



Identificación de errores de medicación en los tratamientos farmacológicos establecidos para los pacientes del área de emergencia y hospitalización de una unidad de salud de la ciudad de Riobamba

Identification of medication errors in the pharmacological treatments established for patients in the emergency and hospitalization area of a health unit in the city of Riobamba

Identificação de erros de medicação nos tratamentos farmacológicos instituídos para pacientes na área de emergência e internação de uma unidade de saúde do município de Riobamba

Valeria Rodríguez-Vinueza^I
valeria.rodriguez@epoch.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0001-5515-3539>

John Quispillo-Moyota^{II}
john.quispillo@epoch.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-7257-9694>

Violeta Maricela Dalgo-Flores^{III}
violeta.dalgo@epoch.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-4004-5938>

Valeria Aguirre-Quilismal^{IV}
valerierster97@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0000-0564-2940>

Nora Tahirí Mejía-Cabezas^V
nora.mejia@epoch.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-0308-5412>

Correspondencia: valeria.rodriguez@epoch.edu.ec

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

***Recibido:** 10 de marzo de 2023 ***Aceptado:** 24 de abril de 2023 * **Publicado:** 05 de mayo de 2023

- I. Grupo de Investigación de Tecnología y Atención Farmacéutica de Ecuador, Facultad de Ciencias, Carrera de Bioquímica y Farmacia, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- II. Grupo de Investigación de Tecnología y Atención Farmacéutica de Ecuador, Facultad de Ciencias, Carrera de Bioquímica y Farmacia, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- III. Grupo de Investigación de Ambiente y Desarrollo, Facultad de Ciencias, Carrera de Bioquímica y Farmacia, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- IV. Hospital Fibuspam, Riobamba, Ecuador.
- V. Grupo de Investigación y Desarrollo en Agroindustria, Facultad de Ciencias Pecuarias, Carrera de Agroindustria, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo identificar errores de medicación en los tratamientos farmacológicos establecidos para los pacientes del área de emergencia y hospitalización de una unidad de salud de la ciudad de Riobamba, en el periodo junio-septiembre 2022. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo mediante la revisión de 40 historias clínicas de pacientes que padecieron enfermedades crónicas de base no transmisibles, de las cuales se identificó que el 52.5% de historias clínicas no tienen una anamnesis realizada, el 25% correspondió a una anamnesis incompleta debido a la falta de parámetros farmacológicos, y un 22.5% con una anamnesis completa y correcta. La enfermedad crónica de base no transmisible que predominó fue la Hipertensión Arterial (25%), seguida por el Hipotiroidismo (10%); en cuanto a las discrepancias analizadas en el estudio, 44 fueron justificadas y 2 no justificadas que requieren aclaración.

Palabras Claves: Errores de Medicación, Anamnesis, Discrepancias, Conciliación Farmacoterapéutica, Emergencia, Hospitalización.

Abstract

The objective of this research was to identify medication errors in the pharmacological treatments established for patients in the emergency and hospitalization area of a health unit in the city of Riobamba, in the period June - September 2022. A descriptive and retrospective study was carried out. by reviewing 40 clinical histories of patients who suffered from non-communicable chronic underlying diseases, of which it was identified that 52.5% of clinical histories did not have an anamnesis performed, 25% corresponded to an incomplete anamnesis due to the lack of parameters pharmacological, and 22.5% with a complete and correct history. The non-communicable underlying chronic disease that predominated was Arterial Hypertension (25%), followed by Hypothyroidism (10%); Regarding the discrepancies analyzed in the study, 44 were justified and 2 unjustified that require clarification.

Keywords: Medication Errors, Anamnesis, Discrepancies, Pharmacotherapeutic Reconciliation, Emergency, Hospitalization.

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi identificar erros de medicação nos tratamentos farmacológicos instituídos para pacientes na área de emergência e internação de uma unidade de saúde do município de Riobamba, no período de junho a setembro de 2022. Foi realizado um estudo descritivo e retrospectivo através da revisão de 40 histórias clínicas de pacientes que sofriam de doenças crônicas não transmissíveis de base, das quais se identificou que 52,5% das histórias clínicas não tiveram anamnese realizada, 25% corresponderam a uma anamnese incompleta por falta de parâmetros farmacológico e 22,5% com anamnese completa e correta. A doença crônica de base não transmissível que predominou foi a Hipertensão Arterial (25%), seguida do Hipotireoidismo (10%); Em relação às discrepâncias analisadas no estudo, 44 foram justificadas e 2 injustificadas que requerem esclarecimentos.

Palavras-chave: Erros de Medicação, Anamnese, Discrepâncias, Conciliação Farmacoterapêutica, Emergência, Hospitalização.

Introducción

La conciliación de medicamentos es un proceso que permite comparar la medicación habitual de base y la que se le administra al paciente al momento de ingresar a la unidad de salud en conjunto con el tratamiento recibido después de una transición asistencial dentro de la propia unidad de salud, de esta manera se evitará la duplicidad de los medicamentos omisión de los mismos inconsistencias en dosis o frecuencia, medicamentos equívocos, prescripción incompleta interacciones medicamentosas, y la suspensión del tratamiento de la enfermedad crónica de base (Pavón, 2021 p. 1).

Esto permitirá garantizar el uso correcto de la terapia farmacoterapéutica del paciente y el cumplimiento respecto a sus patologías dentro de cuales se encuentran las crónicas de base por lo cual es necesario que el personal de salud hospitalario tenga conocimiento sobre la conciliación farmacéutica (Irigoyen, 2022 p. 6).

La seguridad de los pacientes debe ser un pilar fundamental en la estancia hospitalaria, por ende, su tratamiento farmacológico debe ser considerado de la misma manera, sin embargo, existen diversas falencias, como la falta de aplicabilidad de una conciliación de medicamentos, el

inapropiado manejo de la farmacoterapia por parte del personal de salud y el paciente que ingresa a la estancia hospitalaria (Carrión y Sánchez, 2019, pp. 60-64).

Un error de medicación deriva problemas de seguridad, los cuales han sido considerados como un tema prioritario dentro del protocolo de seguridad del paciente, según lo indica tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Cuidado (NICE), por ende para obtener buenos resultados en la terapia farmacológica de un paciente es necesario la aplicabilidad de protocolos y seguimientos que permitan controlar y vigilar de manera correcta el tratamiento de los mismo (Sánchez, 2018, pp. 1 – 2).

Se considera que la conciliación de medicamentos es un método aplicativo que contribuye y fomenta la adecuada comunicación entre pacientes, familiares y profesionales de salud antes, durante y después de la estancia hospitalaria, siendo este un apoyo al sistema y una herramienta positiva en la unidad asistencial, que al ser implementada y ejecutada de forma adecuada presentará una mejora en la calidad de vida del paciente (Carrión y Sánchez, 2019, pp. 60-64).

Metodología

La presente investigación se caracteriza por tener un enfoque no experimental de tipo: Bibliográfica y documental: ya que se recopiló la información de Historias clínicas y se realizó un análisis comparativo de los resultados con bibliografías, protocolos, cuadro nacional de medicamentos básicos entre otras fuentes oficiales de información farmacológica y descriptivo debido a que se indaga la existencia de discrepancias en el tratamiento farmacológico de pacientes ingresados a Emergencia y Hospitalización de una unidad de salud de Riobamba.

Se manipularon 355 historias clínicas de pacientes, que ingresaron a la unidad de salud por el servicio de emergencia y que posteriormente se trasladaron al área de hospitalización del Hospital en la unidad de salud.

Se realizó bajo el criterio de método no probabilístico enfocados en criterios de inclusión y exclusión, la muestra quedo formada por 40 historias clínicas y fueron consideradas como unidad muestral aquellas que cumplieron las siguientes características:

Criterios de inclusión

Serán consideradas como unidad de muestra todos aquellos pacientes que se encuentren dentro de estos parámetros:

- Historias clínicas de pacientes que acudieron al servicio de emergencia y necesitaron ser hospitalizados por un periodo superior a 24 horas en la unidad de salud durante el periodo junio–septiembre 2022.
- Historias clínicas de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles
- Historias clínicas de pacientes mayores a 14 años

Criterios de exclusión

Entre los criterios de exclusión considerados en este estudio se tienen:

- Historias clínicas de pacientes que no pertenezcan al área de emergencias y hospitalización en la unidad de salud.
- Historias clínicas de pacientes sin enfermedades crónicas no transmisibles
- Historias clínicas de pacientes pediátricos.
- Historias clínicas de pacientes que tenían alguna enfermedad crónica de base, sin tratamiento farmacológico.

Se empleó una técnica para la recolección, análisis e interpretación de datos de historias clínicas de pacientes que posteriormente fueron ingresados en Microsoft Excel 2019 como una base de datos.

Una vez clasificados los datos de las historias clínicas se procedió a analizar el tratamiento farmacológico destinado especialmente para enfermedades crónicas no transmisibles, desde el ingreso del paciente, durante su estancia hospitalaria hasta el momento del alta. Una vez realizada esta comparación se identificó el tipo de discrepancia farmacológica, para esto se usó como guía la clasificación de Villamayor y a su vez se analizó los posibles errores de medicación respecto a la gravedad de estos a través de la clasificación de The National Coordinating Council For Medication Error Reporting and Preventions (NCCMERPS).

| |
|--|
| No discrepancia |
| Discrepancia justificada |
| <ul style="list-style-type: none"> • Inicio de medicación justificada por la situación clínica • Decisión médica de no prescribir un medicamento o cambiar su dosis, frecuencia o vía, basada en la situación clínica. • Sustitución terapéutica según la guía farmacoterapéutica del hospital |
| Discrepancia que requiere aclaración |
| <ul style="list-style-type: none"> • Omisión de medicamento. El paciente tomaba un medicamento necesario y no se ha prescrito sin justificación explícita o clínica para omitirlo. • Inicio de medicación. Se inicia un tratamiento que el paciente no tomaba antes, y no hay explicación explícita ni clínica para iniciarla. • Diferente dosis, vía o frecuencia de un medicamento. Se modifica la dosis, vía o frecuencia sin justificación en la situación clínica u otras circunstancias, como función renal o hepática. • Diferente medicamento. Se prescribe un medicamento diferente de la misma clase sin justificación clínica para la sustitución ni razones de disponibilidad en la guía farmacoterapéutica del hospital. • Duplicidad. El paciente presenta duplicidad entre los medicamentos crónicos o entre la medicación crónica y la prescrita en el hospital. • Interacción. El paciente presenta una interacción clínicamente importante entre los medicamentos crónicos o entre la medicación crónica y la prescrita en el hospital. • Medicamento no disponible en el hospital. Prescripción de medicación crónica no disponible en el hospital sin realizar intercambio terapéutico. • Prescripción incompleta. La prescripción del tratamiento crónico se realiza de forma incompleta y requiere aclaración. |

Clasificación de las discrepancias de medicación en el tratamiento farmacológico.

(Villamayor et al., 2017, pp. 333-340)

Resultados y discusión

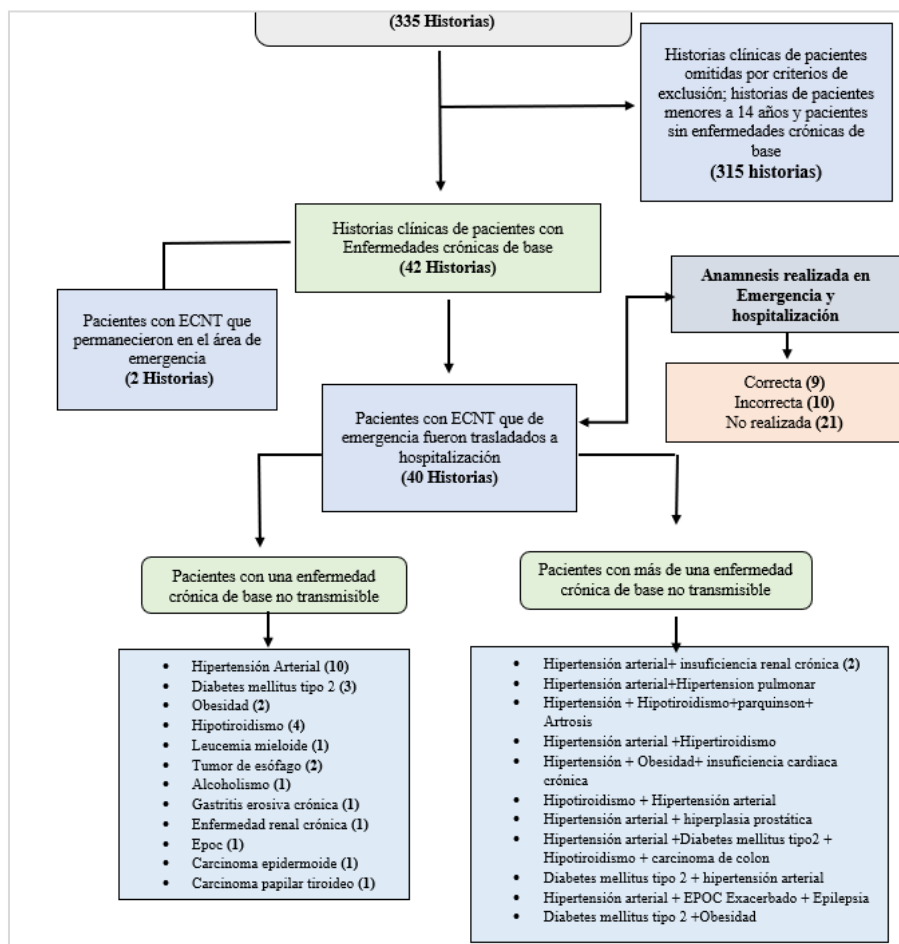


Ilustración 1: Flujograma de los resultados generales del estudio

En las historias clínicas se pudo observar que fueron 40 los pacientes que requirieron hospitalización por un tiempo mayor a 24h las mismas que cumplieron con los criterios de inclusión que se detallaron en la metodología.

Se observó que no fue realizada una anamnesis de acuerdo con la patología crónica que el paciente tenía debido a que no consta ninguna medicación específica para la misma.

Se identificó 10 historias clínicas consideradas como incorrectas porque tenían información incompleta por falta de parámetros farmacológicos o sintomatológicos sobre todo en función de que no consta la patología de base que tiene el paciente, por lo cual en el primer servicio donde acude el paciente no hay opción para realizar el proceso de conciliación. De las historias clínicas revisadas solo 9 fueron realizadas de manera correcta y completa debido a que la paciente tenía la anamnesis de la nueva patología, así como de la patología crónica de base constando con una anamnesis farmacológica y sintomatológica completa.

En una investigación realizada en un hospital de la provincia Tungurahua se obtuvo como resultado que el 57.5% de los pacientes con enfermedades crónicas de base se les realizó una anamnesis incorrecta antes del ingreso hospitalario, y un 34.1% no fue realizada, finalizando con un 23.4% perteneciente a una anamnesis incompleta, es necesario realizar una anamnesis completa y correcta para crear un marco coherente desde el inicio del tratamiento y de esta forma evitar situaciones confusas, desorganizadas, relevantes y superficiales especialmente en pacientes que padecen enfermedades crónicas no transmisibles los cuales son considerados como pacientes con alto nivel de vulnerabilidad, sin embargo, existe actualmente una cifra elevada de casos en los cuales no se realiza correctamente la anamnesis inicial poniendo en riesgo la seguridad del paciente (Sánchez, 2018, p. 28).

Tabla 1: Caracterización de las variables demográficas (sexo, edad)

| Grupo etario | Rango de edad | Femenino | % | Masculino | % | Cantidad |
|---------------------|----------------------|-----------------|----------|------------------|----------|-----------------|
| Juventud | 18-30 | 2 | 5 | 0 | 0 | 2 |
| Adulthood | 31-60 | 9 | 23 | 2 | 5 | 11 |
| Adultos mayores | >60 | 12 | 30 | 15 | 37 | 27 |
| SUBTOTAL | | 23 | 58% | 17 | 42% | 40 |
| TOTAL | | | | | | 100% |

La mayor población se encuentra en adultos mayores dentro del rango mayor a 60 años, masculinos con un 37% y femeninos con un 30%, es importante destacar que el 23% en edad comprendida entre 31 y 60 años sobre todo femenino presentan ya una patología crónica de base, estas son consideradas la causa de muerte más prevalente en el mundo, lo cual se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas por algún tipo de virus por lo cual con el tiempo crean una necesidad de tratamiento y cuidados permanentes entre las cuales se encuentran hipertensión arterial, diabetes, obesidad, hipotiroidismo, leucemia mieloide aguda, tumor maligno de esófago, alcoholismo, enfermedad renal crónica, gastritis crónica erosiva, EPOC, entre otras (Serra, 2018, pp. 2).

Los adultos mayores son los que más tienen tendencia a presentar enfermedades crónicas de base no transmisibles, debido a que en este grupo se empiezan a multiplicar los síndromes metabólicos en los cuales un paciente puede padecer más de una enfermedad crónica de base, por ende, la mortalidad se acerca más en este tipo de pacientes (Serra, 2018, pp. 2)

Las enfermedades crónicas no transmisibles son consideradas el mayor reto que enfrenta el sistema de salud a nivel mundial, contribuyen a la mortalidad debido a su complejidad farmacológica y el alto costo de su tratamiento y hospitalización (Serra, 2018, pp. 1).

Tabla 2: ECNT encontradas en las historias clínicas analizadas

| CIE-10 | Diagnóstico | Frecuencia | % | F | M |
|--|----------------------------------|-------------------|----------|----------|----------|
| I10.0 | Hipertensión Arterial | 10 | 25 | 4 | 6 |
| E11.0 | Diabetes mellitus tipo2 | 3 | 8 | 2 | 1 |
| E66.0 | Obesidad | 2 | 5 | 2 | 0 |
| E02.0 | Hipotiroidismo | 4 | 10 | 4 | 0 |
| C92.0 | Leucemia mieloide aguda | 1 | 3 | 0 | 1 |
| C16.0 | Tumor maligno de esófago | 2 | 5 | 0 | 2 |
| I10.1 | Alcoholismo | 1 | 3 | 1 | 0 |
| K297 | Gastritis crónica erosiva | 1 | 3 | 0 | 1 |
| N188.0 | Enfermedad renal crónica | 1 | 3 | 0 | 1 |
| J44.0 | EPOC | 1 | 3 | 0 | 1 |
| C67.0 | Carcinoma epidermoide | 1 | 3 | 1 | 0 |
| C73.0 | Carcinoma papilar de tiroides | 1 | 3 | 1 | 0 |
| Pacientes con más de una enfermedad crónica de base no transmisible | | | | | |
| I10.0 +N188.0 | HTA+ insuficiencia renal crónica | 2 | 5 | 0 | 2 |
| I10.0 + I27.0 | HTA+ Hipertensión pulmonar | 1 | 3 | 0 | 1 |

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|----|------|---|---|
| I10.0 + I27.0 + E02.0 + G20.0 + M15.9 | HTA + Hipotiroidismo+ Parkinson + Artrosis | 1 | 3 | 1 | 0 |
| I10.0 + E05.2 | HTA + Hipertiroidismo | 1 | 3 | 1 | 0 |
| I10.0 + E66.0 + I13.0 | HTA + Obesidad + Insuficiencia cardiaca crónica | 1 | 3 | 1 | 0 |
| E02.0 + I10.0 | Hipotiroidismo + HTA | 1 | 3 | 1 | 0 |
| I10.0 + N40.0 | HTA + Hiperplasia prostática | 1 | 3 | 0 | 1 |
| I10.0 + E11.0 + E02.0 + D010.0 | HTA + DMT2 + Hipotiroidismo + C.A colon | 1 | 3 | 1 | 0 |
| E11.0 + I10.0 | HTA + Hipertensión Arterial | 1 | 3 | 1 | 0 |
| I10.0 + J440.0 + G408.0 | HTA + EPOC Exacerbado + Epilepsia | 1 | 3 | 1 | 0 |
| E11.0 + I10.0 + E66.0 | Diabetes mellitus tipo2 + Obesidad | 1 | 3 | 1 | 0 |
| TOTAL | | 40 | 100% | | |

Realizado por: Aguirre Quilismal, Valeria, 2023.

La enfermedad crónica de base con mayor prevalencia en este estudio corresponde a la hipertensión arterial con un 25%. La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de base más importantes, según el Dr. Miguel Bayas (2022, párr. 1) la hipertensión arterial es considerada una de las enfermedades con más alta prevalencia a nivel mundial siendo un factor importante que desencadena complicaciones cardiovasculares, a su vez la hipertensión es categorizada como la quinta causa de muerte en el Ecuador.

En la ciudad de Riobamba, la prevalencia de la hipertensión arterial recae más en pacientes femeninos que masculinos a pesar de que en este estudio las mujeres que padecían esta patología se encontraron en menor proporción (Gafas et al., 2019, p.1).

Después de la hipertensión arterial la diabetes mellitus tipo 2 y el hipotiroidismo son las patologías con mayor porcentaje como enfermedades crónicas de base, la diabetes mellitus tipo 2 afecta órganos importantes como corazón, nervios, vasos sanguíneos provocando complicaciones cardiacas, accidentes cardiovasculares, presión arterial alta, neuropatías, enfermedades renales, daño ocular entre otras (Mayo Clinic, 2022, párr. 1).

El hipotiroidismo es considerado una enfermedad que disminuye la funcionalidad de la glándula tiroidea provocando problemas como descenso del ritmo cardiaco, alteraciones intestinales, depresión, y aumento de peso (Mayo Clinic, 2022, párr. 1).

La obesidad y el cáncer entre ellos el tumor maligno de esófago también son patologías que se encontraron en las historias clínicas de la población de estudio, teniendo una estrecha relación debido a que las personas obesas tienden a padecer de reflujo gastroesofágico aumentando el riesgo de un cáncer e incrementando la posibilidad de padecer enfermedades cardiovasculares (Sepúlveda y Quintero, 2016, p. 93).

Otras patologías crónicas de base que se encontraron con un 3% como leucemia mieloide, alcoholismo, gastritis crónica, enfermedad renal crónica, EPOC, carcinoma epidermoide y carcinoma papilar de tiroides todas estas enfermedades como crónicas ameritan un tratamiento de base el cual debe ser monitorizado y no debe pasar por alto porque al ingresar a la unidad de salud y ser objeto de una anamnesis incorrecta puede llevar a la aparición de errores de medicación (Clark, 2018, p. 453-46).

Por otro lado, se encontró que el 30% de la población de estudio corresponde a historias clínicas de pacientes con más de una enfermedad crónica de base no transmisible, una enfermedad crónica complica la situación del paciente, pero más de una puede llegar a complicar el doble o incluso el triple su estado de salud lo cual conlleva a que un paciente se vuelva polimedicado.

Durante el análisis de las historias clínicas de pacientes que padecen de más de una enfermedad crónica de base se encontró la presencia de hipertensión arterial más insuficiencia renal crónica la cual corresponde a una de las historias clínicas incompletas en la que se desconoce si la insuficiencia renal ocurrió primero que la hipertensión arterial, por lo cual el manejo del paciente en este caso va enfocado a la insuficiencia renal crónica debido a su falla renal, este paciente es considerado como una bomba de tiempo de tal manera que es necesario realizar una conciliación farmacoterapéutica antes de que se cumplan las 24 horas debido a que cualquier administración de medicamentos sin saber la complejidad de la patología puede complicar esta enfermedad (Mayo Clinic, 2023a, p.1)

Por otro lado el 10% de la población corresponde a historias clínicas de pacientes que padecen más de dos enfermedades crónicas de base entre ellas con tres y hasta cuatro enfermedades los cual son considerados pacientes con alto riesgo y polimedicados con consecuencias graves en cualquier nueva patología causa de su ingreso hospitalario debido a que la nueva patología no fue ninguna de las enfermedades de base que tenía el paciente, los ingresos por lo contrario fueron a causa de hipotermia, covid-19 , sangrado nasal, migraña, náuseas y dolor abdominal (Romero, 2017, p. 57-76).

Categorización de las discrepancias y gravedades encontradas en la unidad de salud durante el periodo de estudio

Se lograron identificar y categorizar discrepancias a través de la revisión de historias clínicas de pacientes que asistieron al área de emergencia y fueron trasladados a hospitalización y de esta forma se categorizaron por la gravedad de error.

Durante la revisión de historias clínicas en el área de emergencia hospitalización y al alta se encontraron discrepancias que fueron clasificadas según su gravedad, lo cual produjo errores en el seguimiento farmacológico.

Tabla 3: Categorización de las discrepancias y gravedades encontradas en las historias clínicas de 40 pacientes con ECNT durante su hospitalización.

| Tipo de discrepancia | | Gravedad | | Cantidad |
|---|---|----------|--|-----------|
| Discrepancias justificadas | Decisión médica de cambio posológico o de vía de administración de un medicamento en función de la nueva situación clínica. | A | No existe error, pero es posible que se produzca. | 18 |
| | Decisión médica de no prescribir un medicamento o cambiar su dosis, frecuencia o vía en función de la nueva situación clínica. | A | No existe error, pero es posible que se produzca. | 15 |
| | Medicación que no se encuentra en la unidad de salud. | C | Error que alcanza al paciente, pero no es probable que cause daño | 1 |
| | Inicio de nueva medicación justificada por la situación clínica | A | No existe error, pero es posible que se produzca. | 10 |
| 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. | D | Error que alcanza al paciente y habría necesitado monitorización y/o intervención para evitar el daño. | 1 |
| | Prescripción incompleta La prescripción del tratamiento crónico se realiza de forma incompleta y requiere aclaración. | D | Error que alcanza al paciente y habría necesitado monitorización y/o intervención para evitar el daño. | 1 |
| TOTAL | | | | 46 |

De las 40 historias clínicas revisadas se encontró que 44 discrepancias fueron justificadas y 2 no justificadas las cuales requieren de aclaración, siendo un total de 46 discrepancias.

Dentro de las discrepancias justificadas encontradas están, decisión médica de cambio posológico o de vía de administración de un medicamento en función de la nueva situación clínica, principalmente esto obedece a cuestiones en las que se mencionaron que las historias clínicas no están completas, no se considera una explicación idónea en cuanto al tratamiento de base.

Dentro de las discrepancias justificadas se encontró, decisión médica de no prescribir un medicamento o cambiar su dosis, frecuencia o vía en función de la nueva situación clínica, debido a que la anamnesis que se le realizó al paciente no es la correcta.

También se encontraron historias clínicas de pacientes en las cuales no consta la prescripción médica para su enfermedad crónica de base en el servicio de hospitalización, sin embargo, en el momento del alta hospitalaria si consta, siendo una de las historias clínicas incompletas.

Otra discrepancia justificada es, medicación que no se encuentra en la unidad de salud, se encontró un caso en específico en el cual no se encontraba enalapril intravenoso de 1.5mg/ml en la farmacia del centro asistencial, teniendo en cuenta que este medicamento se encuentra en el cuadro nacional de medicamentos básicos por lo cual es necesario tenerlo en la farmacia y más aun considerando que la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles la encabeza la hipertensión arterial, por ende se debe tener siempre a disponibilidad este y todos los medicamentos para tratar enfermedades como estas (Vera, 2019, pp. 68-72).

De las discrepancias justificadas encontradas fue, Inicio de nueva medicación justificada por la situación clínica, estos casos se evidenciaron mayoritariamente en historias clínicas de pacientes que padecen más de una enfermedad crónica de base debido a que su ingreso fue por alguna enfermedad diferente a la crónica y la prescripción médica se enfocó en la nueva situación clínica. Por otro lado, encontramos las discrepancias que requieren aclaración las cuales no son justificadas como, Omisión de medicamento, el paciente toma un medicamento necesario y no se ha prescrito, sin que exista justificación clínica explícita o implícita para omitirlo, otra discrepancia que requiere aclaración es, prescripción incompleta, la prescripción del tratamiento crónico se realiza de forma incompleta y requiere aclaración. Se evidencia en una de las historias clínicas donde durante la estancia hospitalaria a uno de los pacientes se le cambia la concentración para su tratamiento crónico de base, sin embargo, al momento del alta no se le especifica en que concentración debe seguir administrando su tratamiento lo cual crea una confusión en el paciente, por ende, se

considera necesaria una conciliación farmacoterapéutica en la estancia hospitalaria y al momento del alta.

Por último se encontró la discrepancia de prescripción incompleta, la prescripción del tratamiento crónico se realiza de forma incompleta y requiere aclaración, este caso sucedió en una historia clínica en específico en la cual el paciente ingresa con una ECNT y procede a ingresar a cirugía, sin embargo en el momento del alta no se especifica su tratamiento para la ECNT, y en la receta de revisión después de una semana consta la medicación de la ECNT por ende se aduce que es importante implementar un protocolo de conciliación para que no existan estos casos de omisión.

Conclusiones

1. En la revisión de historias clínicas realizada de forma retrospectiva se determinó que el (52,5%) presentaron errores en la anamnesis, el (25%) presento una anamnesis incompleta y tan solo el (22,5%) una anamnesis correcta y completa.
2. El estudio se realizó en 40 historias clínicas de pacientes del área de emergencia y hospitalización, donde se determinó que el 58% de estas historias correspondieron al sexo femenino y el 42% al sexo masculino, predominando el rango de mayor a 60 años correspondiente a adultos mayores, lo que significa que existe un predominio con las enfermedades crónicas de base no transmisibles que afectan a los adultos mayores, siendo estos más vulnerables debido a su edad.
3. Las patologías más prevalentes encontradas en las historias clínicas fueron: hipertensión arterial, hipotiroidismo y diabetes mellitus tipo 2, además de estas se encontraron historias clínicas de pacientes que padecen más de una enfermedad crónica no transmisible equivalente a un 30%, seguida por historias clínicas de pacientes que padecen más de dos enfermedades crónicas no transmisibles con un 10%.
4. En el estudio se encontraron un total de 46 discrepancias las cuales 44 fueron justificadas correspondiendo a un 96% y 2 no justificadas equivaliendo a un 4% lo cual significa que le entidad de salud debe implementar un protocolo de conciliación farmacoterapéutica en las áreas puestas en estudio para de esta manera disminuir estas cifras.

Referencias

1. **Agencia de calidad Sanitaria de Andalucía.** N° 37.- *Conciliación de la Medicación.* [En línea]. Agencia de calidad Sanitaria de Andalucía, 2019, p. 1 [Consulta: 13 septiembre 2022]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/recomendacion-37.-conciliacion-de-la-medicacion.pdf>
2. **AYUZO DEL VALLE, N. C., et al.** Impacto del Servicio de Farmacia en la disminución de errores en la medicación en pediatría. *Revista de la OFIL*, 2021, vol. 31, no 2, p. 1.
3. **BAYAS, Miguel.** *Epidemiología De La Hipertensión Arterial.* [En línea]. Sociedad Ecuatoriana de Cardiología, 2022, párr. 1 [Consulta: 13 septiembre 2022]. Disponible en: <https://www.scardioec.org/epidemiologia-de-la-hipertension-arterial/>
4. **BIBIANO, Carlos.** *Manual de urgencias.* [En línea]. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid, 2018, p. 22 [Consulta: 13 septiembre 2022]. Disponible en: https://www.urgenciasyemergen.com/wp-content/uploads/dlm_uploads/2018/10/Manual-de-urgencias-3ed-Bibiano.pdf
5. **CARRIÓN, I.; SÁNCHEZ, E.** Conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales de pacientes previamente ingresados. *Revista de la OFIL*, vol. 30, no 1 (2020), pp. 60-64.
6. **CHANG, María; GIL, José.** Proyecto de capacitación de educadores terapeutas en el centro enigma.: buenas prácticas de la Universidad Metropolitana. *Revista Universidad y Sociedad*, 2017, vol. 9, no 4, p. 157-161.
7. **CLARK, Bennett; DERAKHSHAN, Arsalan; DESAI, Sanjay.** Diagnostic errors and the bedside clinical examination. *Medical Clinics*, 2018, vol. 102, no 3, p. 453-464.
8. **ESCOBAR, Ismael.** *El farmacéutico de hospital en las crisis sanitarias.* [En línea]. Hospital Universitario Infanta Leonor, 2021, p. 1 [Consulta: 13 septiembre 2022]. Disponible en <https://www.construyendolafh.es/sites/g/files/vrxlpx29401/files/2021-07/articulo-2-monografia-15.pdf>
9. **GAFAS, Carlos, et al.** Caracterización de pacientes hipertensos del Distrito de Salud Chambo-Riobamba. *Revista Cubana de Enfermería*, 2019, vol. 35, no 3.
10. **HERNÁNDEZ, Isabel, et al.** Errores de prescripción en centros de atención primaria en salud de Quito, Ecuador. *Revista Médica Vozandes*, vol. 28, no 1 (2017), p. 9-13.

11. **HOSPITAL GENERAL DR. NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA.** *Protocolo de Conciliación de Medicamentos.* [En línea]. Mayo Clinic, 2015, párr. 1 [Consulta: 13 septiembre 2022]. Disponible en: https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2022/03/6-conciliacion_de_medicamentos.pdf
12. **HOSPITAL MODERNO.** *Nuestro servicio.* [blog]. Hospital Moderno, 2023. [Consulta: 13 abril 2023]. Disponible en: <https://hospitalbasicomoderno.com/>
13. **INEN.** *Estructura, Redacción y presentación de documentos Normativos.* [En línea]. Instituto ecuatoriano de normalización, 2015, p. 3 [Consulta: 13 septiembre 2022]. Disponible en: https://www.normalizacion.gob.ec/buzon/normas/nte_inen_0.pdf
14. **LOPEZ, Luis; FERNANDEZ, Mariana.** Evaluación de la guía farmacoterapéutica de antibióticos de la unidad de terapia intensiva neonatal y pediátrica Amritzar de Montería. 2020. [En línea] (Trabajo de titulación). (Pregrado). Universidad de Córdoba, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Regencia y Farmacia. Montería, Colombia. 2020. p. 20. [Consulta: 01 noviembre 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/2943/lopeznegreteluis-fernandezlascanomarina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. **MARTÍN, Alba.** Impacto de la conciliación terapéutica en la disminución de los errores de medicación en el ingreso y alta hospitalaria de pacientes crónicos complejos. [En línea] (Trabajo de titulación). (Doctorado). Universidad de Barcelona. Barcelona, España. 2018. p. 15. [Consulta: 01 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/462768/amv1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. **MARTÍNEZ, Monserrat, et al.** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Bases para el médico general. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 2020, vol. 63, no 3, p. 28-35.
17. **MAYO CLINIC.** *Diabetes de tipo 2.* [En línea]. Mayo Clinic, 2022, párr. 1 [Consulta: 13 septiembre 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/type-2-diabetes/symptoms-causes/syc-20351193#:~:text=Complicaciones,de%20otras%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas%20graves.>

18. **MAYO CLINIC.** *Hipotiroidismo (tiroides hipoactiva)*. [En línea]. Mayo Clinic, 2022, párr. 1 [Consulta: 13 septiembre 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/type-2-diabetes/symptoms-causes/syc-20351193#:~:text=Complicaciones,de%20otras%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas%20graves>
19. **MAYO CLINIC.** *Enfermedad renal en etapa terminal*. [blog]. Mayo Clinic, 2023. [Consulta: 13 abril 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/end-stage-renal-disease/diagnosis-treatment/drc-20354538#:~:text=Sin%20di%C3%A1lisis%20o%20un%20trasplante,del%20final%20de%20la%20vida>
20. **MAYO CLINIC.** *Intoxicación por alcohol*. [blog]. Mayo Clinic, 2023. [Consulta: 13 abril 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alcohol-poisoning/symptoms-causes/syc-20354386>
21. **MOLANO, Adriana, RINCÓN, Leidy.** Diseño de una Guía de Conciliación de Medicamentos a Pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico. [En línea] (Trabajo de titulación). (Pregrado). Universidad De Ciencias Aplicadas y Ambientales – UDCA, Facultad de Ciencias, Química Farmacéutica. Bogotá, Colombia. 2020. p. 78. [Consulta: 01 noviembre 2022]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/333840206.pdf>
22. **OMS.** La OMS lanza una iniciativa mundial para reducir a la mitad los errores relacionados con la medicación en cinco años [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017, párr. 4. [Consulta: 13 septiembre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years#:~:text=Los%20errores%20de%20medicaci%C3%B3n%20pueden%20producirse%20porque%20los%20profesionales%20sanitarios,a%20los%20pacientes%20por%20ejemplo>
23. **OMS.** *Seguridad del paciente*. [En línea]. Organización Mundial de la Salud, 2019, p. 1 [Consulta: 13 septiembre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/patient-safety#:~:text=La%20seguridad%20del%20paciente%20es,pacientes%20en%20los%20centros%20sanitarios..>

24. **OPS.** *Hospitales Seguros*. [En línea]. Organización Panamericana de la Salud, 2022, p. 22 [Consulta: 13 septiembre 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/emergencias-salud/hospitales-seguros>
25. **PALACIOS, Raquel.** Polimedición en los ancianos y el papel de enfermería. [En línea] (Trabajo de titulación). (Pregrado). Escuela Universitaria de Enfermería Casa de Salud Valdecilla, Departamento de Enfermería. Ambato, Ecuador. 2017. pp. 16. [Consulta: 02 enero 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/10547>
26. **PALANGO; Dámaris.** La Historia Clínica y Dietética en Pacientes con Obesidad y Enfermedad Cardiovascular. Revisión Bibliográfica. [En línea] (Trabajo de titulación). (Pregrado). Universidad de Zaragoza. Zaragoza, España. 2020. pp. 4 – 14. [Consulta: 01 noviembre 2022]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/97906/files/TAZ-TFG-2020-3572.pdf>
27. **PAVÓN, Katherine.** Importancia de la conciliación de medicamentos a pacientes previo su ingreso hospitalario. [En línea] (Trabajo de titulación). (Maestría). Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Químicas. Guayaquil, Ecuador. 2021. p. 1 – 11. [Consulta: 01 noviembre 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/56719/1/BCIEQ-MFC-037%20Pav%c3%b3n%20Brito%20Katherine%20Alexandra.pdf>
28. **PEÑAHERRERA, Lizbeth.** Prevalencia y factores de riesgo para hipertensión arterial en adultos mayores en áreas urbanas y rurales del cantón Ambato. 2020. [En línea] (Trabajo de titulación). (Pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina. Ambato, Ecuador. 2020. pp. 1- 26. [Consulta: 02 enero 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/31113/1/PE%C3%91AHERRERA%20LIZBETH%20ANDREA%20%26.pdf>
29. **REBOLLEDO, M., et al.** Hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica: repercusiones estomatológicas, una revisión. *Avances en Odontoestomatología*, 2018, vol. 34, no 4, p. 175-182.
30. **Reglamento a la Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano** [Reglamento]. Artículo 16. [Capítulo III]. Registro Oficial 24-may.-2020 (Ecuador). Disponible en:

https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/12/Decreto-Ejecutivo-392_Reglamento-a-la-Ley-de-Medicamentos-Genericos-de-uso-humano.pdf

31. **RINCÓN, Adriana, et al.** Errores de medicación como potenciales discrepancias de conciliación farmacéutica en un hospital de Ecuador. *Revista Cubana de Farmacia*, vol. 55, no 1 (2022). pp. 1 – 2.
32. **RODRÍGUEZ, Pedro; RODRÍGUEZ, Luis.** Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto. *Revista cubana de medicina general integral*, 1999, vol. 15, no 4, p. 409-414.
33. **ROGADO, B.; SÁNCHEZ, J.** Análisis de errores de conciliación en un Servicio de Urgencias. *Revista de la OFIL*, 2021, vol. 31, no 4, p. 398-403.
34. **ROMERO, G., et al.** Intervenciones farmacéuticas, errores de medicación y su gravedad en el área de observación de un hospital de tercer nivel. *Rev. OFIL- ILAPHAR*, 2018, vol. 28, no 2, p. 115-121.
35. **ROMERO, Rosa; ORTEGA, Cristina; CUERDA, Cristina.** La polifarmacia del paciente crónico complejo y la nutrición enteral. *Nutrición Hospitalaria*, 2017, vol. 34, p. 57-76.
36. **SÁNCHEZ, Rodrigo.** 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. [En línea] (Trabajo de titulación). (Pregrado). Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Ciencias, Escuela de Bioquímica y Farmacia. Riobamba, Ecuador. 2018. pp. 1 – 29. [Consulta: 03 noviembre 2022]. Disponible en: <http://dspace.espoch.edu.ec/bitstream/123456789/8903/1/56T00793.pdf>
37. **SEPÚLVEDA, Jefersson; QUINTERO, Ricardo.** Obesidad y cáncer: fisiopatología y evidencia epidemiológica. *Revista Médica de Risaralda*, 2016, vol. 22, no 2, p. 91-97.
38. **SERRA, Miguel; SERRA, Melissa; VIERA, Marleny.** Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. *Revista Finlay*, 2018, vol. 8, no 2, p. 140-148.
39. **SOLER, W., et al.** El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. En *Anales del sistema sanitario de Navarra*. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, 2010. p. 55-68.

40. **Universidad Veracruzana. Métodos.** [En línea]. Universidad Veracruzana, 2022, párr. 1 [Consulta: 13 septiembre 2022]. Disponible en: https://www.uv.es/webgid/Descriptiva/331_mtodos.html
41. **VÁSCONEZ, Rommel.** Propuesta e implementación del proceso de conciliación de medicamentos en el servicio de Emergencia del Hospital San Luis de Otavalo. [En línea] (Trabajo de titulación). (Pregrado). Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Químicas, Carrera de Química Farmacéutica. Quito, Ecuador. 2018. pp. 18-50. [Consulta: 03 noviembre 2022]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15743/1/T-UCE-0008-CQU-014.pdf>
42. **VERA, Oscar.** Criterios para la selección de medicamentos esenciales. *Revista Médica La Paz*, 2019, vol. 25, no 1, p. 68-72.
43. **VILLAMAYOR, Lucía, et al.** Conciliación de medicación al ingreso mediante un programa de prescripción electrónica asistida. *Farmacia Hospitalaria*, 2016, vol. 40, no 5, p. 333-340.