión de la terapia farmacoterapéutica.

La conciliación de medicamentos se debe realizar en el momento del ingreso del paciente a la Unidad de Salud, con la finalidad de eliminar errores en la farmacoterapia debido a falta de comunicación entre el personal de salud y paciente. Si se realiza cambios en la farmacoterapia del paciente, los mismos deben ser documentados, comentados al médico tratante, paciente o familiares.

Al conciliar el tratamiento siempre debemos comprobar, no sólo que la prescripción se mantenga durante la transición asistencial, sino valorar y comparar la medicación recibida por la enfermedad crónica con la prescrita en el hospital, así como la adecuación a la situación clínica del paciente,

por lo que se debe considerar las duplicidades y/o interacciones que se producen entre el tratamiento crónico y el hospitalario y la posible existencia de contraindicaciones. (Cortez, 2015, pp. 8–10).

Los programas de conciliación presentan una metodología muy variable, determinada por las características de las organizaciones sanitarias y los recursos humanos y tecnológicos disponibles, por lo que la reducción de los errores de medicación depende en gran medida del nivel de intensidad con el que se implementan estas iniciativas. En general, las intervenciones disminuyen los errores de medicación entre un 50-94% (Medicaci, 2013, pp. 69–72).

El desarrollo de actividades que fomenten una adecuada conciliación ha demostrado ser una estrategia potente para reducir los errores de medicación, cuando los pacientes cambian de nivel asistencial. Entre las diferentes investigaciones bibliográficas, se establece el estudio en el hospital de Whittington en Londres, donde se comprobó que luego de una serie de intervenciones, incluida la conciliación de la medicación en un periodo de 7 meses, se reducía los errores relacionados a la medicación en un 70% y la frecuencia de efectos adversos en un 15%.

En este marco, desde principios de 2007 se ha puesto en marcha en la Comunidad Autónoma de Aragón, el programa de farmacéuticos de enlace que cuenta con 2 Farmacéuticos Especialistas en Farmacia Hospitalaria, que desarrollan actividades de conciliación de la medicación al ingreso y al alta y realizan diversas actividades de atención farmacéutica al paciente. (Villar, 2015, pp. 160–171).

Así, en España, el grupo REDFASTER detectó que un 79% de los pacientes en urgencias presentan discrepancias entre la medicación que realmente tomaban antes de acudir a urgencias del hospital y la que figuraba registrada en las historias clínicas. Además, la interrupción brusca de alguno de los medicamentos puede provocar un síndrome de retirada, una exacerbación de la patología subyacente, empeorando el estado del paciente y/o complicando el cuadro agudo que le hizo acudir a urgencias o incluso generar un nuevo problema de salud. (Redfaster, 2013, pp. 6–10).

Diversos estudios se han desarrollado en nuestro país, en la ciudad de Cuenca en el 2015 en el área de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso, se encontró 161 errores de conciliación y 42 discrepancias justificadas, en promedio 1,87 discrepancias no justificadas por paciente. El error de conciliación más frecuente al ingreso corresponde a diferente dosis, vía y frecuencia de administración con un 84,6%, durante la hospitalización y al alta, correspondió a prescripciones incompletas con el 40% y 60,3% respectivamente (Yamunaqué and Siguencia, 2016, pp. 11–17).

Existen diversas estrategias de identificación de pacientes a conciliar en función del tiempo de hospitalización transcurrido, entre ellas tenemos, conciliar toda la medicación al ingreso del paciente, conciliar la medicación a pacientes con ECNT, además de la conciliación de medicamentos de alto riesgo y de corta semivida plasmática en un tiempo menor a 4 horas, y debiéndose realizar la conciliación de ciertos medicamentos a todos los pacientes que permanecen en la unidad de salud por un tiempo mayor a 24 horas, como se indican en la tabla 2-1.

Tabla 2 -1: Tiempo en el cual se debe realizar la conciliación de medicamentos según el tipo de medicamento.

Conciliación en 4 h	Conciliación en 24 h
Analgésicos	Anticoagulantes
Antianginosos	Antidepresivos
Antiarrítmicos	Antihipertensivos
Antibióticos	Antineoplásicos
Anticomiciales	Antiplaquetarios
Antihipertensivos dosis múltiples diarias	Antipsicóticos
Antirrechazo	Anticonceptivos orales
Colirios y pomadas oftálmicas	Diuréticos Electrolitos Hierro
Hipoglucemiantes orales dosis múltiples	Hipoglucemiantes orales
Inhaladores Insulina	Hipolipemiantes
AINE: antiinflamatorios no esteroideos.	Laxantes
	Medicación gastrointestinal
	Medicación tiroidea
	Medicación tópica
	Tratamiento hormonal sustitutivo
	Vitaminas

Realizado por: Rodrigo Sánchez (2018).

Fuente: (Delgado Sánchez *et al.*, 2013, p. 345)

1.8.1. *Discrepancias en la conciliación de medicamentos*

Un consenso en terminología y clasificación en conciliación de la medicación considera a una discrepancia como cualquier diferencia encontrada entre la medicación domiciliaria crónica y el nuevo tratamiento prescrito en la unidad de salud, como se indica en la tabla 3.1. Una discrepancia no constituye necesariamente un error. De hecho, la mayor parte de las discrepancias obedecen a

la adaptación de la medicación crónica, al nuevo tratamiento recibido en la unidad de salud con base en el estado clínico del paciente. (Cortez, 2015).

Tabla 3-1: Clasificación de las discrepancias.

Discrepancias justificadas son aquellas que NO requieren aclaración.
Decisión médica de no prescribir un medicamento o cambiar su dosis, frecuencia o vía en función de la nueva situación clínica.
Decisión médica de cambio posológico o de vía de administración de un medicamento en función de la nueva situación clínica.
Inicio de nueva medicación justificada por la situación clínica.
Sustitución terapéutica según la guía farmacoterapéutica del Hospital y los programas de intercambio terapéutico.
Discrepancias que REQUIEREN aclaración
Omisión de medicamento El paciente tomaba un medicamento necesario y no se ha prescrito sin que exista justificación clínica explícita o implícita para omitirlo.
Diferente dosis, vía o frecuencia de un medicamento Se modifica la dosis, la vía o la frecuencia con que el paciente lo tomaba sin que exista justificación clínica, explícita o implícita, para ello.
Prescripción incompleta La prescripción del tratamiento crónico se realiza de forma incompleta y requiere aclaración.
Medicamento equivocado Se prescribe un nuevo medicamento sin justificación clínica, confundiéndolo con otro que el paciente tomaba y que no ha sido prescrito.
Inicio de medicación (discrepancia de comisión) Se inicia un tratamiento que el paciente no tomaba antes, y no hay justificación clínica, explícita o implícita, para el inicio.
Duplicidad El paciente presenta una duplicidad entre la medicación previa y la nueva prescripción.
Mantenimiento de la medicación contraindicada Se continúa una medicación de larga duración contraindicada para la nueva situación clínica del paciente.
Interacción El paciente presenta una interacción clínicamente relevante entre la medicación previa y la nueva prescripción.
Error de conciliación Toda discrepancia que entre el tratamiento previo y el posterior no es justificada por el médico.

Realizado por: Rodrigo Sánchez (2018).

Fuente: (Mancebo González, 2016).

Es necesario evaluar la gravedad de los errores de conciliación y poder valorar el impacto del proceso de conciliación de medicamentos utilizando clasificaciones internacionales como se indica en la tabla 4-1.

Tabla 4-1: Clasificación de la Gravedad de los errores de Conciliación Farmacoterapéutica según El Consejo Nacional de Coordinación de Informes y Prevención de Errores de Medicamentos (NCCMERP).

No produce daño potencial: Incluyen las categorías A- C.
➤ Categoría A: No hay error, pero es posible que se produzca.
➤ Categoría B: El error se produjo, pero no alcanzó al paciente
➤ Categoría C: Error que alcanza al paciente, pero no es probable que cause daño.
Requiere monitorización o intervención para prevenir el daño.
➤ Categoría D: Error que alcanza al paciente y habría necesitado monitorización y/o intervención para evitar el daño.
Produce daño potencial: Incluye las categorías E – I.
➤ Categoría E: Error que hubiera causado daño temporal.
➤ Categoría F: Error que hubiera causado daño que requeriría hospitalización o prolongación de la estancia.
➤ Categoría G: Error que hubiera causado daño permanente.
➤ Categoría H: Error que hubiera requerido soporte vital.
➤ Categoría I: Error que hubiera resultado mortal.

Realizado por: Rodrigo Sánchez

Fuente: (Ana, Ayestaran Altuna; Delgado, 2013).

Los errores de conciliación en la estancia hospitalaria más perjudiciales para la salud del paciente son las categorías E-I, debido a un mal seguimiento farmacoterapéutico, la falta de conciliación

de medicamentos de esta manera la OMS da a conocer los órganos y sistemas afectados por el mal manejo de medicamentos, como se indican en la tabla 5-1.

Tabla 5-1: Órgano/s o sistema/s afectado/s como consecuencia del errores para las categorías E-I.

0100 Piel y anejos.	1030 Cardiovasculares, alteraciones del ritmo.
0200 Músculo esquelético	1040 Cardiovasculares, alteraciones vasculares extracardiacas.
0410 Sistema nervioso central y periférico	1100 Respiratorias.
0420 Sistema nervioso autónomo	1210 Hematológicas, serie roja.
0431 Visión	1220 Hematológicas, serie blanca.
0432 Audición y sistema vestibular	1230 Hematológicas, plaquetas y coagulación.
0433 Órganos de los sentidos.	1300 Aparato urinario.
0500 Psiquiátricas.	1410 Aparato reproductor masculino.
0600 Aparato digestivo.	1420 Aparato reproductor femenino.
0700 Hepáticas.	1500 Malformaciones congénitas.
0800 Metabólicas y nutricionales.	1600 Neonatales.
0900 Endocrinas.	1700 Neoplasias.
1010 Cardiovasculares, generales.	1810 Generales.
1020 Cardiovasculares, pericardio y válvulas.	1820 Lesiones en el punto de inoculación.
	1830 Mecanismos de resistencia.

Realizado por: Rodrigo Sánchez (2018).

Fuente: (Ruiz-jarabo et al, 2013, pp. 5–6).

1.8.2. Causas de los Errores de Conciliación

Existen muchas limitaciones que dificultan una correcta conciliación de medicamentos, entre los cuales tenemos:

- En pacientes polimedicados, o con polipatologías.
- La mala adherencia terapéutica, la automedicación y el uso de fitoterapia.
- Derivación del paciente a diferentes médicos tratantes o unidades de salud.

- Falta de registros únicos de medicación (no existe información de los registros de atención primaria y especializada)
- Discordancias entre diversas fuentes de información (listados de fármacos no actualizados, prescripciones de ingresos previos, de centros de larga estancia, residencias, informes de alta con frases del tipo “resto de tratamiento igual”).
- Poca confiabilidad de la anamnesis en algunos casos, por falta de colaboración/información del paciente o familiares.
- Acortamiento de las estancias hospitalarias, la ambulatorización de procesos y el empleo de alternativas a la hospitalización tradicional que hacen que los cambios en la responsabilidad y el nivel de atención al paciente sean cada vez más frecuentes, con una duración menor y con pacientes en situación clínica más compleja y con más medicación.
- Necesidad de adaptar la prescripción a la guía farmacoterapéutica del hospital, que obliga a modificar fármacos y dosis.
- No disponer de un farmacéutico integrado en el equipo Asistencial de salud.

1.8.3. *Entre las causas de los Errores de Conciliación más relevantes tenemos*

1.8.1. *Polipatología y Polimedicación*

Al presentar un paciente varias patologías conllevan a ser diagnosticado por varios médicos y niveles asistenciales de esta manera reciben un gran número de tratamientos dificultando el cumplimiento de la misma, por este hecho requieren de una atención prioritaria y especializada (Ana, Ayestaran Altuna; Delgado, 2013)

1.8.2. *Falta de Recursos Únicos de Salud*

Al existir varias fuentes de información sobre el tratamiento del paciente: prescripciones de Atención Primaria, prescripción hospitalaria (donde se realizan numerosas transcripciones del tratamiento, constituye de por sí una acción para que se produzcan errores), informes de hospitalizaciones previas, a las que se añade con frecuencia información proporcionada por el propio paciente o sus acompañantes, dificulta enormemente la tarea de averiguar con un mínimo de fiabilidad lo que el paciente toma en realidad (Ana, Ayestaran Altuna; Delgado, 2013).

1.9. Etapas del proceso de conciliación de medicamentos.

Recolección de la lista de medicación del paciente previo al ingreso Hospitalario.

La información que se debe obtener es:

- Listado completo y exacto de los medicamentos en uso, dosis, pauta y última dosis administrada.
- Listado de hábitos de automedicación y medicamentos sin receta (OTC) para síntomas menores.
- Fitoterapia y otros productos.
- Alergias, intolerancias medicamentosas o interrupciones. previas de tratamiento por efectos secundarios.
- Cumplimiento del tratamiento prescrito.

No existe una fuente única y fiable para realizar una historia farmacoterapéutica completa, por ello es necesario evaluar y comparar diferentes fuentes de información, las que se mencionan a continuación (Mancebo González, 2016).

1.9.1 Historia clínica

Es la primera fuente de información. Se debe consultar además la evolución de enfermería y notas que pueden resultar importantes para valorar el tratamiento farmacológico.

1.9.2. Registros de atención primaria

En la actualidad la información las prescripciones indicadas a los pacientes comienza a estar de forma digitalizada o software debido al crecimiento poblacional, esto es realmente útil, aunque no indica realmente los que se administra el paciente, refleja lo que el paciente tiene prescrito y obtener una orientación farmacoterapéutica.

1.9.3. Entrevista clínica

Nos permite comprobar la percepción del paciente sobre el tratamiento, la tolerancia y la eficacia. Detectar problemas relacionados con la administración e informar al paciente si debe tomar su medicación habitual o se suministrará en el hospital, así como cambios de medicamentos durante

su hospitalización. La bolsa de medicación habitual sigue siendo de gran utilidad, aunque sólo un 27,8% de los pacientes la aporta al ingreso (Mancebo González, 2016).

1.9.4. Otras fuentes de información

Prescripciones previas que el paciente ha tenido en el hospital o en centros externos especializados, como puede ser el centro de diálisis, hospital de día, centros de larga estancia o residencias de ancianos que recoge medicación específica controlada por estas unidades (Mancebo González, 2016).

1.9.4.1. Detección de discrepancias entre la lista de medicación del paciente y la que se le ha prescrito en el centro.

En este paso se compara la lista de la medicación recogida con la medicación prescrita al ingreso. Toda discrepancia encontrada se considerará “pendiente de aclaración” hasta confirmación médica posterior.

1.9.4.2. Comunicación de las discrepancias con el médico responsable del paciente.

La comunicación de las discrepancias se realizará por vía oral o escrita, si los medicamentos detectados son de alto riesgo según el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) serán comunicadas personalmente al médico tratante. Algunos estudios utilizan un formulario de conciliación reflejado en la historia clínica del paciente o lo realizan a través de la prescripción electrónica asistida (PEA).

1.9.4.3. Documentación de los cambios realizados en las órdenes médicas.

Las discrepancias justificadas han de estar documentadas en la historia clínica o deducirse del estado clínico del paciente. Si no fuera así, puede generar una situación de riesgo y producir un error en el futuro.

La transmisión y comunicación de la lista actualizada y conciliada al siguiente responsable del paciente y al propio paciente es muy importante, sobre todo al alta del paciente, donde la información farmacoterapéutica y la educación sanitaria juegan un papel fundamental en la adherencia y eficacia de los tratamientos.

1.10. Recomendaciones para realizar conciliación de medicamentos.

Las recomendaciones que brindan los profesionales acerca de la conciliación de medicamentos en Canadá se encuentran en realizar un plan de medicamentos al ingreso del paciente a la unidad de salud. En este Plan se incluyen todos los medicamentos que el paciente toma, agrupados de tal manera que sea fácil de distinguir entre los medicamentos que se le prescribieron en el hospital y los que tiene en casa, dicho plan debe contener no solo el nombre del paciente, medicamento, sino también los principios activos, con el fin de evitar las duplicaciones en la administración de medicamentos (León, 2015, pp. 1–5)

Dentro de las recomendaciones dadas y para realizar de manera ordenada una conciliación de medicamentos es la aplicación de los métodos Dáder, Stop-Star y los protocolos de Conciliación.

1.10.1. El Método Dáder

Es un método utilizado por el farmacéutico para la obtención de la historia farmacoterapéutica del paciente, con el fin de evaluar los problemas que presentan los medicamentos que se utilizan, y la situación del estado de salud hasta una fecha determinada, para identificar y resolver los posibles problemas relacionados con medicamentos (PRM) que el paciente pueda estar padeciendo. (Núñez María, Moreno Estefanía, Morales Ana, Trincado Tomás, 2005, p. 4)

1.10.1.2. Procesos del método Dáder

El método Dáder tiene como objetivo recopilar información acerca de la farmacoterapia del paciente mediante una serie de pasos que va desde la oferta del servicio hasta, hasta sucesivas entrevistas como indica la tabla 4-1, con el fin de evitar que el paciente tenga problemas relacionados a la medicación. (Núñez M, Moreno E, Morales A, Trincado T, 2005, p. 10)

Tabla 6-1: Procesos a realizar en el método Dáder.

1. Oferta del servicio.
2. Primera entrevista.
3. Estado de situación.
4. Fase de estudio.
5. Fase de evaluación.

6. Fase de intervención
7. Resultado de la intervención.
8. Nuevo estado de situación.
9. Entrevistas sucesivas.

Realizado por: Rodrigo Sánchez (2018).

Fuente: (Núñez et al, 2005, p. 10)

1.10.2. Los criterios STOPP/START

Estos son criterios, organizados por sistemas fisiológicos de rápida aplicación conllevan a errores más comunes del tratamiento y omisión en la prescripción, son fáciles de relacionar con la lista de fármacos que aparecen en las historias clínicas de los pacientes. Constan, en realidad, de dos grupos de criterios: los STOPP (“parar” o “detener”) y los STAR (“empezar”).

Al revisar una prescripción en la lista de medicamentos del paciente consta una medicación no necesaria o que le cause mayor daño este debe ser suspendidos STOP, de igual manera al verificar ausencia de una medicación necesaria para el paciente, entonces se iniciara la nueva medicación STAR. (Gallagher, 2009, p. 5)

1.10.3. Protocolo

Es una guía establecida que contiene un conjunto de reglas donde se relaciona a una persona de manera que pueda adaptarse como una costumbre, el protocolo es implementado como una necesidad para la salud pública, para regular las causas de los problemas de medicación y que llevan a una concientización al paciente en el uso y consumo de medicamentos, determina como se debe desarrollar las actividades de conciliación de medicamentos. (Mancebo González, 2016, p. 7)

CAPÍTULO II

2. METODOLOGÍA

2.1. Lugar de la investigación:

El presente estudio se realizó en el Hospital Básico de Pelileo Distrito 18 D04, zona 3 de la provincia del Tungurahua.

2.2. Tipo y diseño de la investigación.

La presente investigación es de tipo no experimental de campo, realizado mediante análisis descriptivo – observacional y correlacional, realizado en dos etapas la primera fase de evaluación y una segunda fase de intervención.

Se realizó una fase de evaluación retrospectiva de las historias clínicas de pacientes con ECNT, que ingresaron a la unidad de salud en el período noviembre 2017- enero 2018, donde se analizaron la anamnesis de los pacientes y los tratamientos farmacológicos durante la estancia, traslados intra hospitalarios y el alta, lo que permitió identificar y correlacionar los errores de medicación encontrados como discrepancias o errores de conciliación.

La fase de intervención fue realizada con base en los resultados obtenidos, ya que se evidenció la necesidad de establecer los parámetros mínimos requeridos para la implementación del proceso de conciliación de medicamentos, a través de la elaboración de un protocolo que permita asegurar que los pacientes reciban una terapia farmacológica segura y eficaz dentro de la unidad de salud.

2.3. Población de estudio

Para el presente estudio se manipularon 2.613 historias clínicas de pacientes, que ingresaron a la Unidad Operativa de Salud por el área de emergencia y requirieron hospitalización en el período noviembre 2017 – enero 2018.

2.3.1. Muestra

Se establecieron criterios de inclusión y exclusión.

2.4.1. Criterios de inclusión

➤ Pacientes que presentan enfermedades crónicas no transmisibles de base como diabetes, hipertensión arterial, problemas cardiacos, epilepsia y artritis; que ingresaron a la sala de emergencia y necesitaron ser hospitalizados por un periodo superior a 24 horas.

2.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes sin enfermedades crónicas de base.
- Pacientes que tenían alguna enfermedad crónica de base, sin tratamiento farmacológico para la misma.
- Pacientes pediátricos.

De la revisión de 2.613 historias clínicas, sólo se consideraron aquellas de pacientes que tenían enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como se indica en la figura 1-2, obteniendo 154 historias clínicas como muestra de estudio, de las cuales 35 historias clínicas registraron la permanencia de los pacientes por un período superior a 24 h.

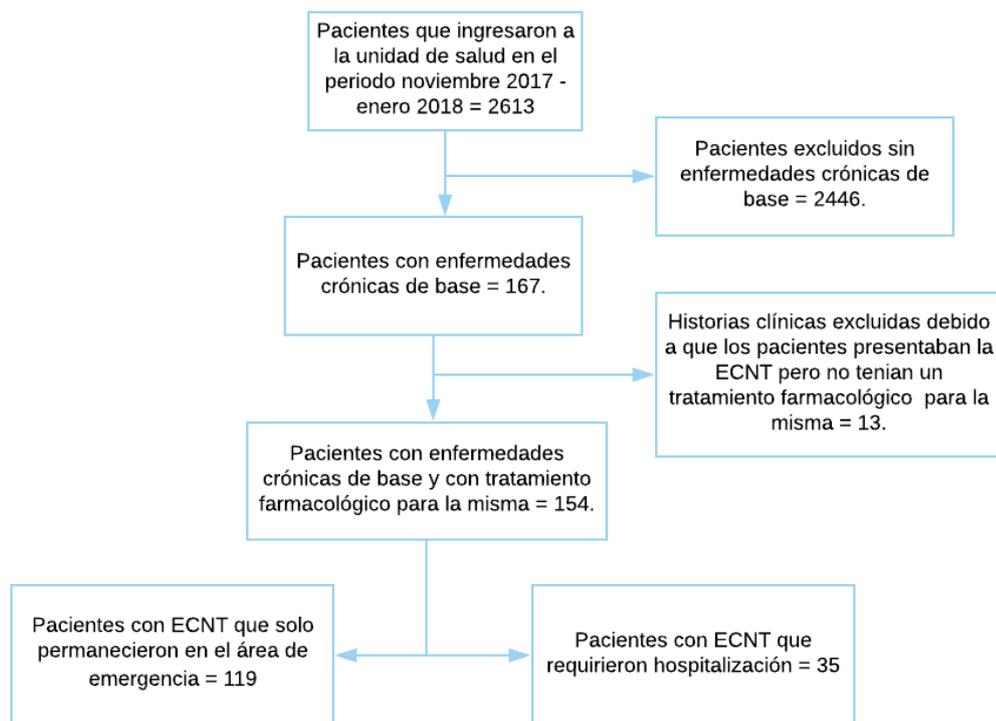


Figura 1 – 2: Selección de los pacientes que forman parte del estudio (2018).

Fuente: Área de estadística del HBP, 2018

2.5. Recolección de datos

Para estimar la necesidad de implementar un protocolo de conciliación de medicamentos en el Hospital Básico de Pelileo, se realizó la caracterización de la población de estudio mediante la identificación de edad, género y cuantificación de las diferentes ECNT, además fue necesario a través de la historia clínica, realizar la valoración de la anamnesis inicial, y posteriores registros del diagnóstico y tratamiento que recibieron los pacientes durante la estancia y el alta hospitalaria. Fueron excluidas las historias clínicas de pacientes que tenían alguna enfermedad crónica de base, pero indicaban no tener tratamiento farmacológico para la misma. El análisis de la anamnesis inicial fue realizado en todas las historias clínicas de pacientes con ECNT y que tenían un tratamiento farmacológico para la misma (total 154 HC); mientras que, para la identificación y clasificación de los errores de medicación como discrepancias o errores de conciliación, se consideraron a las historias clínicas de pacientes que superaron las 24 horas de estancia intrahospitalaria, como se indica en la figura 2 – 2.

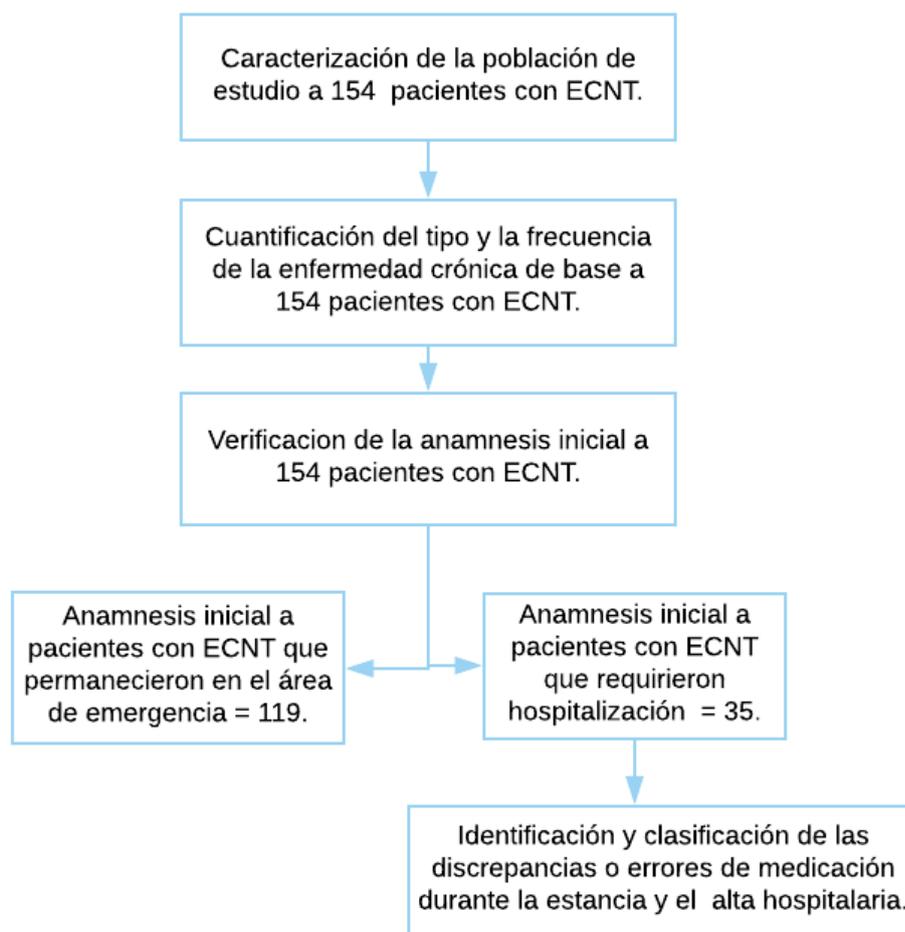


Figura 2 - 2: Recolección de datos (2018).

Fuente: Área de estadística del HBP, 2018

En la fase de evaluación, para el registro de las intervenciones se realizó un formato (ver ANEXO A) que permitió, a partir de las historias clínicas de los pacientes con ECNT, recolectar de forma adecuada la información acerca de los tratamientos recibidos en casa, suspensiones, omisiones, posibles interacciones, y algún problema derivado de la terapia farmacológica recibida antes y durante su estancia hospitalaria. Se identificaron los errores de medicación más frecuentes y mediante revisiones y correlaciones bibliográficas se clasificaron como discrepancias o errores de conciliación.

Se generó la necesidad de desarrollar un protocolo de conciliación de medicamentos con base en los resultados obtenidos, el cual contiene la información mínima requerida para realizar la implementación de este sistema en el Hospital Básico de Pelileo, además de definiciones clave que permitirán al personal de salud comprender de forma rápida el objetivo y alcance del tema. En el protocolo elaborado se han establecido también las funciones del personal de salud, la población a la cual esta direccionado y un formato de registro para las intervenciones a realizarse.

CAPÍTULO III

3.1. Marco de resultados, discusión y análisis de resultados

El hospital Básico de Pelileo al ser una unidad de salud tipo 2 cuenta con servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización clínica, quirúrgica, rehabilitación, fisioterapia y trabajo social, es una Unidad Operativa que requiere brindar una atención de calidad al paciente durante su estancia hospitalaria, por ello es necesario contar con herramientas o sistemas que permitan garantizar la atención, acceso y dispensación segura de medicamentos. Por este motivo fue necesario realizar un análisis retrospectivo, acerca de cómo se lleva a cabo el registro de la información farmacoterapéutica de los pacientes con ECNT, desde su ingreso a la unidad de salud por el servicio de emergencia y su posterior traslado interhospitalario.

Los resultados obtenidos se detallan a continuación:

Como línea base fue necesario realizar la caracterización de acuerdo a la edad y género de los pacientes con ECNT que ingresaron a la unidad de salud, como se indica en la tabla 1-3.

Tabla 1- 3: Caracterización de la población de estudio, según la edad y género (154 HC de pacientes con ECNT).

Edad (años)	Frecuencia	%
< a 20	6	3,9
21 – 39	24	15,6
40 - 59	56	36,4
60 – 79	43	27,9
≥ 80	25	16,2
Total de historias clínicas.	154	100,0

Género		
Femenino	105	68,1
Masculino	49	31,9
Total	154	100,0

Elaborado por: Rodrigo Sánchez.

Fuente: Área de estadística del HBP, 2018

De los resultados obtenidos en esta investigación, respecto al género existe un mayor número de ingresos hospitalarios por parte de la población femenina, un censo realizado en el año 2010, revela que el 52% de la población de la ciudad de Pelileo corresponde al género femenino (INEC,2010). Los pacientes que padecían ECNT se encontraban en su mayoría entre 40 y 59 años. La Organización Mundial de la Salud, considera a una persona como adulto mayor a partir de los 60 años de edad (OMS, 2015), por lo que los datos reflejan que los pacientes no superan aún la edad laboral productiva en Ecuador, pero a la edad que tienen ya presentan un elevado porcentaje de enfermedades que pueden afectar de manera particular su vida laboral.

Otros aspectos que fueron relevantes durante la caracterización de la población de estudio, fue la identificación y clasificación de las diferentes enfermedades crónicas de base encontradas, como se indican en la tabla 2-3.

Tabla 2 - 3: Principales enfermedades crónicas de base de los pacientes que acudieron al Hospital Básico de Pelileo, en el periodo noviembre 2017 -enero 2018.

Enfermedades crónicas de base	Número pacientes	%
Hipertensión arterial	95	61,7
Diabetes Mellitus tipo II	18	11,7
Epilepsia	16	10,4
Artritis	8	5,2
Trastornos de ansiedad	1	0,6
Enfermedad cardiovascular	1	0,6
Otras	15	9,8
Total de historias clínicas.	154	100,0

Elaborado por: Rodrigo Sánchez (2018).

Fuente: Área de estadística del HBP, 2018.

Las principales enfermedades crónicas de base que se identificaron en la revisión de las historias clínicas, forman parte de las estadísticas de morbimortalidad, que según el INEC 2014 afectan a

la provincia de Tungurahua, siendo la principal causa de muerte en la ciudad de Pelileo la influenza y neumonía, ubicando a las enfermedades hipertensivas, respiratorias inferiores crónicas en un segundo lugar y las enfermedades cardiacas y diabetes en tercer lugar (INEC, 2014).

A continuación, se presentan los resultados acerca de la calidad de anamnesis inicial que constaba en las historias clínicas de los pacientes con ECNT, que ingresaron al Hospital Básico de Pelileo en el periodo de estudio y permanecieron en el área de emergencia o fueron trasladados al servicio de hospitalización, los datos se muestran en la figura 1-3.

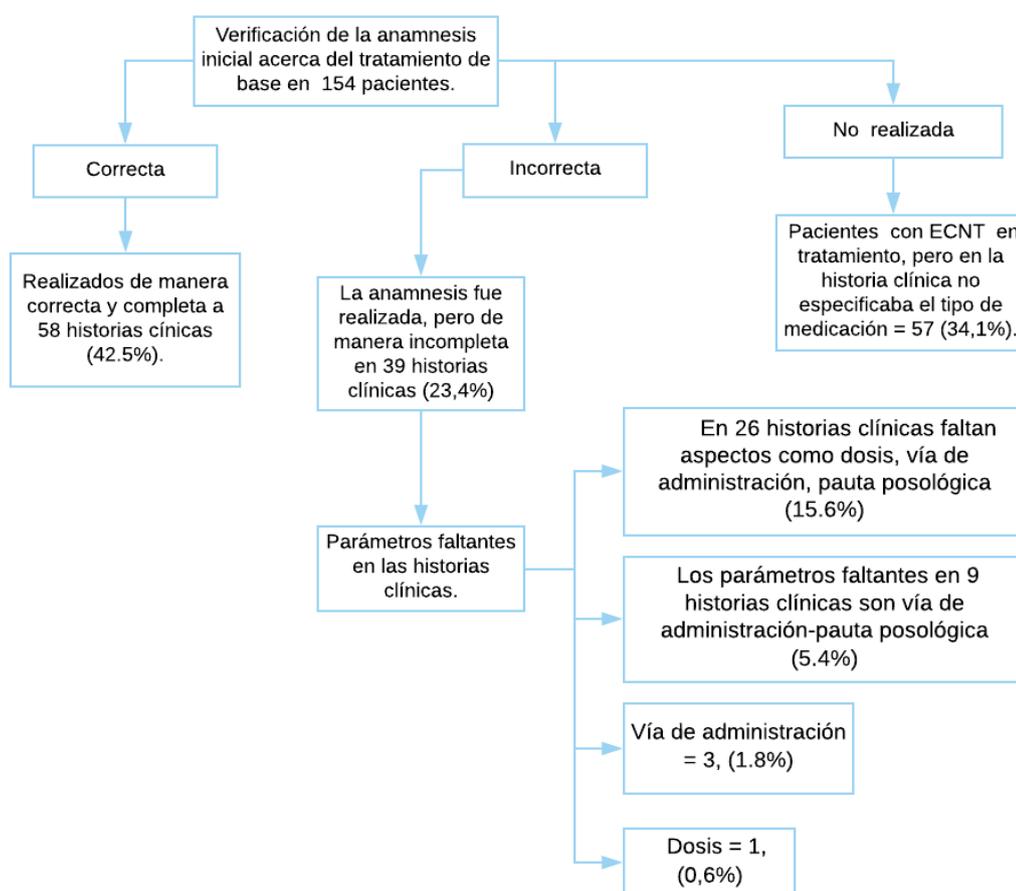


Figura. 1 – 3: Calidad de la anamnesis inicial registrada en los pacientes con ECNT en que ingresaron al del Hospital Básico de Pelileo en el periodo de estudio.

Fuente: Área de estadística del HBP, 2018.

La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (JCAHO), señala la necesidad de realizar una correcta y completa anamnesis farmacológica en los establecimientos de salud y estima, que para cumplir con esta necesidad dentro de la historia clínica debe constar

la enfermedad y tratamiento de base, situación por la que ingresa, la nueva medicación, concentración, forma farmacéutica, dosis, vía de administración, pauta posológica de ambos tratamientos y acciones que concluyan el diagnóstico (JCAHO, 2011).

Los servicios de emergencia en las unidades de salud del país se caracterizan por ser, en general, una de las áreas más concurridas y caóticas, en el que existe una alta demanda de pacientes. Se administra una importante cantidad de medicamentos y donde la comunicación profesional de salud con el paciente disminuye, al momento de ingresar o atender a otro paciente, o el mismo tiene una elevada edad por lo que no recuerda la medicación de casa y en otros casos están inconscientes (Herrada et al, 2016). De esta manera la posibilidad de que exista problemas relacionados con los medicamentos aumenta en este nivel asistencial (Hernández et al, 2013). Estas razones pueden ser la causa del porque el profesional de la salud no registra en la historia clínica, correctamente o lo hace de forma incompleta, la información acerca de la patología y los tratamientos farmacológicos, dificultando así el seguimiento farmacoterapéutico sobre todo a los pacientes con ECNT durante la estancia hospitalaria.

Con respecto al número de discrepancias o errores de conciliación, que se identificaron en las historias clínicas de los pacientes con ECNT, que ingresaron en el periodo de estudio y permanecieron hospitalizados por un tiempo superior a las 24 horas, se detalla a continuación la frecuencia de los casos encontrados y además se especifica las enfermedades crónicas de base en las cuales se presentaron el mayor número de discrepancias, ya sea en el tratamiento farmacológico hospitalario o al momento del alta, como se indica en la figura 1.4.

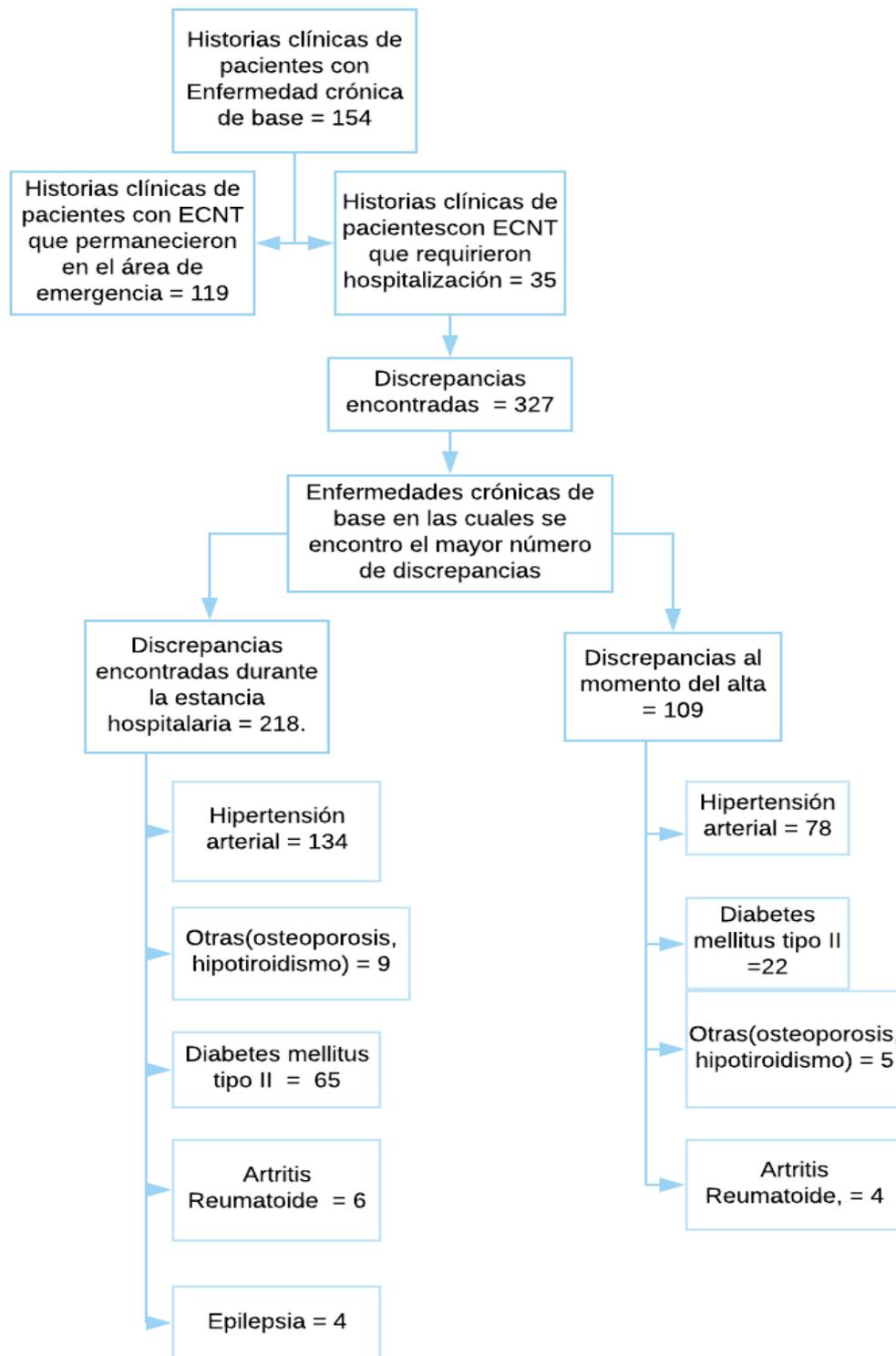


Figura. 2 - 3: Identificación y cuantificación de las discrepancias encontradas en 35 historias clínicas de pacientes con ECNT.

Fuente: Área de estadística del HBP, 2018.

La saturación asistencial, la demanda de pacientes, la falta de comunicación entre el equipo de salud y el paciente, se ven reflejados al momento de realizar la atención sanitaria, provocando la aparición de discrepancias o errores de medicación que conllevan a que los pacientes puedan

sufrir problemas de salud y aún más en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (Herrada et al, 2016).

Durante la evaluación del tratamiento farmacológico de los pacientes con estancia hospitalaria superior a 24 horas y al momento alta, las discrepancias encontradas en la farmacoterapia fueron clasificadas según el consenso en terminología y clasificación de los programas de conciliación de la medicación elaborado por la SEFH (Roure et al, 2012), como tipo de discrepancia y gravedad, datos que se indican en las tablas 3-3 y 4-3.

Tabla 3 - 3: Clasificación y cuantificación de las discrepancias y gravedades encontradas en las historias clínicas de 35 pacientes con ECNT durante su hospitalización.

Tipo de discrepancias.		Gravedad	Cantidad
Discrepancias Justificadas	1,3: Inicio de nueva medicación justificada por la situación clínica del paciente.	A: No existe error, pero es posible que se produzca.	139
	1,2: Decisión médica de cambio posológico o de la vía de administración y frecuencia de un medicamento en función de la nueva situación clínica.	A: No existe error, pero es posible que se produzca.	27
	1,1: Decisión médica de NO prescribir un medicamento.	A: No existe error, pero es posible que se produzca.	25
	1,4: Medicación que no se encuentra en la unidad de salud.	C: Error alcanza al paciente, pero no es probable que cause daño	12
Discrepancias que requieren aclaración.	2,1: Omisión del medicamento (El paciente tomaba un medicamento necesario y NO se ha prescrito sin que exista justificación clínica explícita o implícita para omitirlo)	D: Error que alcanza al paciente y habría necesitado monitorización y/o intervención para evitar el daño.	12
	2,3: Prescripción incompleta	D: Error que alcanza al paciente y habría necesitado monitorización y/o intervención para evitar el daño	3
		TOTAL	218

Elaborado por: Rodrigo Sánchez, (2018)

Fuente: Área de estadística del HBP, 2018.

Las discrepancias de medicación pueden ocasionar varios problemas relacionados a la necesidad, efectividad y seguridad del estado de salud del paciente durante la terapia medicamentosa, en el desarrollo del presente estudio se encontraron un total de 218 discrepancias en el tratamiento

hospitalario, de las cuales 203 discrepancias son justificadas por el médico tratante, donde indican el inicio de una nueva medicación, cambio posológico, vía de administración, frecuencia, decisión médica de no prescribir un medicamento o este no se encuentra en la unidad de salud, las cuales son catalogadas como gravedad A, errores que pueden o no alcanzar al paciente, obteniendo resultados similares a un estudio local realizado en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el cual manifiestan que las discrepancias catalogadas como gravedad A son superiores a las gravedades B, C y D que también fueron identificadas en pacientes con ECNT (Arias y Pacheco, 2014),.

Un estudio internacional realizado en Colombia, indicó que el error más frecuente identificado dentro de los servicios hospitalarios es la omisión de medicamentos con un 68.62% seguido por errores en las prescripciones con un 24,9% (Romero, et al 2013). En el presente estudio realizado en el HBP se encontraron 12 casos de omisión de medicamentos y 3 de prescripciones incompletas catalogándolas con gravedad D, ya que son errores que alcanzan al paciente y habrían necesitado monitorización y/o intervención para evitar el daño, que no fueron identificados por los profesionales de salud ya que no se encontró justificación alguna hasta el final de la revisión de la historia clínica. Una de las razones puede ser que las historias clínicas no fueron llenadas de forma completa y correcta.

Tabla 4 - 3: Clasificación y cuantificación de las discrepancias y gravedades encontradas en los 35 pacientes con ECNT en el momento del alta.

Tipo de discrepancias.		Gravedad	Cantidad
Discrepancias que requieren aclaración.	2,3: Prescripción incompleta	C: Error que alcanza al paciente, pero no es probable que cause daño,	55
	2,1: Omisión del medicamento (El paciente tomaba un medicamento necesario y NO se ha prescrito sin que exista justificación clínica explícita o implícita para omitirlo).	D: Error que alcanza al paciente y habría necesitado monitorización y/o intervención para evitar el daño.	9
Discrepancias Justificadas.	1,3: Inicio de nueva medicación justificada por la situación clínica del paciente.	A: No existe error, pero es posible que se produzca.	39
	1,4: Medicación que no se encuentra en la unidad de salud.	C: Error alcanza al paciente, pero no es probable que cause daño.	4
	1,2: Decisión médica de cambio posológico o de la vía de administración y frecuencia de un medicamento en función de la nueva situación clínica.	C: Error que alcanza al paciente, pero no es probable que cause daño.	2
		TOTAL	109

Elaborado por: Rodrigo Sánchez.

Fuente: Área de estadística del HBP, 2018.

Un estudio realizado en la Unidad Médica de Corta Estancia del Hospital General de Elda, Alicante, indicó que al momento del alta se cometen un 61.5% de los errores de medicación Hernández et al (2008). En el Hospital Básico de Pelileo, mediante el análisis de las historias clínicas se encontraron 109 discrepancias al momento del alta, de las cuales 59% requieren aclaración médica, ya sea por omisión de medicamentos o prescripciones incompletas, errores clasificados como gravedad C y D que alcanzarían al paciente y habrían necesitado monitorización o intervención para evitar daño.

La comunicación adecuada al momento del alta entre el equipo de salud y el paciente, se correlaciona positivamente con un buen diagnóstico, mejor adherencia al tratamiento, disminución de visitas al médico y mayor satisfacción del paciente y además garantizando la

atención profesional. Aspectos que deben tener en cuenta todo el equipo de salud con la finalidad de disminuir discrepancias que puedan afectar la calidad de vida del paciente.

El equipo de salud debe poner énfasis en disminuir el números de discrepancias encontradas en estas enfermedades, debido a que la hipertensión arterial es la segunda causa de muerte en la ciudad de Pelileo según (INEC, 2014), y la diabetes a nivel de Tungurahua provoca el 3,75 % de muertes, para el resto de enfermedades se encontró un número menor de discrepancias, las mismas que no dejan de ser importantes ya que un mal manejo de los medicamentos puede conllevar a daños significativos en la salud del paciente, ya sea durante la hospitalización o el alta médica.

3.2. Elaboración del protocolo de conciliación de medicamentos.

Según la OMS, se define a la Salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (OMS, 2013) y para cumplir con esta definición, los profesionales Bioquímicos Farmacéuticos son responsables de que el paciente cumpla de manera correcta los tratamientos farmacológicos durante la estancia hospitalaria y brindar una dispensación activa de los medicamentos, para que de esta manera el paciente tenga un rol activo en su autocuidado.

Por tal motivo después de realizar la evaluación de las historias clínicas de pacientes con ECNT, se evidenció la necesidad de que en las unidades de salud de atención primaria como el Hospital Básico de Pelileo, se implementen sistemas que permitan controlar el tratamiento farmacológico de los pacientes durante la estancia y alta hospitalaria y con la ayuda de revisión bibliográfica, marco legal, normativas de organismos e instituciones de salud, se elaboró un protocolo de conciliación de medicamentos, como se describe en el ANEXO D.

El presente protocolo de conciliación de medicamentos, está orientado a todos los pacientes que acuden al Hospital Básico de Pelileo, en especial, aquellos que padecen alguna enfermedad crónica no transmisible, con la finalidad garantizar la salud del paciente durante la estancia hospitalaria.

CONCLUSIONES

1. En el diagnóstico de las historias clínicas realizado de forma retrospectiva de los pacientes con ECNT, las patologías más prevalentes fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo II.
2. La anamnesis inicial en las HC de pacientes con ECNT, fue realizada de manera correcta en un 42.5%, incorrecta en un 23.4% y no fue realizada en un 34.1%, lo cual refleja que el equipo multidisciplinario de salud debe trabajar en conjunto para establecer una mejor relación con el paciente y su tratamiento farmacológico.
3. La enfermedad crónica de base en la cual se presentó un mayor número de discrepancias durante la estancia hospitalaria (134) y a momento del alta (78) fue en la hipertensión arterial.
4. Fueron encontradas 208 discrepancias durante la estancia hospitalaria y 109 al momento del alta en 35 historias clínicas de pacientes con ECNT, siendo las de mayor prevalencia las de gravedad A y C, errores que no causan daño al paciente, pero deben ser tomadas en consideración por los profesionales de la salud con la finalidad de garantizar la seguridad farmacoterapéutica del paciente.
5. Los tipos de discrepancias más relevantes al momento del alta son las prescripciones incompletas y la omisión de medicamentos, errores que posiblemente causan daño al paciente y requieren monitorización.
6. De los resultados obtenidos durante la fase de estudio se estableció la necesidad de implementar un protocolo de conciliación de medicamentos el cual fue elaborado con base a la revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes con ECNT, revisión bibliográfica, marco legal, normativas de organismos e instituciones de salud, en búsqueda de la adherencia farmacológica durante la estancia y el alta hospitalaria.
7. Las propuestas planteadas en el protocolo de conciliación de medicamentos fueron socializadas al personal médico y administrativo de turno, debido a que cada uno de los profesionales de la salud forman parte importante en el proceso de conciliación de medicamentos, ya que son los encargados de garantizar la seguridad del paciente durante la transición asistencial, evitando posibles discrepancias, interacciones y problemas relacionados con los medicamentos.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que el Hospital Básico de Pelileo realice la aprobación del protocolo de conciliación de medicamentos y su aplicación hacia todas las áreas disponibles en la unidad de salud, con la finalidad de garantizar la seguridad farmacológica del paciente durante toda la transición asistencial del mismo.
- Es necesario realizar estudios similares dentro de la unidad de salud, de manera prospectiva con la finalidad de obtener información del paciente o del cuidador y llevar un control farmacoterapéutico durante la estancia y alta hospitalaria.
- Realizar un control mensual de las historias clínicas de pacientes con ECNT o polimedicados acerca de cómo se lleva la entrevista (anamnesis) antes del ingreso del paciente a la unidad de salud, y garantizar un seguimiento farmacoterapéutico adecuado a pacientes con ECNT durante la estancia intra hospitalaria.
- Brindar charlas a los profesionales de la salud acerca de la importancia de una buena anamnesis del paciente o su cuidador, los riesgos que representa el no realizarlo de manera adecuada y sus beneficios.

BIBLIOGRAFÍA

AYESTARAN ANA, DELGADO OLGA; ‘Guía para la implementación de programas Conciliación de la medicación en los centros sanitarios’, [En Línea] 2, p. 64.

[Consulta: 11 noviembre 2017]

http://www.sefap.es/media/upload/arxius/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Guia_conciliacion_medica_SCFC.pdf.

ARANAZ ANDRÉS; REMÓN CARLOS; ‘Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. [En Línea]. título. ENEAS estudio Nacional sobre’, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2, p. 170.

[Consulta: 14 noviembre 2017]

https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf.

ARIAS GARCÉS, LUISA PACHECO; ‘Elaboración e implementación de guías de conciliación farmacoterapéutica en pacientes del área de medicina interna del hospital provincial general docente de riobamba desde el mes de agosto–enero del 2015”, (Tesis) [En Línea], 1, p. 94.

[Consulta: 11 noviembre 2017]

<http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/3950>.

COHEN, VICTOR, Et al; ‘Effect of clinical pharmacists on care in the emergency department: A systematic review’, [En Línea], American Journal of Health-System Pharmacy, 66(15), pp. 1353–1361.

[Consulta: 13 noviembre 2017]

<http://www.ajhp.org/content/66/15/1353.short?sso-checked=true>

CÓRDOVA VILLALOBOS, et al; (2013) ‘Las enfermedades crónicas no transmisibles en México, sinopsis epidemiológica y prevención integral’, [En Línea], 50(5), pp. 419–427.

[Consulta: 13 abril 2018]

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015.

CORTEZ NORMA; ‘protocolo de seguridad del paciente conciliación de medicamentos’, [En Línea], 1, p. 18. [Consulta: 12 noviembre 2017]

<http://hvcn.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/PROTOCOLO-PARA-CONCILIACION-DE-MEDICAMENTOS.pdf>.

CUÉLLAR OBISPO, et al; ‘Manejo Perioperatorio de Medicación Crónica. [En Línea], Consejería de Salud. Junat de Andalucía.’, Kastaluna, 1, p. 37.

[Consulta: 31 marzo 2018]

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/atencion_paciente_quirurgico/manejo_perioperatorio_medicacion_cronica_2016.pdf.

DELGADO SÁNCHEZ, et al; ‘Conciliación de la medicación’, [En Línea], Medicina Clínica, 129(9), pp. 343–348.

[Consulta: 15 noviembre 2017]

<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-conciliacion-medicacion->

URBIETA ELENA, et al; ‘Implantación de un procedimiento de conciliación terapéutica al ingreso hospitalario por el servicio de urgencias, (Tesis) [En Línea], Implementation of a therapeutic reconciliation procedure at admission by the emergency department’, Farmacia Hospitalaria VO - 38, 38(5), p. 430.

[Consulta: 28 marzo 2018]

<http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edssci&AN=edssci.S1130.63432014000500006&lang=es&site=eds-live>

ECUADOR; INEC (Instituto Nacional Ecuatoriana de Censos y Estadísticas) ‘Fascículo provincial tungurahua’ (2010), [En Línea], Quito-Ecuador, pp. 1–8.

[Consulta: 10 junio 2018]

<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/tungurahua.pdf>.

ECUADOR, INEC (Instituto Nacional Ecuatoriana de Censos y Estadísticas); ‘Encuesta Nacional De Salud y Nutrición 2011 - 2013’, [En Linea], Ensanut 2011, 1, p. 47.

[Consulta: 114 abril 2018].

<http://www.unicef.org/ecuador/esanut-2011-2013-2bis.pdf>.

EE,UU; JCAHO; Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International, [En Linea], CUARTA. Edited by JCAHO; (2011). EE,UU- New York.

[Consulta: 10 junio 2018]

https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad_paciente/es_def/adjuntos/2_Doc_referencia/JCI_4a_Edicion_EstandaresHospitales2011.pdf.

ESPAÑA, ISMP (2017) ‘Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación’. [En Linea], España: Instituto para el uso seguro de los medicamentos, p. 1.

[Consulta: 16 noviembre 2017]

<http://www.ismp-espana.org/estaticos/view/19>.

LEÓN ALEJANDRA; ‘Conciliación de la medicación’, [En Linea], (2015), 4, p. 64.

[Consulta: 17 noviembre 2017]

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/download/19921/20035>.

EDISON MALDONADO; " UNIANDES ” estrategias de gestión para disminuir los tiempos de espera en el servicio de emergencia del hospital iess ambato, enero a junio del 2014’, (Maestría) [En Linea], 1, p. 143. [Consulta: 27 marzo 2018]

<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/495/1/TUAMED036-2015.pdf>.

MANCEBO GONZÁLEZ; ‘conciliacion de la medicación en ancianos polimedicados al ingreso hospitalario’, [En Linea], 1, p. 38.

[Consulta: 18 noviembre 2017]

[http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3522/1/Mancebo González%2C Almodena.pdf](http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3522/1/Mancebo_González%2C_Almodena.pdf).

PATIÑO MARÍA DE LOURDES, SÁNCHEZ YESENIA; ‘impacto económico y financiero de mejoras de los servicios de salud en el hospital Luis Vernaza para pacientes derivados del IESS administrado a través de un fideicomiso’, [En Línea], p. 107.

[Consulta: 19 noviembre 2017]

<http://repositorio.usfq.edu.ec/jspui/handle/23000/4872>.

ESPAÑA, MEDICACI; ‘conciliación de la medicación’, [En Línea], infac, (2013), 21, p. 7.

[Consulta: 14 noviembre 2017]

https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2013/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_21_n_10.pdf.

ESPAÑA; MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL; ‘Manual de definiciones estadística de Centros Sanitarios De Atención Especializada C1 con Internamiento.’(2013), [En Línea], 1, pp. 1–38.

[Consulta: 27 marzo 2018]

https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2013/DEFINICIONES_C1.pdf.

MORENO GUSTAVO; ‘La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad’,(2008), [En Línea], 9, pp. 8–10.

[Consulta: 09 junio 2018]

<http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004>.

GINEBRA; O.M.S; ‘La OMS lanza una iniciativa mundial para reducir a la mitad los errores relacionados con la medicación en cinco años’. [En Línea], (2017), Ginebra, Suiza: OMS, p. 1.

[Consulta: 16 noviembre 2017]

<http://www.who.int/es/news-room/detail/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>.

GINEBRA; OMS; ‘enfermedades no transmisibles’. [En Línea], (2017), Ginebra, Suiza: OMS, p. 1. [Consulta: 12 abril 2018]

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.

GINEBRA; OMS; ‘adherencia a los tratamientos a largo plazo’, [En Línea], Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. (2013), Washington, D.C., p. 202.

[Consulta: 27 marzo 2018]

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid.

PAÚL JACOME; ‘validación del protocolo de conciliación de medicamentos antes de la hospitalización en el servicio de emergencia del hospital provincial general luis gabriel dávila de la ciudad de tulcán de marzo a junio 2016’,(Tesis) , [En Línea], Ecuador, 1, p. 124.

[Consulta: 2 mayo 2018]

<http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/5932>.

ESPAÑA; REDFASTER; ‘Guía para la Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias’, [En Línea], www.fasterweb.es, 3, p. 37. (2013)

[Consulta: 13 noviembre 2017]

http://www.serviciofarmaciamanchacentro.es/images/stories/recursos/recursos/docinteres/conciliacion/guia_conciliacion.pdf.

ROJANO FERNÁNDEZ, et al. ‘Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud’, [En Línea], (2014), Cirugía y Cirujanos, 78(6), pp. 527–532.

[Consulta: 19 abril 2018]

www.redalyc.org/articulo.oa?id=66220323010.

ROURE CRISTIAN, et al; ‘Documento de consenso en terminología y clasificación en conciliación de la medicación. [En Línea], Grupo SEFH’, (2012), Ediciones Mayo, 21(3), pp.

283–291.

[Consulta: 26 marzo 2018]

https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/conciliacion/Libro_consenso_terminologia_conciliacion.pdf

RUIZ JARABO, ALFONSO DOMÍNGUEZ; ‘Taxonomía de los errores de medicación’, [En Línea], Grupo Ruiz-Jarabo 2000, 1, pp. 0–11.

[Consulta: 18 abril 2018]

<http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero25.pdf>.

SANHUEZA GUSTAVO; ‘Desarrollo y evaluación de un programa de conciliación para la detección de errores de medicación (em) y/o problemas relacionados con medicamentos (prm), en pacientes adultos con patología cardiovascular, ingresados al subdepartamento de medicina del hospital base valdivia’, (Tesis), (2015), [En Línea], 1, p. 165.

[Consulta: 31 marzo 2018]

<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2014/bmfciu.41i/doc/bmfciu.41i.pdf>.

ESPAÑA; ARS PHARM; ‘Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos’, [En Línea], (2013), Ars Pharm, 43(3–4), pp. 175–184.

[Consulta: 28 marzo 2018]

<http://www.ugr.es/~ars/abstract/43-179-02.pdf>.

PINO MARIA, SALAZAR IRINA, TOBAR DENIS; ‘manual de norma de reconciliación de medicamentos’, (2015), [En Línea], 1, p. 16.

[Consulta: 12 noviembre 2017]

<http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/manual-de-seguridad-del-paciente-usuario-SNS.pdf>.

VILLAR ISABEL; ‘Calidad de la recogida de la medicación domiciliar en urgencias: discrepancias en la conciliación’, (2015) [En Línea], 10(July 2011), pp. 166–171.

[Consulta: 13 noviembre 2017]

<https://www.researchgate.net/publication/251660516%0ACalidad>

YAMUNQUÉ HANNY, SIGUENCIA SINDY; ‘Conciliación de medicamentos e identificación de los tipos de discrepancias al ingreso, durante la hospitalización y al alta en pacientes del área de ginecología del hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2015’, (TESIS) [En Línea], 1, p. 57.

[Consulta: 14 noviembre 2017]

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/25422/1/TESIS.pdf>.

Anexo C: Revisión de las historias clínicas.

