



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO
(A) EN ENFERMERÍA

TEMA:

“ANÁLISIS DEL MANEJO DE MEDICACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN
DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS
HOSPITALES PÚBLICOS DE IMBABURA 2014”

AUTORES:

GARRIDO ORBE DIANA
CHICAIZA ESTEVEZ ANA

DIRECTORA DE TESIS:

LIC. KATTY CABASCANGO

IBARRA, ECUADOR

2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de tutor del trabajo de grado, presentado por: Ana Gabriela Chicaiza Estevez y Diana Carolina Garrido Orbe, para optar por el título de Licenciadas en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe

En la ciudad de Ibarra, a los 06 días del mes de Noviembre, 2014.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Katty Cabascango', is written over a horizontal dotted line. The signature is fluid and cursive.

Lic. Katty Cabascango

CI:100187680-2



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100307846-4		
APELLIDOS Y NOMBRES:	ANA GABRIELA CHICAIZA ESTEVEZ		
DIRECCIÓN:	SAN ANTONIO, BARRIO LA CRUZ		
EMAIL:	anita93.chi@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	062933610	TELÉFONO MÓVIL:	0980400492

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100443010-2		
APELLIDOS Y NOMBRES:	DIANA CAROLINA GARRIDO ORBE		
DIRECCIÓN:	SAN ANTONIO 27 DE NOVIEMBRE 8-35 Y ELOY ALFARO		
EMAIL:	zukita92@live.com		
TELÉFONO FIJO:	062932251	TELÉFONO MÓVIL:	0989203283

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	ANÁLISIS DEL MANEJO DE MEDICACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE IMBABURA 2014
AUTOR (ES):	CHICAIZA, ANA; GARRIDO, DIANA
FECHA: AAAAMMDD	06-10-2015

SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería
ASESOR /DIRECTOR:	Lic. Katty Cabascango

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

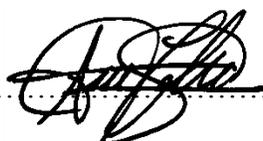
Yo, ANA GABRIELA CHICAIZA ESTEVEZ, con cédula de identidad Nro100307846-4 y yo DIANA CAROLINA GARRIDO ORBE, con cédula de identidad Nro100443010-2 en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

Las autoras manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que son las titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 06 días del mes de Noviembre de 2015.

LOS AUTORES:



ANA GABRIELA CHICAIZA
CI. 100307846-4



DIANA CAROLINA GARRIDO
CI. 1004430102



Ing. Betty Chávez
Jefe de Biblioteca



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Chicaiza Estévez Ana, con cédula de identidad Nro. 1003078464, Yo, Garrido Orbe Diana, con cédula de identidad Nro. 1004430102, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: “ANÁLISIS DEL MANEJO DE MEDICACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE IMBABURA 2014”, que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 6 días del mes de noviembre de 2015

(Firma).....
 Nombre: ... Chicaiza Estévez Ana.....
 Cédula: ...1003078464.....

(Firma).....
 Nombre: ... Garrido Orbe Diana.....
 Cédula:1004430102.....

DEDICATORIA

Nuestro trabajo de investigación dedicamos con todo el amor a nuestros queridos padres que siempre estuvieron acompañándonos en los momentos más difíciles, para levantarnos y felicitándonos en nuestros aciertos.

Que Dios siempre los cuide y los proteja.

“Anita y Diana”

AGRADECIMIENTO

En primer lugar queremos agradecer a Dios y a María Santísima que nos ha dotado de inteligencia y amor para poder realizar cada una de las actividades impuestas en el presente trabajo de tesis.

A nuestros padres porque con su apoyo incondicional han guiado cada uno de nuestros pasos y siendo ellos el pilar fundamental para nuestro desarrollo. Con su apoyo moral, psicológico y económico.

Además no podemos dejar pasar por alto el agradecimiento más sentido a cada uno de nuestros docentes y de manera especial a nuestra tutora por ayudarnos a cumplir con nuestro objetivo, que es ser unas excelentes profesionales en enfermería. Ya esta inmensa casona del saber que nos dio cabida para prepararnos.

“Anita y Diana”

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN.....	iii
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY	xv
TEMA:	xvi
CAPITULO I.....	1
1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. JUSTIFICACIÓN	6
1.3. OBJETIVOS	8
1.3.1. Objetivo general.....	8
1.3.2. Objetivos específicos.....	8
1.4. PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS DE ESTUDIO.....	9
CAPITULO II	10
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1 MARCO REFERENCIAL	10
2.2 MARCO INSTITUCIONAL	15
2.2.1. Hospital San Vicente de Paúl. (HSVP).....	15
2.2.2. Hospital San Luís de Otavalo. (HSLO).....	15
2.2.1. Hospital Asdrúbal De La Torre. (HADLT).....	16
2.2.1. Hospital Básico de Atuntaqui. (HBA).....	16
2.3 MARCO CONCEPTUAL	17

2.3.1. Definición de calidad.	17
2.3.1.1 <i>Calidad en salud.</i>	17
2.3.2. Definición de seguridad del paciente.	18
2.3.2.1 <i>Metas internacionales de la seguridad del paciente, de la OMS 2004.</i> 18	
2.3.3. Manejo de medicamentos.	19
2.3.3.1. <i>La selección.</i>	20
2.3.3.2. <i>La Programación.</i>	21
2.3.3.3. <i>La adquisición.</i>	21
2.3.3.4. <i>El almacenamiento.</i>	22
2.3.3.5. <i>La Distribución.</i>	22
2.3.3.6. <i>La dispensación informada.</i>	23
2.3.3.7. <i>Medicamentos Caducados O No Deseados.</i>	25
2.3.4. Identificación del paciente.	26
2.3.4.1 <i>Identificación documental- Recogida de datos administrativos.</i>	27
2.3.4.2. <i>Importancia del brazalete.</i>	27
2.3.4.3. <i>Uso de brazalete para identificación del paciente.</i>	27
2.3.4.4. <i>Verificación de identidad del paciente.</i>	28
2.3.4.5. <i>Cambio del brazalete de identificación.</i>	29
2.3.4.6. <i>Retiro del brazalete de identificación.</i>	29
2.3.4.7. <i>Identificación del paciente-Accreditation Canadá International.</i>	29
2.3.5. Eventos adversos.	30
2.3.5.1. <i>Clasificación de eventos adversos según severidad.</i>	30
2.3.5.2. <i>Clasificación de eventos adversos según prevención.</i>	31
2.3.6. Administración de medicamentos.	31
2.3.6.1. <i>Enfermería en la administración de medicamentos.</i>	32
2.3.6.2. <i>Los 10 correctos para la administración de medicación.</i>	33
2.3.7. Abreviaturas peligrosas.	34
2.3.7.2. <i>Listado de símbolos que se escriben de manera incorrecta.</i>	35
2.3.7.3. <i>Abreviaciones peligrosas.</i>	36
2.3.8. Acreditación Canadá internacional.	37
2.3.8.1 <i>Importancia de la acreditación Canadá internacional.</i>	37

2.3.8.2. <i>Niveles del Programa de Acreditación Qmentum International</i> <i>Canadá.</i>	38
2.3.8.3. <i>Normas del manejo de la medicación.</i>	38
2.3.8.4. <i>Acreditación de los hospitales.</i>	39
2.3.9. <i>Farmacovigilancia.</i>	39
2.3.9.1 <i>Reglamento Para El Funcionamiento Del Sistema Nacional De</i> <i>Farmacovigilancia.</i>	40
2.4. MARCO LEGAL	41
2.4.1. La Constitución de la República del Ecuador.	41
2.4.2. Plan Nacional para el Buen Vivir.	42
2.4.3. Modelo De Atención Integral Del Sistema Nacional De Salud (MAIS).	43
2.4.4. Ley Orgánica de Salud.	43
2.5. MARCO ÉTICO.	46
2.5.1. Código De Ética Médica.	46
2.5.2 Código de Ética F.E.D.E.	46
2.5.2 Código de Ética Farmacéutica.	47
CAPITULO III	48
3. METODOLOGÍA	48
3.1. Tipo y diseño de la investigación.	48
3.2 Ubicación del estudio.	48
3.3. Población y muestra	49
3.3.1. Población Diana	49
3.3.2 Población de estudio	49
3.3.4 Muestreo	49
3.3.3. Muestra.	49
3.4. Criterios de inclusión y exclusión.	50
3.4.1. Criterios de inclusión.	50
3.4.2. Criterios de exclusión.	50
3.5. Técnicas e instrumentos.	50
3.5.1. Técnica primaria.	50
3.5.2. Técnica secundaria.	51

3.5.3. Instrumento.....	51
3.5.4. Observación directa.....	51
3.5.5. Procedimiento.....	52
3.5.6. Escala de evaluación.....	54
3.6. Análisis e interpretación de datos	54
3.7. Validez y confiabilidad.....	54
3.8. Matriz de variables.....	54
CAPITULO IV	64
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	64
4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	64
4.1.1. Hospital San Luis de Otavalo.	64
4.1.2. Hospital San Vicente de Paúl.....	71
4.1.3. Hospital Asdrúbal De La Torre	77
4.1.4 Hospital de Atuntaqui.....	83
4.1.5. Consolidado de los Hospitales.....	89
4.1.7. Tabla de contingencia.....	91
4.2. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.....	93
4.3. CONCLUSIONES	93
4.4. RECOMENDACIONES	95
BIBLIOGRAFÍA.....	97
ANEXOS	104
ANEXO 1. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	104
ANEXO 2. LISTADO DE ABREVIATURA	106
ANEXO 3. LISTA DE CHEQUEO.....	107
ANEXO 4. TABLA DE GRADOS DE LIBERTAD, T DE STUDENT.....	110
ANEXO 5. PROPUESTA	111
ANEXO 6. CERTIFICADO DE ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS.	145

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Listado de símbolos	35
Tabla 2	Listado de abreviaciones peligrosas	36
Tabla 3	Semaforización de indicadores.	54
Tabla 4.	Semaforización de los indicadores HSLO, identificación del paciente.	64
Tabla 5	Resumen de valoración, identificación del paciente, HSLO	65
Tabla 6	Semaforización de los indicadores HSLO, abreviaturas peligrosas.....	66
Tabla 7	Resumen de valoración, abreviaturas peligrosas, HSLO.....	66
Tabla 8	Semaforización de los indicadores HSLO, Manejo de medicación.	68
Tabla 9	Resumen de valoración, manejo de medicación, HSLO.....	69
Tabla 10	Semaforización de los indicadores HSVP, identificación del paciente....	71
Tabla 11	Resumen de valoración, identificación del paciente, HSVP.....	71
Tabla 12	Semaforización de los indicadores HSVP, abreviaturas peligrosas.	73
Tabla 13	Resumen de valoración, abreviaturas peligrosas HSVP.	73
Tabla 14	Semaforización de los indicadores, HSVP, manejo de medicación.	75
Tabla 15	Resumen de valoración, manejo de medicación, HSVP	76
Tabla 16	Semaforización de los indicadores HADLT, identificación del paciente. .	77
Tabla 17	Resumen de valoración, identificación del paciente, HADLT	77
Tabla 18	Semaforización de los indicadores, HADLT, abreviaturas peligrosas.....	79
Tabla 19	Resumen de valoración, abreviaturas peligrosas, HADLT.....	79
Tabla 20	Semaforización de los indicadores, HADLT, manejo de medicación.....	81
Tabla 21	Resumen de valoración, manejo de medicación, HADLT.....	82
Tabla 22	Semaforización de los indicadores, HBA, identificación del paciente.....	83
Tabla 23	Resumen de valoración, identificación del paciente, HBA.....	83
Tabla 24	Semaforización de los indicadores, HBA, abreviaturas peligrosas.	84
Tabla 25	Resumen de valoración, abreviaturas peligrosas, HBA.	85
Tabla 26	Semaforización de los indicadores, HBA, manejo de medicación.	86
Tabla 27	Resumen de valoración, manejo de medicación, HBA.	87
Tabla 28	consolidado de indicadores Hospitales Públicos de Imbabura.	89
Tabla 29	Tabla de contingencia o de doble entrada	91
Tabla 30	Frecuencias relativas marginales.....	92
Tabla 31	Resultado de la t de Student.....	93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Indicadores Identificación del paciente según escala Likert, HSLO.	65
Gráfico 2	Indicadores Abreviaturas Peligrosas, según escala Likert, HSLO.	67
Gráfico 3	Indicadores Manejo de medicación, según escala Likert, HSLO.	69
Gráfico 4	Indicadores Identificación del paciente según escala Likert, HSVP.	72
Gráfico 5	Indicadores Abreviaturas peligrosas según escala Likert, HSVP.	74
Gráfico 6	Indicadores Manejo de medicación, según escala Likert, HSVP.	76
Gráfico 7	Indicadores Identificación del paciente, según escala Likert, HADLT ..	78
Gráfico 8	Indicadores Abreviaturas Peligrosas, según escala Likert, HADLT	80
Gráfico 9	Indicadores Manejo de medicación, según escala Likert, HADLT	82
Gráfico 10	Indicadores Identificación del paciente según escala Likert, HBA.	84
Gráfico 11	Indicadores Abreviaturas peligrosas según escala Likert, HBA	85
Gráfico 12	Indicadores Manejo de medicación según escala Likert, HBA	87
Gráfico 13	Consolidado de los Hospitales de Imbabura	89
Gráfico 14	porcentajes de indicadores a nivel provincia.....	92
Gráfico 15	Campana de una sola cola	93

**ANÁLISIS DEL MANEJO DE MEDICACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN
DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS HOSPITALES
PÚBLICOS DE IMBABURA, 2014**

Autores: Chicaiza Estévez Ana Gabriela
Garrido Orbe Diana Carolina
Directora de Tesis: Lic. Katty Cabascango

RESUMEN

La seguridad del paciente es significativamente importante en la calidad de la atención, el manejo seguro de medicamentos es prioridad en gestión de salud. La aparición de eventos adversos en cualquier momento de atención, es indicador elemental de la calidad de atención. Objetivo: Analizar el manejo de medicamentos en diferentes servicios de salud de los hospitales públicos de la provincia. Metodología: Estudio de tipo multimodal (cuali-cuantitativo), exploratorio, descriptivo, observacional, de cohorte transversal, busca conocer la situación de hospitales, respecto al manejo de medicamentos, población de estudio: 32 profesionales de salud, que conforman la muestra en su totalidad. Instrumento: lista de chequeo con base a estándares de Acreditación Canadá Internacional, para recolectar datos precisos. El procesamiento de datos se realizó con herramienta tecnológica T-de Student. Resultados: La gestión de calidad, respecto a manejo de medicamentos, identificación del paciente y uso de abreviaturas peligrosas en hospitales públicos de Imbabura, no alcanza a estándares internacionales según lineamientos de la Acreditación Canadá. (Hipótesis nula= Ho). Conclusiones: la situación general a nivel provincial es crítica, los hospitales no realizan los procesos en base a estándares internacionales.

Palabras claves: calidad de atención, seguridad del paciente, eventos adversos, manejo de medicamentos, enfermería.

MEDICINE USAGE ANALYSIS OF THE MODEL MANAGEMENT OF THE HEALTH SERVICES QUALITY PUBLIC HOSPITALS OF IMBABURA 2014

Authors: Chicaiza Estévez Ana Gabriela
Garrido Orbe Diana Carolina

Thesis supervisor: Lic. Katty Cabascango

SUMMARY

The security of the patient is significantly important in the quality of the attention; the safe handle care of medicines is a priority in health management. The occurrence of adverse events at any time care, It's an elemental indicator of the quality of attention.

Objective: Analyze the medicine management in different health services in public hospitals around the city of Ibarra.

Methodology: Multimodal type of study (qualitative- quantitative) exploratory, descriptive, observational, transversal cohort, searches to know the situation of the hospitals, respect to the medicine management, population study: 32 health professionals that conform the sample in his totality. **Instrument:** checklist based on Canada international accreditation standards, to recollect accurate data. The prosecution of the data was made with a technological tool T-de Student. **Results:** The quality management, respect to the medicine handle care, patient identification and the use of dangerous abbreviations in public hospitals of Imbabura, doesn't achieve the international standards according to guidelines of the Canada accreditation (null hypothesis: Ho) **Conclusions:** the general situation at the provincial level it is critical, the hospitals doesn't make the process based to international standards.

KEYWORDS: quality of attention, patient safety, adverse events, medication management, nursing.

TEMA:

“ANÁLISIS DEL MANEJO DE MEDICACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN
DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS
HOSPITALES PÚBLICOS DE IMBABURA 2014”

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cultura sobre la seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo, afecta tanto a países desarrollados como a países en vía de desarrollo y se produce en todos los niveles de atención, por lo que la organización Mundial de la salud (OMS), ha decidido formar una alianza con otros líderes mundiales de salud con el fin de reducir las causas de los eventos adversos (EA). (Ruano, 2014)

La Alianza Mundial por la seguridad del paciente promovida por la OMS, a la que se han adherido gran número de países, tiene como objetivo básico la coordinación de estos esfuerzos, así como impulsar los cambios que permitan mejorar la calidad asistencial mediante el incremento de los niveles de seguridad en la atención a los enfermos intentando suprimir los errores evitables. Su objetivo se resume en el lema “ante todo, no hacer daño”. (OMS, 2007)

La preocupación, por la seguridad del paciente surge a partir de la documentación de incidentes de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, tal como se indicó en la 55a Asamblea Mundial de la Salud en el 2004, en la que se demostró el alto costo de estos eventos en términos materiales y como determinante en la vigilancia y el mantenimiento del bienestar del paciente. (Ruano, 2014)

Los estudios sobre seguridad muestran que en algunos países se pierden hasta US\$ 19 000 millones por año a causa de la prolongación de la estancia en el hospital, los litigios, las infecciones intrahospitalarias, la discapacidad, la pérdida de productividad y los gastos médicos. Así pues, las razones económicas para mejorar la seguridad del paciente son poderosas. (OMS, 2015)

El año 1998, el National Coordinating for Medication Error Reporting and Prevention de los Estados Unidos definió el error de medicación como cualquier incidente prevenible, que puede causar daño al paciente, cuando está bajo control del personal sanitario o del paciente. Estos acontecimientos pueden estar relacionados con la práctica profesional, con un producto determinado, con un procedimiento, incluyendo el almacenamiento, el etiquetado, y, dispensación, distribución, administración, monitorización y utilización. (Acuña, 2008)

Según el informe “To err is Human: Building a safer health system” del Committee on Quality of Health Care in America del Institute of Medicine (IOM), en el año 1999 en EE.UU. morían entre 44.000 y 98.000 personas en los hospitales como consecuencia de errores médicos. Asimismo, este informe estimaba que los costes sanitarios directos consecuencia de los eventos adversos suponían el 4% de los gastos totales en salud en Estados Unidos. (Kohn, 1999)

Según un estudio realizado en Madrid-España los errores de medicación (EM) cubrieron todas las categorías de gravedad consideradas en el manejo de medicamentos de los cuales el 78,0% de los errores no llegaron a producir daño al paciente. Menos del 10% de los errores registrados llegaron a producir daño o muerte a los pacientes. La mayoría de los errores registrados se originaron en el proceso de prescripción (47,0%), al que siguieron por orden de frecuencia los procesos de transcripción (16,1%), dispensación (13,2%) y administración (10,4%). (Otero, 2003)

En México se identificaron 686 errores de medicación, entre los cuales se identificaron que el mayor número de errores de medicación se cometen en las prescripciones de hospitalización en un 84.3% y 15.7% en el tratamiento ambulatorio; también se identificaron que los errores de medicación más frecuentes son; interacción de fármaco a fármaco en un 34%, frecuencia incorrecta 23%, duplicidad 11.7%, dosis mayor de la prescrita 7.3%, contraindicación 6.7%, en la preparación de los medicamentos 6%, dosis menor a la prescrita 1.6%. (Del Rey, 2014)

De acuerdo a una investigación realizada en Chile en 2014 se determinó que en ese país la etapa de administración fue la etapa de mayor incidencia de errores de medicación (23,6%) seguido por la de prescripción (5,1%). En cada etapa del Sistema de Utilización de Medicamentos, se apreció que los principales subtipos de error fueron hora inadecuada (errores de medicación de administración) y receta incompleta (errores de medicación de prescripción). (Smith, 2014)

Una investigación identificó los errores de medicación ocurridos en unidades de clínica médica de seis hospitales brasileños. La muestra consistió de las dosis prescritas y administradas en las unidades y observadas, durante 30 días. Los resultados evidenciaron los siguientes aspectos: el 1,7% de los medicamentos administrados fue diferente de los prescritos; el 4,8% de las dosis administradas difirieron de las prescritas; el 1,5% de los medicamentos fue administrado en vías diferentes de las prescritas; el 0,3% de los pacientes recibieron medicamentos no autorizados; cerca del 7,4% de los medicamentos fue administrado más de 1 h después del horario previsto y el 2,2% más de 1 h antes del prescrito. (Bortoli, 2010)

En Colombia, se estableció que los EA corresponden a causas prevenibles de problemas relacionados con medicamentos, asociados prescripción, dispensación, administración o uso por parte del paciente o cuidador, relacionados principalmente a la

ausencia en los servicios de procesos administrativos y técnicos para garantizar la existencia de los medicamentos que realmente se necesiten, acompañados de las características de efectividad, seguridad, calidad de la información y educación para su utilización correcta. (Rivera, 2013)

El Ministerio De Salud Pública Del Ecuador (MSP) elaboró el Reglamento para Farmacovigilancia, en razón de no conocer la magnitud real de los errores de medicación, y su impacto en la seguridad de pacientes, el reglamento fue publicado el 22 de septiembre del 2011, sistema que tiene como objetivos: velar por el cuidado y seguridad de los pacientes en relación con el uso de medicamentos, mejorar la salud pública, ayudar con la valoración de los beneficios, perjuicios, seguridad y peligros de medicinas, en función de prevenir daños e incrementando los beneficios hacia los pacientes. (Ministerio De Salud Pública , 2015)

En el Hospital Provincial Docente Ambato se comprueba que el personal de enfermería aplican el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para la administración de medicamentos en 58.3%, enfermería no usa medidas de bioseguridad un 91,/, enfermería no aplica las reglas de oro (5 correctos y cuatro yo) en un 66.7%, enfermería no conoce la incompatibilidad de los medicamentos en un 75%, no cuenta con el espacio físico adecuado para preparar medicación 100%, enfermera necesita capacitación para la preparación y administración de los medicamentos en 58.3%. (Eugenia, 2015)

Un estudio realizado por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en el Hospital Vozandes, Quito, describe que antes de la aplicación de formularios estructurado de prescripción abiertos la tasa de errores de prescripción es de 42.56%, mientras que al aplicar el formulario estructurado la tasa de errores se redujo a 7,29%. (Catani, 2011)

Los eventos adversos más frecuentes en los hospitales públicos de la provincia de Imbabura son; la administración errónea de medicamentos 14.1%; reacciones alérgicas medicamentosas 26.7%; no aplican los cinco correctos en medicación 8.4%; indicaciones médicas ilegibles 25.4%; mala caligrafía de las enfermeras 31.0%; inadecuada interpretación de la prescripción médica 4.2%; inadecuado manejo de registros de enfermería 2.8%. (Egas, 2008)

El Hospital San Vicente De Paúl (HSVP), fue evaluado previamente por la Acreditación Canadá Internacional, el 26-28 agosto del 2013, en la cual los evaluadores de mencionada organización elaboraron un informe de diagnóstico, que concluye con observaciones de fortalecimiento y oportunidades de mejora en su labor y lo catalogan al Hospital en un nivel que no logra superar la escala Oro. (Acreditación Canadá Internacional, 2013)

Aun cuando existe mucha literatura científica acerca de los errores de medicación este estudio va dirigido hacia la gestión de los medicamentos desde una perspectiva que lo valora como una cadena de elementos de gran importancia en los procesos de almacenamiento, distribución, dispensación y eliminación (caducados).

Debido a la falta de información acerca de procesos evaluativos de calidad de atención y de la situación en la gestión adecuada de los medicamentos en los Hospitales Públicos de Imbabura y con el conocimiento previo de que para una prestación de servicios de calidad dichos establecimientos deben contar con sistemas internacionales de acreditación, éste estudio busco recolectar información pertinente y encaminada a satisfacer las dudas del usuario, además de servir como guía para futuros estudios respecto a este problema de gran impacto mundial, así como también socializar los resultados que se logró obtener de la presente investigación.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La seguridad de los pacientes se constituye en una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda. Es de mucha importancia reflexionar sobre la dimensión que tiene el problema de eventos adversos, para prevenir su ocurrencia y perfeccionarse en gestiones que garanticen una práctica segura. Se trata de una responsabilidad que debe ser de todas las instituciones formadoras de profesionales prestadores de servicios de salud y de la colectividad para un cuidado seguro y de calidad. (Villareal, 2010)

La calidad del cuidado de enfermería refleja la calidad, la seguridad de la asistencia al paciente, y la investigación y capacitación continua pueden auxiliar a gestionar los riesgos en el trabajo, provenientes de medicamentos, con más precaución, en efecto ayuda a abreviar el tiempo de internaciones hospitalarias, disminuir la incidencia de incapacitaciones temporarias o permanentes, y hasta prevenir muertes innecesarias, el cuidado con calidad a la salud crea lugares seguros, sistemas más seguros, y el cuidado más seguro posible al paciente. (Raduenz, y otros, 2010)

La administración de medicamentos se considera como una función principal para las enfermeras, que ejecuten su labor de forma eficaz y efectúen las normas de administración de medicamentos son motivos indispensables para brindar una garantía de seguridad a los pacientes, y que la atención brindada por personal de enfermería sea de calidad. (Ahmad, Nurses' Perception of Medication Administration Errors, 2014)

El manejo de los medicamentos se ha visto afectado desde la creación de los mismos y está vigente hasta la época moderna, éste estudio se produjo ante la necesidad de conocer las condiciones en las que se hallan los hospitales públicos de Imbabura, referente a la calidad de gestión de medicamentos, identificación del paciente y uso correcto de abreviaturas peligrosas.

Esta investigación se justifica en el hecho de que los resultados alcanzados se usen en bien del usuario que tiene derecho a recibir una atención de calidad y segura en todos los servicios de instituciones de salud, por esto es muy importante que el personal responsable de la gestión de medicamentos como son: bioquímico, médico y enfermera, tenga conocimiento de los logros del estudio, que se encargan de la manipulación de los mismos y de brindar la seguridad debida al usuario durante su estancia en la casa de salud.

El estudio realizado servirá de fundamento para futuras investigaciones que se deriven de la misma rama del tema, así como de áreas similares y logren ampliar y mejorar el conocimiento acerca de la gestión de medicamentos, dando paso a que los resultados obtenidos permitan aportar con una mejora, que especifique las medidas a tomar, para remediar y corregir los posibles errores que se haya podido encontrar a través del tiempo de recolección de datos.

Conviene señalar, la factibilidad de conocer la situación en que se encuentran las instituciones de salud evaluadas en cuanto a calidad y seguridad en manejo de medicamentos es viable ya que existe colaboración de las respectivas autoridades de los hospitales públicos de la provincia. El personal encargado ha aportado y permitido el acceso a toda la información y áreas aptas para la recolección de datos precisos, se ha alcanzado desarrollar la investigación de manera veraz y confiable, con datos que revelan la realidad de la problemática planteada.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general.

Analizar el manejo de medicación en el modelo de gestión de la calidad de los servicios de salud, mediante la aplicación e Estándares de Acreditación Canadá Internacional, para la seguridad de utilización de medicamentos en los hospitales públicos de Imbabura, 2014.

1.3.2. Objetivos específicos

- 1.3.2.1 Determinar la correcta aplicación de abreviaturas peligrosas de los medicamentos durante su almacenamiento, etiquetamiento, prescripción, y dispensación.
- 1.3.2.2 Observar técnicas de identificación al paciente previo a la administración del medicamento.
- 1.3.2.3 Verificar la tenencia y ejecución de los protocolos estandarizados acerca del uso de medicación de forma segura.
- 1.3.2.4 Revisión y mejora de protocolos ya establecidos en el Hospital San Vicente de Paúl, acerca de: identificación del paciente y administración segura de medicación.

1.4. PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS DE ESTUDIO

1. En la gestión de calidad, respecto a manejo de medicamentos, identificación del paciente y uso de abreviaturas peligrosas en los hospitales públicos de Imbabura, no alcanza los estándares internacionales según lineamientos de la Acreditación Canadá. (Hipótesis nula= H_0).
2. En la gestión de calidad, respecto a manejo de medicamentos, identificación del paciente y uso de abreviaturas peligrosas en los hospitales públicos de Imbabura, alcanza los estándares internacionales según lineamientos de la Acreditación Canadá. (Hipótesis alternativa= H_1)

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO REFERENCIAL

Al hablar de cultura de seguridad no se refiere únicamente a determinar la presencia o ausencia de determinadas variables concretas, sino examinar los lazos entre sujetos-labor- institución implicada en la seguridad. Estos lazos puede conseguir que la institución involucrada amplíe el conocimiento acerca de una cultura de seguridad en base a una gestión de riesgos. Consecuentemente, la seguridad del paciente se establece como un elemento imprescindible de la calidad asistencial en salud.

En la Unión Europea, la frecuencia de eventos adversos en los pacientes ingresados se encuentra entre el 8% y el 12%, produciéndose 1 muerte por cada 100.000 habitantes como consecuencia de dichos eventos adversos, lo que supone alrededor de 5.000 muertes al año. No obstante parece que estas cifras también podrían estar infra estimadas porque se basan en datos registrados por los profesionales. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales, E Igualdad, 2015-2020)

Según un estudio realizado por (Ahmad, Nurses' Perception of Medication Administration Errors, 2014), Director del Centro de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Rey Saud, Arabia Saudita se halla que la comunicación, las órdenes de medicación poco claras, carga de trabajo y la medicación confusa, eran los principales factores que se asocian con los errores de administración de medicamentos. La Experiencia de enfermeras y la edad también se encuentra inversamente relacionada con la prevalencia de MAE. Pag. 63.

En Madrid, de acuerdo a un estudio de tesis doctoral en farmacología, indica que con mayor frecuencia los errores de conciliación fueron la prescripción de dosis incorrecta (14%), el inicio de medicación, de prescripción incompleta (6%) y diferente frecuencia (5%). En cuanto a dosis incorrecta los resultados oscilan entre 21 al 30% de los errores de medicación. (Rodríguez B. , 2014)

Los datos reportados por la (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization , 2011), evidencia que la incidencia de los errores es alta, de acuerdo a los datos en los hospitales existe una incidencia de 7.1 error en administración de medicamentos por cada 1.000 pacientes hospitalizados en Estados Unidos y sus territorios. Esto implicó gastos de sobre 71 millones en pérdidas por servicios médicos que no se proyectaron y una inversión de sobre los 270 millones en procesos de investigación, adiestramiento y readiestramiento del personal de salud.

En Albuquerque-Estados Unidos, los resultados del estudio realizado por la Universidad de Nuevo México indica que, las tasas de errores críticos fueron, omisión de medicamentos 33%, dosis faltante, ruta o frecuencia 22%, medicamentos inapropiados 20%, dosis incorrecta 16% y duplicar la medicación 8%. (Bum, 2015)

En Canadá se realizó un estudio sobre la incidencia de los eventos adverso relacionado al manejo de medicación, donde los investigadores examinaron específicamente a hospitales de cinco provincias (Columbia Británica, Alberta, Ontario, Quebec y Nueva Escocia), y que el estudio encontró que alrededor de 37% de los eventos adversos totales fueron potencialmente prevenibles, además, la tasa de mortalidad fue de 20,8%. La tasa de reportes de Canadá fue inferior a las tasas de reportes en Inglaterra y Australia pero superior a la tasa que se encuentra en Francia. (Atif, 2010)

Datos proporcionados por el Hospital del Niño Morelense, Cuernavaca-México, en el registro de eventos adversos, se observa que las áreas de hospitalización cirugía y urgencias son los que registran mayor casos, correspondiendo prácticamente al 69% de los mismos. Asimismo, los turnos con mayor incidencia fueron el matutino y el nocturno, entre ambos al 69% del total. El mayor número de eventos adversos está asociado con los procedimientos clínicos (62%), seguido de la administración de medicamentos en un (31%), los eventos adversos registrados han tenido un impacto grave con el 39%, el 23% de los casos provocaron directamente la muerte de los pacientes, distribuidos en los turnos matutino, vespertino y nocturno, dos de los cuales fueron en el servicio de urgencias y uno en cirugía, todos concuerdan en que el evento ha sido por procedimientos clínicos. (Flores, 2013)

Un estudio, realizado en nivel terciario de atención, en el servicio de unidades de Clínica Médica de 4 hospitales Brasileños, el cual tuvo como objetivo analizar el proceso de preparación y administración de medicamentos identificando los problemas existentes. El estudio arrojó resultados de prevalencia de errores de administración de los distintos hospitales, donde se obtuvieron variados resultados como; un 17,31% fue por dosis inadecuada, 3,85%, por vía de administración errada, 11,54% velocidad errada y 7,69% horario errado. En cuanto a la preparación de medicamentos su prevalencia fue un 23% por dosis omitida, 21,15% medicamento errado, 9,61% concentración errada, 3,85% técnica errada y 1,92% medicamento vencido. (Toffoletto, 2015)

En Argentina un Reporte de la incidencia y los tipos de errores de prescripciones médicas en la Unida de Cuidado Intensivos del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, respecto a la clasificación de los Errores en la Prescripción Médica en esta etapa, el error más frecuente fue la falta de hora de modificación de un determinado medicamento, con el 53,2% del total de los errores de prescripción médica, seguido por la omisión de dosis o medicamento e ilegibilidad con el 18,3 y el 8%, respectivamente,

mientras que la prescripción de un medicamento erróneo y de una dosis incorrecta estuvo presente con el 6,8% de los errores de prescripción médica. (Taffarela, 2015)

De acuerdo a un estudio de Santiago de Chile sobre la identificación segura de pacientes, concluye que al iniciar el estudio la evaluación el proceso de traslado no era seguro para el paciente en un 100% pues no se aplicaba la doble verificación de la identidad; posterior a la intervención se puede concluir que el 80.6% de los pacientes trasladados deben estar seguros de que han sido identificados correctamente. (Ramírez, 2015)

Jobany Castro, menciona en su investigación realizada en Cali-Colombia 2013, que el error más frecuente lo constituyó el de omisión del medicamento con un 28%, el proceso donde más se generaron fue en la dispensación con un 53%, quienes más los cometieron fueron los auxiliares de farmacia con un 59% y quienes más lo detectaron fue el personal de enfermería con un 48%. (Castro, 2013)

En Guayaquil, Ecuador, un estudio muestra que los errores más frecuentes cometidos por el personal de enfermería son: 70% no verifica la historia clínica, el 100% no revisa estados alérgicos, 17% no rotula soluciones inyectables, aproximadamente un 90% no realiza normas de asepsia y antisepsia y solo un 5% del personal no registra en el kardex y concluyendo que un 83% no aplica las 10 Reglas de Oro para administrar la medicación. (Rodríguez K. , 2014)

Según una investigación realizada por la Dra. Nancy Almeida en Cuenca acerca de los errores de prescripción, concluye, que en un total de 706 recetas analizadas, el 100% de las recetas presentan algún tipo de error de prescripción técnico y legal, la omisión de vía de administración obtuvo el mayor porcentaje de error 71,80%, este error

se produce con mayor frecuencia en la prescripción, letra ilegible un 30,70%, las indicaciones terapéuticas incompletas un 58,10%, la omisión de dosis y concentración un 53%, uso de abreviatura un 5,20%, Esto puede ocasionar un error en la dispensación ya que se pueden interpretar mal las prescripciones y dispensar un medicamento que no necesita el paciente. (Almeida, 2010)

En Imbabura de acuerdo a información recolectada por Barahona, (2014), se encuentra que los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería más frecuentes son: flebitis, no se cumplen indicaciones médicas, no se administra medicación en horario establecido, no se puede canalizar vía periférica, por no aplicar una correcta técnica, quemadura de primer grado en antebrazo, por falta de supervisión de la aplicación de una bolsa de agua caliente, entre otras.

En la investigación realiza en Imbabura por Egas, (2008) determina que las causas de eventos adversos más frecuentes son ; rara vez utilizan técnicas de identificación al paciente 12.7%; no conocen tratamiento y diagnóstico 5.6%; no informan acerca del procedimiento a realizarse al usuario 2.8%; registran de forma verbal y escrito las actividades de enfermería y reporte del estado del paciente 62%; comunican de forma verbal y escrito los incidentes críticos 2.8%; comunican de forma verbal los incidentes críticos 42.3%; omite los incidentes críticos 4,2%; siempre realizan el lavados de manos 52.2%; siempre controlan caducidad de fármacos 76%; no conocen los derechos del paciente 2.8%; no existen protocolos en la administración de medicamentos 52.2%; no conocen precauciones antes de administrar fármacos 12.7%; no capacitan al personal de enfermería 60.6%.

2.2 MARCO INSTITUCIONAL

2.2.1. Hospital San Vicente de Paúl. (HSVP)

Es un hospital general que brinda atención de primer nivel, resuelve las referencias recibidas de las Unidades de menor complejidad y direcciona la contrareferencia. Presta servicios clínico-quirúrgicos y ambulatorios en consulta externa, hospitalización, cuidados intensivos, cuidados intermedios y emergencias, con especialidades básicas y subespecialidades reconocidas por la ley; cuenta con una unidad de diálisis, medicina transfusional, trabajo social, atención básica de quemados. Servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento (laboratorio clínico, imagenología, anatomía patológica, nutrición y dietética, medicina física y rehabilitación). Dispone de farmacia institucional. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

2.2.2. Hospital San Luís de Otavalo. (HSLO)

Es un hospital de segundo nivel, con una capacidad de 120 camas. Siendo una unidad de segundo nivel de atención y una capacidad resolutive media. Brinda atención con distintas patologías clínico -quirúrgicas en las áreas de Ginecología, Centro/obstétrico, Medicina. Interna, Pediatría, Neonatología, Cirugía, Traumatología, Centro Quirúrgico y Enfermería; y también con servicios complementarios como rehabilitación, imagenología, farmacia, trabajo social, control sanitario y educación para la salud. La modalidad es curativa. (Ruano, 2014)

2.2.1. Hospital Asdrúbal De La Torre. (HADLT)

Es un establecimiento de salud que está designado como hospital básico que brinda atención de segundo nivel. Cuenta con atención Clínico - Quirúrgica y cuenta con los servicios de: consulta externa, emergencia, hospitalización clínica, hospitalización quirúrgica para ello cuenta con 16 camas distribuidas para cada especialidad, cuenta además con, atención básica de quemados, rehabilitación y fisioterapia y trabajo social; cuenta con las especialidades básicas (medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general, anestesiología), odontología, servicio de enfermería, laboratorio clínico, imagen y farmacia institucional. (Ministerio De Salud Pública , 2012)

2.2.1. Hospital Básico de Atuntaqui. (HBA)

Hospital básico que ofrece una atención integral, integrada y con enfoque intercultural en las distintas patologías clínico -quirúrgica en las áreas de Ginecología, Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Centro Quirúrgico, Odontología y Enfermería; y también con servicios complementarios como farmacia, alimentación y dietética, y saneamiento ambiental; en áreas de trabajo de consulta externa, hospitalización y emergencias médicas (Benítez, 2006).

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. Definición de calidad.

Según la Norma ISO 9001(Organización Internacional de Estandarización), creada en el 2008 y es el estándar internacional que establece los exigencias para un sistema de gestión de calidad y es el estándar más considerablemente reconocido en el mundo, la calidad se define como al grado en el que un conjunto de características esenciales cumple con los requisitos, el término "calidad" puede utilizarse acompañado de adjetivos tales como pobre, buena o excelente (Norma Internacional ISO 9001, 2008).

2.3.1.1 Calidad en salud.

La calidad de la atención es un componente integral de los esfuerzos que despliega la OMS para reforzar los sistemas de salud. Para ser de alta calidad, los servicios de salud tienen que ser eficaces, eficientes, accesibles, aceptables, equitativos y seguros. La capacidad para asegurar la calidad de la atención, trátase de atención de casos agudos, crónicos o de atención de emergencia, depende de los elementos fundamentales que constituyen los sistemas de salud. Está afectada por el modo en que los servicios se organizan, se gestionan y se financian; por la disponibilidad de personal motivado y competente, de información, productos médicos y tecnologías fiables; y por el liderazgo y la gobernanza (OMS, 2007).

La calidad de la atención contempla la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de forma tal que sean mayores los beneficios para la salud que los riesgos. El grado de calidad es por consiguiente la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.

2.3.2. Definición de seguridad del paciente.

La seguridad del paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente. Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital (Hospital Vicente Corral Moscoso, 2015).

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que aqueja a los países de todo nivel de desarrollo. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se crea con el fin de fomentar procesos orientados a optimizar la seguridad de la atención de todos los pacientes. La Alianza hace especial ahínco en impulsar la investigación para fortalecer la seguridad hacia el usuario (Alianza Mundial Para la Seguridad del Paciente, 2008).

2.3.2.1 Metas internacionales de la seguridad del paciente, de la OMS 2004.

- a. Identificación correcta de los pacientes.
- b. Mejorar la comunicación efectiva en el área de la salud.
- c. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
- d. Realizar cirugías en el lugar correcto con el paciente correcto y con el procedimiento correcto.
- e. Reducir el riesgo de infecciones asociada con la atención médica.
- f. Reducir el riesgo de daño al paciente a causa de caídas. (Hospital Vicente Corral Moscoso, 2015)

2.3.3. Manejo de medicamentos.

Uno de los principales problemas que angustian a la mayoría de los sistemas sanitarios en América Latina es la ineficiencia e ineptitud en el manejo de los medicamentos, por ello se debe establecer un mecanismo que sea capaz de generar un proceso de evolución acorde, que es de gran importancia para alcanzar los objetivos trazados en materia de calidad de los servicios de salud, la razón principal es falta de una visión general y funcional del proceso de gestión de medicamentos; para ello se formulan los consiguientes estrategias:

- a. La desconcentración de la compra de medicamentos, es decir que cada hospital o región de salud sea responsable de la adquisición de los medicamentos necesarios para atender las necesidades de la población bajo su responsabilidad.
- b. La creación en cada hospital o región de salud de la Unidad de Gestión de Medicamentos.
- c. El control del precio de los medicamentos a través de la mejora de las relaciones cliente-proveedor.
- d. La creación de un marco legal para mejorar el suministro y acceso a los medicamentos.

Así pues, al cumplirse los parámetros mencionados arriba contribuyen significativamente a que mejore la gestión y la accesibilidad a los medicamentos, y para ello es de suma importancia instaurar medidas que nos lleven al cumplimiento de las destrezas planteadas como son la selección, programación de necesidades y adquisición, recepción y almacenamiento, distribución, dispensación informada de los medicamentos. (Hospital Vicente Corral Moscoso, 2015)

2.3.3.1. La selección.

La selección es el punto de partida y pilar fundamental en la gestión de suministro. Se refiere a la elección de los medicamentos esenciales teniendo en cuenta su pertinencia para la salud pública; así como el análisis de la eficacia y la seguridad de los mismos. A nivel operativo tiene como objetivo seleccionar los medicamentos para satisfacer las necesidades prioritarias de salud de la población, en base al perfil epidemiológico local tomando en cuenta los protocolos y esquemas de tratamiento oficiales en el país (Ministerio de Salud Pública, 2009).

a. Cuadro Nacional De Medicamentos Básicos (CNMB).

El proceso de elaboración del CBM es fundamental para una buena atención de salud; consiste en la elaboración y aplicación de una lista de medicamentos esenciales que comprende los fármacos con mayor costo-efectividad, más seguros, disponibles localmente y con calidad asegurada, que satisfagan las necesidades de atención de salud de la mayoría de los enfermos, así mismo las directrices terapéuticas normalizadas con información esencial sobre cómo tratar las enfermedades comunes. Los medicamentos se seleccionan atendiendo a muchos factores, como las pautas epidemiológicas, las instalaciones médicas, la capacitación y experiencia del personal disponible, los recursos financieros y factores genéticos, demográficos y ambientales.

La OMS (2002) ha elaborado los siguientes criterios de selección:

- a. Sólo se deben seleccionar los medicamentos de los que existe información veraz sobre su eficacia y seguridad, de los cuales exista datos objetivos sobre el uso general.

- b. Todos los medicamentos elegidos contarán con presentaciones necesarias para una aplicación segura, incluida su biodisponibilidad, es adecuada; debe comprobarse su estabilidad en las condiciones de almacenamiento y uso previstas.
- c. Cuando dos o más medicamentos son aparentemente similares en lo que se refiere a los criterios anteriores, la elección de uno u otro debe hacerse tras una evaluación cuidadosa de su eficacia, seguridad, calidad, precio y disponibilidad.
- d. En la comparación de costos entre medicamentos, debe considerarse el costo del tratamiento completo, y no sólo el costo unitario, la elección debe basarse en un análisis costo-efectividad.
- e. En algunos casos, pueden influir también en la elección otros factores, como las propiedades farmacocinéticas, o consideraciones de ámbito local como la disponibilidad de fabricantes o de instalaciones de almacenamiento (OMS, 2002)

2.3.3.2. La Programación.

La programación a nivel local corresponde a la estimación de las necesidades de medicamentos para el grupo poblacional de cobertura de las Unidades Operativas (Áreas de Salud u Hospital) para un período determinado (generalmente un año), cuantificándose los requerimientos en base a la Lista de Medicamentos Esenciales definida para el Área u Hospital, especificando la forma farmacéutica a adquirir de acuerdo a los grupos etáreos según el perfil epidemiológico. La programación es responsabilidad del Comité de Farmacoterapia (Ministerio de Salud Pública, 2009).

2.3.3.3. La adquisición.

Se inicia con la planificación, que comprende la formulación de políticas y objetivos de adquisición, la determinación de funciones, la elaboración de planes y

periodicidad de compra, cuantificación de necesidades ajustada para evitar la ruptura de las existencias de algunos medicamentos y la acumulación de otros, así como la utilización de variables como stocks máximos y mínimos, punto de reposición y cantidad a comprar, elaboración de especificaciones técnicas para la adquisición, entre otras. Posteriormente se lleva a cabo la adjudicación de acuerdo al proceso de compras públicas establecido en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública. Por último se realiza la evaluación tanto de la adquisición como del cumplimiento de ésta frente a lo programado y de los resultados, disponibilidad de medicamentos, precios de adquisición en relación a precios de referencia, oportunidad, calidad y servicio prestado por los proveedores (Ministerio de Salud Pública, 2009).

2.3.3.4. El almacenamiento.

Es el proceso implementado para precautelar la conservación de los medicamentos bajo las condiciones establecidas por el fabricante, de manera que se garantice su efectividad a la hora de ser utilizados por las personas. El almacenamiento también involucra actividades para garantizar la custodia y control de los inventarios (Ministerio de Salud Pública, 2009).

2.3.3.5. La Distribución.

Proceso fundamental dentro de la gestión de suministro de medicamentos siendo importante la oportunidad en la entrega y cumplimiento de las especificaciones del pedido, como aspectos que facilitan los procesos administrativos y que permiten ingresar los productos. A nivel local se da en dos momentos: distribución externa y distribución intrahospitalaria (farmacia – servicio de hospitalización o farmacia – stock o coche de paro) de acuerdo al caso:

- a. La distribución externa conlleva el traslado desde la bodega de la Jefatura de Área a las farmacias y botiquines de las Unidades Operativas.

- b. La distribución interna corresponde al traslado de medicamentos dentro del establecimiento de salud, desde la farmacia hacia los servicios de hospitalización, emergencia y coches de paro; requiere también que se garanticen las condiciones técnicas adecuadas para el transporte. Se considera dentro de ésta a la distribución intrahospitalaria por dosis unitaria o dosis diaria, que permite mayor eficiencia y control en el manejo de medicamentos en pacientes hospitalizados; este sistema es el más seguro para el paciente, el más eficiente desde el punto de vista económico, y a la vez es el método que utiliza más efectivamente los recursos profesionales (Ministerio de Salud Pública, 2009).

2.3.3.6. La dispensación informada.

Consiste en la interpretación correcta de una receta, la entrega oportuna del medicamento correcto, al paciente indicado, en el momento apropiado, acompañado de la información y seguimiento para su buen uso. La dispensación informada hace parte de las estrategias de promoción del uso racional, sin embargo, reconociendo las características propias del sistema y la necesidad de instruir claramente a los responsables de entregar medicamentos a la población, en este manual se maneja como proceso (Ministerio de Salud Pública, 2009).

a. Dosis Unitaria. (DU)

Un sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria o unidosis consiste en la dispensación, desde farmacia a cada servicio, de los medicamentos prescritos para cada paciente en las dosis necesarias en el tratamiento farmacológico de 24 horas, se sitúan en cajetines separados individualmente (carros de medicación) para cada paciente, apropiadamente identificados, además de esta manera alcanza un seguimiento farmacológico, que permite intervenir previo a la administración del medicamento al paciente, siendo un sistema más seguro para el usuario, el más eficaz tomando en cuenta la parte económica y utiliza efectivamente los recursos profesionales.

Para que el sistema sea eficaz debe valerse de herramientas con las cuales se pueda llevar a cabo un control efectivo de cada una de las actividades que este sistema implica:

- a) Hoja de prescripción
- b) Ficha del perfil farmacoterapéutico.
- c) Hoja de devolución de medicamentos.
- d) Hoja de ubicación y desplazamiento del paciente.
- e) Ficha de control de botiquín de emergencia.
- f) Hoja de intervención farmacéutica. (Martinez, 2009)

b. *Perfil Farmacoterapéutico (PF).*

El perfil farmacéutico debe contener la siguiente información acerca del paciente: Edad, peso, diagnóstico(s), fecha de ingreso, número de historia clínica (expediente), número de cama y nombre del servicio/sala. Sobre el (los) medicamento(s) prescrito(s) debe incluir: Nombre genérico (su denominación comercial no es recomendada), forma farmacéutica, concentración y dosis, intervalo y vía de administración, fecha de inicio del tratamiento y número total de dosis entregadas/día (Martinez, 2009).

c. *Preparación de Medicamentos en Unidosis.*

Para la preparación de los medicamentos en dosis unitaria por paciente, el profesional químico farmacéutico o bioquímico farmacéutico, contará con el apoyo de los auxiliares o asistentes de farmacia, quienes acompañaran a los profesionales en todo el ciclo de la dispensación de los medicamentos este personal participará exclusivamente en la preparación de medicamentos en dosis unitaria (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Previa la preparación de los cajetines individuales de los medicamentos en dosis unitaria, el auxiliar, asistente de farmacia o personal de apoyo, ejecutará con la supervisión del químico farmacéutico o bioquímico farmacéutico el proceso de reenvasado o acondicionamiento en dosis unitaria, el auxiliar de Farmacia o personal de apoyo procederá a rotular los cajetines en los cuales se va a preparar la medicación con el número de cama y el nombre del paciente respectivo, utilizando el perfil farmacoterapéutico, el Censo de Pacientes; formulario entregado por enfermería de los servicios o descargados de los sistemas informáticos de poseerlo (Ministerio de Salud Pública, 2012).

2.3.3.7. Medicamentos Caducados O No Deseados.

Todos los productos farmacéuticos incluyen fecha de caducidad o vencimiento, el cual designa la fecha hasta la cual se espera que el producto satisfaga las especificaciones. Esta fecha se establece para cada lote, mediante la adición del período de vida útil a la fecha de fabricación (Martinez, 2009) y son fármacos que nunca deben usarse y siempre deben considerarse desechos son, son reconocidos así porque han perdido el 10% ó más de su especificación de potencia, pierden eficacia y algunos pueden desarrollar un perfil de reacción diferente y adversa al organismo. Todos los jarabes o gotas para ojos en recipientes no sellados (aunque no hayan caducado). Todos los medicamentos no caducados de conservación obligatoria, sin interrupción, a temperaturas de refrigeración (p.ej. insulina, hormonas poli peptídicas, gamma-globulinas y vacunas) después de haber tenido lugar una interrupción de su conservación a temperatura de refrigeración (Mejía, 2012).

Todos los envases grandes abiertos o comprimidos y cápsulas individuales (si no han caducado aun, deben emplearse sólo si los envases aún tienen el cierre original intacto y con las etiquetas correctas, respectivamente las tiras blíster originales aún sigue

estando sin daños) y todas las cremas, pomadas etc. Ya empezadas (caducadas o no caducadas) (Mejía, 2012).

a. *Manejo de residuos farmacéuticos.*

Los encargados de llevar un control exacto de los productos farmacéuticos próximos a vencer y de los que tengan algún deterioro, es el personal que esté al a cargo en farmacia con el fin de tramitar su retorno al proveedor(es) correspondiente(s). Gestionar la devolución de los medicamentos lo más pronto posible para asegurar que se disponga de ellos en forma adecuada. En caso de no ser posible la vuelta de algún producto, lo más conveniente es solicitar a la compañía que trata los restos de la farmacia, para eliminar los fármacos caducados (Mejía, 2012).

2.3.4. Identificación del paciente.

La Identificación de los pacientes es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante su estadía en el hospital. El no identificar a los pacientes causa errores en las actividades diarias, así como en la administración de medicación, exámenes de laboratorio, procedimientos y entrega de recién nacidos a padres equivocados, e inclusive en el suministro de dietas equivocadas. El propósito de identificar de manera inequívoca a los usuarios radica en atender con calidad y calidez al paciente indicado, en el momento oportuno. (Hospital Vicente Corral Moscoso, 2015) .

2.3.4.1 Identificación documental- Recogida de datos administrativos.

A todo usuario/a externo/a que sea atendido en Hospital, se le realizará una recogida de datos administrativos (verificándose con un documento acreditativo cédula y/o Pasaporte). Si ya se le hubiesen recogido con anterioridad, se actualización o comprobación de los mismos (Robalino, 2014).

2.3.4.2. Importancia del brazalete.

Es de gran importancia que a lo largo de toda la internación en el hospital el paciente esté correctamente identificado mediante una pulsera de identificación, en la que conste información precisa sobre datos esenciales que garantice que pueda ser identificado en todo momento por el personal del hospital y que los cuidados que reciba sean los adecuados y no exista riesgos innecesarios de que pueda recibir procedimientos errados. (Vítolo, 2011)

Culturalmente está aceptada la identificación del paciente de forma verbal en cualquier acto asistencial. Sin embargo, esta sistemática puede no ser correcta en el caso de pacientes sedados, con alteración de la conciencia, déficit neurológico, niños, dificultades en la comunicación y barreras idiomáticas, y es en esos casos cuando la manilla de identificación cumple su objetivo, que es brindar información esencial para que personal verifique que es el paciente correcto para brindar los cuidados y realizar los procedimientos requeridos. (Hospital Clínico San Carlos de Madrid , 2011)

2.3.4.3. Uso de brazalete para identificación del paciente.

Se indicará el uso obligatorio de brazalete a los pacientes y que deban permanecer hospitalizados, en forma prolongada o transitoria, por indicación médica,

durante la realización procedimientos riesgosos o administración de medicamentos, la ubicación del brazalete de identificación por orden de prioridad será el siguiente:

- a. En muñeca del brazo dominante
- b. En el brazo contrario
- c. En tobillo derecho
- d. Tobillo izquierdo

En aquellos pacientes que no sea posible la colocación del brazalete en ninguna de las extremidades, como amputado, quemado, poli traumatizado se colocara una tarjeta de identificación en el tórax, sobre la ropa de hospitalización y paciente inconsciente o sin documentos se avisara a Oficina del Registro Civil, para su identificación por huella dactilar, consignando fecha, hora y lugar donde fue encontrado. En caso de recién nacido se consignará, además, el sexo y nombre de la persona que lo trae (Maureira, 2013).

2.3.4.4. Verificación de identidad del paciente.

Toda persona que recibe un paciente en una unidad o servicio clínico, o que traslade a un paciente a otra unidad o servicio clínico, dentro o fuera del establecimiento, deberá verificar que los datos del Brazalete correspondan a la identificación del paciente. En el paciente conciente y orientado se confirmará con su información verbal. Se solicitara carné de identidad (Maureira, 2013).

2.3.4.5. Cambio del brazalete de identificación.

- a. Será cada vez que amerite (si está mojado, si no se visualiza el nombre, o si se encuentra en malas condiciones) durante la estancia hospitalaria.
- b. Si la piel presenta (erosión, alergia etc.).
- c. Si hay la necesidad de acceso vascular o limitación física
- d. El cambio del brazalete debe realizarse con presencia de un testigo. (Hospital Vicente Corral Moscoso, 2015)

2.3.4.6. Retiro del brazalete de identificación.

En el momento del egreso del paciente debe ser retirado el brazalete de identificación por el personal de enfermería, una vez que se cuente con la alta médica correspondiente. En el caso de haber fallecido, deberá permanecer con el brazalete de identificación (Robalino, 2014).

2.3.4.7. Identificación del paciente-Accreditation Canadá International.

No aplicar las técnicas de identificación del paciente ha generado eventos adversos al momento de realizar procedimientos como, administración de medicamentos, transfusiones, pruebas con personas equivocadas que no los requieren, y también ha generado el intercambio de los recién nacidos al momento de entregarlos a su familia. Para disminuir la incidencia de errores en la identificación de un paciente se sugiere implementar y adoptar procesos de control estandarizados y ponerlos en práctica. (Accreditation Canada International, 2014)

a. *Pruebas de cumplimiento.*

- a. La organización Acreditación Canadá internacional cuenta con un método documentado de identificación de clientes que se ha estandarizado en toda la organización.
- b. El equipo usa al menos dos métodos para identificar a un cliente antes de prestar cualquier servicio o realizar cualquier procedimiento. (Accreditation Canada International, 2014)

2.3.5. Eventos adversos.

Los eventos adversos se definen como lesiones o complicaciones no intencionadas que ocurren durante la estancia en la institución de salud, los cuales resultan más atribuibles a los procedimientos médicos que a las complicaciones de la enfermedad; los resultados de los eventos adversos pueden producir el aplazamiento del alta, prolongar la estancia hospitalaria, incremento de los costos de no-calidad, y en los peores de los casos la incapacidad del paciente o la muerte. (Espinal, 2010)

2.3.5.1. Clasificación de eventos adversos según severidad.

- a. **Cuasi evento:** es un evento o situación que podría haber producido un accidente, lesión o enfermedad a un paciente pero que no ocurrió, bien sea por azar o a través de una intervención oportuna.
- b. **Evento adverso Leve:** Aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.
- c. **Evento adverso Moderado:** Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de 1 día de duración.

- d. **Evento adverso Grave:** Ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.
- e. **Evento centinela:** Es un tipo de eventos adversos en donde está presente una muerte o Una pérdida importante y perdurable de la función se refiere a un deterioro sensorial, motor, fisiológico, o psicológico severo, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida. (Gavilanez, 2014)

2.3.5.2. Clasificación de eventos adversos según prevención.

- a. **Prevenible:** Resultado no deseado asociado con un error en el suministro de la atención, debido a una falla para observar una práctica considerada adecuada a un nivel individual o del sistema. Proviene de la no adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- b. **No Prevenible:** Resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los protocolos, guías o estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. (Barahora, 2014)

2.3.6. Administración de medicamentos.

La administración de medicamentos requiere el conocimiento sobre dosis, interacción, prescripción médica y vías de administración. Este proceso comienza con la selección y prescripción de medicamentos por parte del médico, seguido por la participación de la farmacia que distribuye el medicamento y enfermería es quien lleva a cabo la preparación del medicamento antes de su ministración al paciente. Los profesionales que participan en este proceso deben entender que sus acciones pueden afectar el comportamiento de todo el equipo de salud, por lo que cada uno debe llevar a cabo su trabajo con seguridad, conciencia, responsabilidad y eficacia. (Figueroa, 2013)

2.3.6.1. Enfermería en la administración de medicamentos.

De acuerdo con el Código de Ética de los Profesionales de Enfermería de Brasil, el enfermero debe prestar cuidados en salud libre de los daños causados por la impericia, negligencia e imprudencia. Para ello, debe buscar fundamento teórico/práctico que ayude sus actividades, mejorar sus conocimientos técnicos, científicos, éticos y culturales, en beneficio de la persona, familia y colectividad y del desarrollo de la profesión, estando prohibido administrar medicamentos sin conocer la acción de la droga y sin asegurarse de los riesgos. (Machado, 2012)

El enfermero es el profesional responsable del proceso de administración de medicamentos, constituyéndose en líder del equipo de enfermería y asumiendo un papel fundamental tanto en el cuidado al paciente que se encuentra en terapia medicamentosa como en la propagación del conocimiento acerca de esta práctica para el equipo. Por el hecho de que la enfermería actúa esencialmente en el proceso de la terapia medicamentosa, aumenta su responsabilidad en evidenciar e impedir fallos, pues la acción de administrar es la última oportunidad de interrumpir el sistema, evitando errores que por suerte sucedieron en las primeras fases del proceso, tales como prescripción y cálculo de dosis. (Miasso, 2006)

De esta forma, ante la gravedad y complejidad de las ocurrencias iatrogénicas con medicación, es necesaria la aplicación de varios principios científicos que fundamenten la acción del enfermero, para prevenir y reducir errores, dar la seguridad necesaria al cliente y garantizar la calidad del servicio. Sin embargo, se verifica lo poco que se sabe acerca de las causas, factores y conductas de los enfermeros ante estas situaciones. (Machado, 2012)

2.3.6.2. Los 10 correctos para la administración de medicación.

1. **Administrar el medicamento correcto.** Confirmar que sea el medicamento correcto del paciente antes de administrarlo.
2. **Administrar el medicamento al paciente correcto.** Comprobar siempre la identificación del paciente mediante técnica de identificación del paciente.
3. **Administrar la dosis correcta.** Modificaciones mínimas en la dosis formulada pueden ser importantes y peligrosas.
4. **Administrar el medicamento por la vía correcta.** Se debe administrar el medicamento solamente por la vía prescrita.
5. **Administrar el medicamento a la hora correcta.** El medicamento debe administrarse en el horario correcto para garantizar los niveles séricos terapéuticos; en caso contrario se puede comprometer el mecanismo de acción del medicamento.
6. **Investigar alergias del paciente a medicamentos.** Los medicamentos pueden producir reacciones impredecibles y efectos adversos de aparición inmediata o tardía. Las reacciones farmacológicas anafilácticas son fáciles de reconocer.
7. **Obtener una historia farmacológica completa del paciente.** El riesgo de reacciones adversas y de interacciones medicamentosas aumenta con el número de fármacos administrados.
8. **Educar e informar al paciente sobre el medicamento.** Verificar que el paciente esté informado sobre cualquier proceso y tratamiento recibido en la institución. .
9. **Conocer las posibles interacciones farmacológicas.** Siempre que se administren conjuntamente dos o más medicamentos puede ocurrir una interacción farmacológica, la reacción puede aumentar o disminuir la absorción o el efecto de un medicamento.
10. **Registrar cada medicamento que se administre.** Realizar el registro del medicamento inmediatamente después de su administración, registre sus observaciones sobre la respuesta del paciente al medicamento. registre el motivo

por el cual no administró un medicamento ordenado. (Hospital Universidad del Norte , 2013)

2.3.7. Abreviaturas peligrosas.

En el campo de la salud la utilización de abreviaturas, siglas, acrónimos y símbolos por parte del personal de salud, especialmente del personal médico y de enfermería se ha visto afectado por el mal uso de las abreviaturas, dando como resultado el riesgo de cometer un error al momento de brindar cuidados al paciente. Es el propio personal de salud quien escribe las prescripciones con letra ilegible e incompleta por la rapidez con la que se las realiza, esto genera una confusión que terminará asociándose a eventos adversos. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2015)

Las abreviaturas agilizan el tiempo de documentación hospitalaria pero también pueden generar errores al momento de interpretar las prescripciones como el medicamento, vía de administración, dosis y frecuencia, Las prescripciones médicas registradas en la hoja de evolución son la mayor fuente de comunicación entre el médico y el personal de enfermería y es por eso que el uso de abreviaturas debe manejarse con responsabilidad para evitar generar daños al paciente. (Ministerio de Salud Pública , 2014)

La correcta escritura de las prescripciones médicas y la ausencia de abreviaturas en las mismas que pueden causar un alto riesgo en la salud de los pacientes, es una de las metas internacionales para la acreditación de las diferentes instituciones de Salud. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2015)

2.3.7.1. Recomendaciones para prevenir errores de abreviaturas.

- a. Evitar el uso innecesario de números decimales.
- b. Escribir las cantidades menores de 1mg como microgramos, es decir, 100 microgramos en lugar de 0,1 mg.
- c. Redondear siempre que sea posible la dosis calculada si el resultado es número decimal. Por ejemplo, para un neonato de 1,2 Kg de peso y una dosis de amikacina de 9mg/Kg, es más correcto prescribir 11mg que 10,8 mg.
- d. Escribir las cantidades menores de 1g en miligramos, por ejemplo, es más correcto indicar 500mg que 0,5g.
- e. El médico debe evitar escribir instrucciones no específicas en la receta tales como; “tomar según lo indicado” o “tomar cuando sea necesario”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2015)

2.3.7.2. Listado de símbolos que se escriben de manera incorrecta.

Tabla 1 Listado de símbolos

INCORRECTO	CORRECTO
Cc	cm ³ (mililitros)
gr, gr. Grm	g(gramo)
Grs	g(gramos)
H	h(hora)
Hs, hs	h(horas)
Min	min(minuto) unidad de tiempo
Seg	s(segundo)unidad de tiempo

Tomado de Protocolo de Abreviaturas Peligrosas Hospital General Teófilo Dávila. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2015)

2.3.7.3. Abreviaciones peligrosas.

Tabla 2 Listado de abreviaciones peligrosas

ABREVIACIONES	SIGNIFICADO	USO CORRECTO
Mg	Microgramos	UTILICE "mcg"
Cc	Centímetros cúbicos	UTILICE "ml"
D/C	Descargar o discontinuar	Utilice "descarga" o "descontinuar"
IN	Intranasal	Utilice Intranasal
IU	Unidades internacionales	Utilice unidades internacionales
U O u	Unidades	Utilice "unidades"
Cero después del punto decimal (1.0 mg)	1 mg	No utilice "0" (cero) después del decimal si son números enteros
Punto decimal sin cero a la izquierda	0.5 mg	Utilice el cero antes del decimal cuando se expresa dosis menos de números enteros
Dosis numérica y la unidad escritas juntas (10mg o 100MI)	10 mg o 100 MI	Usar adecuadamente el espacio entre la droga y su dosis
Dosis altas sin posicionar adecuadamente los puntos o decimales (100000 O 10000)	100.000 unidades o 10.000 unidades	Usar adecuadamente los puntos o decimales para las dosis con unidades mayores que 1.000 o utilizar palabras como un millón

2.3.8. Acreditación Canadá internacional.

Acreditación Canadá ha venido fomentando la calidad en los servicios de salud a todo lo ancho de Canadá e internacionalmente por más de 50 años. Ofrece normas nacionales de excelencia dirigidas a la dirección, liderazgo y prestación de servicios en más de 30 sectores. (Accreditation Canada International, 2014)

El proceso de acreditación es una forma de identificar las condiciones de práctica insegura y el apoyo a las organizaciones de atención de salud para promover una atención segura. En particular, se trata de un medio de reducir el riesgo y el fomento de la mejora continua de la calidad. Al cumplir con los estándares de Acreditación Canadá Internacional, se reduce la posibilidad de eventos adversos que ocurren dentro de la atención de salud y organizaciones de servicio. (Accreditation Canada International, 2015)

2.3.8.1 Importancia de la acreditación Canadá internacional.

- a. Mejorar la calidad y calidez de la atención
- b. identificar los riesgos para pacientes, disminuirlos o eliminarlos
- c. identificar la problemática interna del hospital
- d. mejorar la satisfacción de usuarias externas y del personal de la institución

2.3.8.2. Niveles del Programa de Acreditación Qmentum International Canadá.

El Programa de Acreditación Qmentum International Canadá tiene tres niveles de acreditación, estos niveles documentan el desarrollo de un conjunto de estándares internacionales.

- a. **Oro:** dirigido a estructuras básicas y procesos relacionados a elementos de orientación de mejora de seguridad y calidad. Requisitos mínimos aceptables para mejorar los procesos específicos con el fin de asegurar la calidad en la atención de salud.
- b. **Platino:** Se basa en los principios de calidad y seguridad, y destaca los elementos clave en el cuidado del cliente, creando consistencia en la prestación de servicios mediante procesos estandarizados, con la participación de los clientes y del personal en la toma de decisiones.
- c. **Diamante:** enfoca su atención en el logro de la calidad supervisando los resultados, utilizando la evidencia y las mejores prácticas para perfeccionar los servicios, y competimos con organizaciones similares para mejorar nuestros sistemas. (Accreditation Canada International, 2010)

2.3.8.3. Normas del manejo de la medicación.

Las normas para el Manejo de la Medicación se dirigen a la utilización segura y efectiva del manejo de la medicación dentro de la organización. Estas normas son para ser utilizadas por las organizaciones en las cuales la administración de medicación es parte de la rutina diaria del cuidado del paciente, tengan o no una farmacia local. Estos estándares enfatizan un enfoque de colaboración para prevenir y reducir los eventos adversos de medicamentos al abordar todos los aspectos del proceso del uso de la medicación, incluyendo la preparación, administración y la supervisión de los clientes. (Accreditation Canada International, 2010)

Las normas del manejo de la medicación contienen a las siguientes subdivisiones:

- a. Trabajar juntos para promover la seguridad de la medicación
- b. Cuidadosa selección y obtención de la medicación
- c. Etiquetar y almacenar la medicación apropiadamente
- d. Ordenar y transcribir la medicación apropiadamente
- e. Precisión en la preparación y administración de la medicación
- f. Administración segura de la medicación a los clientes
- g. Supervisar la calidad y alcanzar resultados positivos (Accreditation Canada International, 2010)

2.3.8.4. Acreditación de los hospitales.

La acreditación es un proceso en el cual una entidad, separada y diferente de la organización de atención sanitaria, por lo general no gubernamental, evalúa la organización sanitaria para determinar si cumple con una serie de requisitos (estándares) diseñados para mejorar la seguridad y la calidad de la atención. Por lo general, la acreditación es voluntaria. Los estándares de acreditación son generalmente considerados como óptimos y alcanzables. (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 2011)

2.3.9. Farmacovigilancia.

La Farmacovigilancia permite la detección, registro y la valoración metódica de las reacciones adversas de los medicamentos que se dispensan con o sin prescripción médica, así pues la Farmacovigilancia se utiliza para determinar la seguridad de los medicamentos tras su comercialización y posterior incorporación al hospital a través del CNMB. El objetivo primordial de la Farmacovigilancia es el monitoreo por largo tiempo de los medicamentos que son usados en la práctica clínica normal para identificar las

reacciones adversas de los medicamentos, dándole prioridad a las más graves y desconocidas o determinar los cambios en el perfil de seguridad del medicamento (Martinez, 2009).

2.3.9.1 Reglamento Para El Funcionamiento Del Sistema Nacional De Farmacovigilancia.

En el reglamento se regula los procedimientos para contribuir a que en Ecuador se comercialicen medicamentos seguros, eficaces y de calidad, correctamente identificados y con información apropiada. La intervención pública supone la autorización sanitaria y el registro, previos a la comercialización de las medicinas, además la vigilancia de medicamentos y a su vez se promueve la notificación de las reacciones adversas a medicamentos por parte de todos quienes conforman los profesionales de la salud y el propio paciente (Agencia Nacional de Regulacion, Control y Vgilancia Sanitaria, 2013).

2.4. MARCO LEGAL

2.4.1. La Constitución de la República del Ecuador.

Título II Derechos, Capítulo Segundo Derechos Del Buen Vivir, Sección Séptima Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Título VII Régimen Del Buen Vivir, Capítulo Primero Inclusión Y Equidad, Sección Segunda Salud

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

2.4.2. Plan Nacional para el Buen Vivir.

Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población.

3.3. Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud

1. Garantizar la provisión oportuna de medicamentos acorde con las necesidades sanitarias de la población, en especial para enfermedades catastróficas, raras y personas con discapacidad severa, dando preferencia al uso de medicamentos genéricos.
- m. Promover la producción, distribución y comercialización de medicamentos genéricos.

n. Garantizar el acceso y uso de medicamentos adecuados en los pacientes y en los profesionales de salud que prestan sus servicios dentro de la red pública integral de salud, dando prioridad al acceso y uso de medicamentos genéricos.

p. Promover la implementación del sistema de control pos-registro de alimentos y medicamentos, para garantizar su calidad. (República del Ecuador Consejo Nacional De Planificación , 2013)

2.4.3. Modelo De Atención Integral Del Sistema Nacional De Salud (MAIS).

Componentes 5 Del MAIS,

5.3. Componente De Gestión Del Sistema Nacional De Salud

5.3.4. La gestión de infraestructura, equipamiento y medicamentos se rige bajo la normativa establecida por el MSP: normativa para la Planificación Territorial de establecimientos de salud y Acuerdo Ministerial de Licenciamiento, define de acuerdo a las necesidades nacionales el plan y estándares para la dotación de nueva infraestructura, mantenimiento correctivo y preventivo de la existente, equipamiento y su mantenimiento correctivo y preventivo y el cuadro de medicamentos básicos, el sistema de distribución financiera que asegure la disponibilidad oportuna de insumos y medicamentos. (Ministerio De Salud Pública Del Ecuador, 2012)

2.4.4. Ley Orgánica de Salud.

Capítulo II De La Autoridad Sanitaria Nacional, Sus Competencias Y Responsabilidades

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

18. Regular y realizar el control sanitario de la producción, importación, distribución, almacenamiento, transporte, comercialización, dispensación y expendio de alimentos procesados, medicamentos y otros productos para uso y consumo humano; así como los sistemas y procedimientos que garanticen su inocuidad, seguridad y calidad, a través del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Dr. Leopoldo Izquieta Pérez y otras dependencias del Ministerio de Salud Pública

20. Formular políticas y desarrollar estrategias y programas para garantizar el acceso y la disponibilidad de medicamentos de calidad, al menor costo para la población, con énfasis en programas de medicamentos genéricos. (Ministerio de Salud Pública, 2006)

Libro I De Las Acciones De Salud, Título II Prevención Y Control De Enfermedades,
Capitulo III De Las Enfermedades No Transmisibles

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.

Libro III Vigilancia Y Control Sanitario Capitulo III De Los Medicamentos

Art. 154.- El Estado garantizará el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad y su uso racional, priorizando los intereses de la salud pública sobre los económicos y comerciales. Promoverá la producción, importación, comercialización, dispensación y expendio de medicamentos genéricos con

énfasis en los esenciales, de conformidad con la normativa vigente en la materia. Su uso, prescripción, dispensación y expendio es obligatorio en las instituciones de salud pública. (Ministerio de Salud Pública, 2006)

Art. 157.- La autoridad sanitaria nacional garantizará la calidad de los medicamentos en general y desarrollará programas de fármaco vigilancia y estudios de utilización de medicamentos, entre otros, para precautelar la seguridad de su uso y consumo. Además realizará periódicamente controles posregistro y estudios de utilización de medicamentos para evaluar y controlar los estándares de calidad, seguridad y eficacia y sancionar a quienes comercialicen productos que no cumplan dichos estándares, falsifiquen o adulteren los productos farmacéuticos. (Ministerio de Salud Pública, 2006)

Libro III Vigilancia Y Control Sanitario, Capítulo V De Los Establecimientos Farmacéuticos

Art. 175.- Sesenta días antes de la fecha de caducidad de los medicamentos, las farmacias y botiquines notificarán a sus proveedores, quienes tienen la obligación de retirar dichos productos y canjearlos de acuerdo con lo que establezca la reglamentación correspondiente.

Art. 176.- Los medicamentos caducados referidos en el artículo anterior deben ser destruidos y eliminados por los fabricantes o importadores, conforme a los procedimientos establecidos por la autoridad sanitaria nacional y bajo su supervisión. (Ministerio de Salud Pública, 2006)

2.5. MARCO ÉTICO

2.5.1. Código De Ética Médica.

Considerando que los médicos en su distinguida y tan dedicada profesión se adjudican el arduo trabajo de cumplir de la manera más eficaz la garantía Constitucional del Derecho a la Salud de todos los ecuatorianos, dicta en el Artículo 6: que “El Médico desde que es llamado para atender a un enfermo, se hace responsable de proporcionarle todos los cuidados médicos necesarios para que recupere su salud. Su responsabilidad mayor será la conservación de la vida del enfermo”. (Ministerio de Salud Pública, 1992, pág. 2)

2.5.2 Código de Ética F.E.D.E.

Que las enfermeras y enfermeros desempeñan labores esenciales para el ámbito sanitario; y, En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales expide la LEY DE EJERCICIO PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DEL ECUADOR. Mencionando en su Artículo 6, 7 numeral f y g: que

“El ejercicio de la profesión de enfermería en el Ecuador, asegurará una atención de calidad científica, técnica y ética; (...) 7.- f) Realizar o participar en investigaciones que propendan al desarrollo profesional o que coadyuven en la solución de problemas prioritarios de salud; y, g) Dar educación para la salud al paciente, la familia y la comunidad”. (Federación Ecuatoriana de Enfermeras/os, 1999, pág. 3)

2.5.2 Código de Ética Farmacéutica.

El farmacéutico siendo profesional del sector sanitario favorece a la recuperación de la salud, la prevención de enfermedades y al buen manejo de fármacos. La actitud del farmacéutico dentro de su labor profesional procura resaltar la importancia de la calidad en su trabajo, que busca cumplir con la ética profesional para alcanzar al cumplimiento de las políticas legales actuales. Este Código Ético hace oficiales los principios básicos y las responsabilidades del farmacéutico en sus relaciones con el usuario, profesionales sanitarios y la población (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 1998, pág. 3).

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

El tipo de investigación es multimodal (cuali-cuantitativo), el trabajo de campo se enfoca en conocer y describir las actitudes, cualidades y prácticas relacionadas al manejo de medicamentos, identificación correcta del paciente y seguridad del paciente, y de carácter cuantitativo a razón de que se utiliza valores y porcentajes para elaboración de tablas estadísticas, con la finalidad de lograr una mejora de la cultura de cuidado y de seguridad asistencial para los usuarios y conseguir una reducción de eventos adversos provocados por una mala gestión de medicamentos.

El estudio es exploratorio, debido a que es poco estudiado y no frecuente, permitió verificar la situación en que se encuentran los servicios con respecto al manejo de los medicamentos, descriptivo de tipo observacional porque al evaluar los servicios se evidenció, la existencia de errores en el manejo de medicamentos y mediante la observación directa se realizó las respectivas anotaciones en la lista de chequeo y de carácter transversal porque la recolección de datos se realizó en un límite de tiempo previamente determinado.

3.2 Ubicación del estudio

La investigación se realizó en los cuatro Hospitales Públicos de la Provincia de Imbabura:

1. Otavalo	Hospital San Luis de Otavalo	Hospital de Primer nivel
2. Ibarra	Hospital San Vicente de Paúl	Hospital de Segundo nivel

3. Cotacachi	Hospital Asdrubal De La Torre	Hospital Básico
4 Antonio Ante	Hospital Básico de Atuntaqui	Hospital Básico

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población Diana

La población diana de la presente investigación está constituida por los profesionales de salud (médico, enfermera y farmacéutico) en áreas de: Hospitalización, Pediatría; Emergencia y Farmacia,

3.3.2 Población de estudio

Se acogió a 32 profesionales de salud entre médicos, enfermeras y farmacéuticos, que laboran en los respectivos servicios de estudio.

3.3.4 Muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico, aleatorio y por conveniencia seleccionando a los profesionales de salud que aceptaron colaborar con información necesaria, cumpliendo criterios de inclusión.

3.3.3. Muestra.

La muestra en relación a los profesionales se conformó por el total que son 32 que es la población sujeta a investigación.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1. Criterios de inclusión.

Profesionales de salud (médicos, enfermeras, farmacéuticos) que se encontraron trabajando el día de recolección de datos y que aceptaron colaborar voluntariamente.

3.4.2. Criterios de exclusión.

Profesionales de salud (médicos, enfermeros, farmacéuticos) que no pertenecen a los servicios estudiados.

3.5. Técnicas e instrumentos.

Para la realización de este estudio se aplicaron las siguientes técnicas

3.5.1. Técnica primaria.

Lista de chequeo.

Es una técnica que establece una relación directa entre el investigador y el sujeto de estudio. Con esta técnica se obtuvo los datos destinados para el estudio a través de una lista de chequeo que consta de estándares de la Acreditación Canadá Internacional. Mediante esta se buscó medir conocimientos, prácticas y actitudes del grupo a estudiar (médico, enfermeras, farmacéutico) utilizando una escala Likert con calificación de 1-4 siendo el último el de conformidad.

3.5.2. Técnica secundaria.

Revisión documental bibliográfica.

Es una técnica que permite investigar documentos bibliográficos, pues es preciso contar con una extensa sustentación bibliográfica sobre el problema a investigar. La búsqueda de artículos científicos de relevancia mundial se realizó en: EBESCO, OVIP, BUS, CSIC; Dialnet, PubMed, LILACS, Cochrane, IBECS y SCIELO y en informes de agencias nacionales empleando el español, inglés y portugués, el periodo de revisión fue del 2010-2015 y también en libros con un periodo de revisión del 2005-2015 y finalmente en artículos relacionados al tema de estudio.

3.5.3. Instrumento.

Como instrumento de recolección de información se utilizó la lista de chequeo de Acreditación Canadá Internacional (anexo 3) en el que consta de las variables, indicadores y descriptores.

3.5.4. Observación directa.

Esta técnica tuvo como propósito identificar el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. Elemento fundamental del proceso investigativo para la obtención del mayor número de datos. Se realiza la observación directa con la ayuda de la lista de chequeo.

3.5.5. Procedimiento.

Para la ejecución del presente estudio se partió de una revisión bibliográfica científica con la que se obtuvo referencias teóricas mundiales, nacionales, regionales y locales de investigaciones similares que sustentaron la presente investigación. Las fases del estudio fueron:

- a. Primera Fase: capacitación al personal de salud involucrado en la investigación y a los investigadores del estudio sobre los objetivos, antecedentes, metodología y el instrumento a utilizar por parte del promoto Jesús Molina.
- b. Segunda fase: recolección de datos mediante la observación directa y llenado de la lista de chequeo, con profesionales de salud participantes del estudio. Obteniendo como resultado la recolección de 4 listas de chequeo; obtenidas de la información brindada por 32 profesionales, mismos que son la totalidad de la población.
- c. Fase tres: El procedimiento que se utilizó se basó en las evidencias muestrales obtenidas de los hospitales: San Luis de Otavalo, San Vicente de Paul, Atuntaqui y Cotacachi, respecto a que disponen o no disponen de identificación del paciente, abreviaturas peligrosas y manejo de medicación.

Para la prueba de hipótesis se siguió los siguientes pasos:

1. Planteamiento de hipótesis nula (H_0) y la hipótesis alternativa, que fue probada, cabe resaltar que la hipótesis nula se acepta con base a los datos muestrales. La hipótesis alternativa describe lo que se considera si se rechaza la hipótesis nula.
2. Seleccionar el nivel de significancia. El nivel de significancia que se aplicó es del 0.050 (5%) que es el más aceptable para este tipo de investigaciones

3. Calcular el valor estadístico de la prueba. Para lo cual se utilizó la distribución de “t de Student” aplicando la fórmula:

$$t = \frac{X - \mu}{\frac{S}{\sqrt{n - 1}}}$$

4. Formular regla de decisión. Los valores críticos del “t” se localizaron en los apéndices de “F” en la tabla 10 del libro Estadística para Administración y Economía, mediante esta se localiza el valor crítico considerando los grados de libertad que es la cantidad de hospitales (4) o muestra menos + y el nivel de significancia que es de 0.05, obteniéndose un valor crítico de 2.353 y se encuentra en la extremidad de la cola de la Campana de Gauss y la regla de decisión.
5. Calcular y tomar decisión. Se procedió a calcular la “t de Student” con los valores obtenidos de las variables, indicadores y descriptivos de cada uno de los hospitales con la finalidad de aprobar o rechazar la hipótesis nula (H₀). Si el valor de cálculo es menor que el valor crítico de “t de Student” se acepta la hipótesis nula y si es mayor se rechaza la hipótesis nula.

Para calcular el valor de “t de Student” se procedió a obtener:

- a) La media poblacional
 - b) Desviación estándar
 - c) Cálculo de t de Student.
6. Construcción de tablas de contingencia. Para realizar el análisis cualitativo de las variables y encontrar la relación de dependencia o independencia entre las variables y las unidades muestrales se construyó un cuadro de doble entrada en el que se analiza los resultados consolidados de los cuatro hospitales y la valoración de las variables cualitativas.

3.5.6. Escala de evaluación.

Tabla 3 Semaforización de indicadores.

Indicador	Calificación	Color
Ausencia	1	Red
En proceso	2	Yellow
Elaborado	3	Light Blue
Desarrollado	4	Green

Fuente: Lista de Chequeo

Elaborado por: investigadoras

3.6. Análisis e interpretación de datos

El análisis e interpretación de datos se utilizó herramientas de prueba de significancia estadística (t de Student), también se contó con herramientas tecnológicas como Microsoft Excel 2010, la cual ayudo para la representación gráfica de la parte estadística de los resultados.

3.7. Validez y confiabilidad

La validación del instrumento (Lista de chequeo) de investigación, se realizó por expertos que formularon criterios análogos a los aspectos de las preguntas planteadas: presentación, calidad, pertinencia, relevancia, factibilidad, con el fin de prevenir expresiones confusas que afecten a la consistencia interna del mismo.

3.8. Matriz de variables

VARIABLE	INDICADOR	PREGUNTA ORIENTA	DIMENSIÓN	ESCALA LIKERT
Identificación del paciente	1. El paciente es identificado correctamente por el personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Existen dispositivos o elementos que identifiquen al paciente o se establece una sistemática de identificación. • El personal de salud conoce el nombre y apellidos del paciente. • Se realiza una valoración médica y de enfermería al ingreso del paciente. • Se registran de forma adecuada y visible las alergias medicamentosas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si la mitad no se cumple. 2. Si más de la mitad se cumple. 3. Si se documente pero no se ha implantado o difundido. 4. Si se cumple con totalidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia. 2. En proceso. 3. Elaborado. 4. Desarrollado.
Identificación del paciente	2. Obtención de información esencial y de la historia medicamentosa del cliente, en el momento de su admisión o durante su	<ul style="list-style-type: none"> • Se recoge la información de la medicación habitual del paciente a su ingreso. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si la mitad no se cumple. 2. Si más de la mitad se cumple. 3. Si se documente pero no se ha implantado o difundido. 4. Si se cumple con totalidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia. 2. En proceso. 3. Elaborado. 4. Desarrollado.

	primer contacto.			
Identificación del paciente	3. Protocolo documentado para la seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Se identifica al paciente mediante dos elementos antes de la administración de la medicación. • Se comprueba la hoja de prescripción antes de la administración de un fármaco. • Se registra inmediatamente después de administrar la medicación en la hoja de prescripción. • Se registra la efectividad de los fármacos y los efectos adversos de la medicación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si la mitad no se cumple. 2. Si más de la mitad se cumple. 3. Si se documenta pero no se ha implantado o difundido. 4. Si se cumple con totalidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia. 2. En proceso. 3. Elaborado. 4. Desarrollado.
Abreviaturas Peligrosas	1. Alertas de medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizan alertas acerca de los problemas de etiquetamiento, empaque y nomenclatura de la medicación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si la mitad no se cumple. 2. Si más de la mitad se cumple. 3. Si se documenta pero no se ha implantado o difundido. 4. Si se cumple con totalidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia. 2. En proceso. 3. Elaborado. 4. Desarrollado.

Abreviaturas Peligrosas	2. Utilización de abreviaciones claras que contienen sólo la información esencial (revisar al menos 5 historias clínicas de cada unidad)	<ul style="list-style-type: none"> • Se usan inadecuadamente las abreviaturas. • Existe un uso excesivo de abreviaturas. • Todo el personal de salud conoce las abreviaturas aceptadas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si la mitad no se cumple. 2. Si más de la mitad se cumple. 3. Si se documente pero no se ha implantado o difundido. 4. Si se cumple con totalidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia. 2. En proceso. 3. Elaborado. 4. Desarrollado.
Abreviaturas Peligrosas	3. Se evitan abreviaciones no seguras o instrucciones confusas en las prescripciones médicas (revisar al menos 5 historias clínicas de cada unidad)	<ul style="list-style-type: none"> • Se usan abreviaturas no seguras • Se usan instrucciones confusas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si la mitad no se cumple. 2. Si más de la mitad se cumple. 3. Si se documente pero no se ha implantado o difundido. 4. Si se cumple con totalidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia. 2. En proceso. 3. Elaborado. 4. Desarrollado.
Manejo de medicación	1. Capacitación en el manejo de medicación	<ul style="list-style-type: none"> • El médico y la enfermera conocen el uso y manejo de la medicación (dosis, frecuencia, diluciones, bombas de infusión, etc.) • Se capacita al personal de 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si la mitad no se cumple 2. Si más de la mitad se cumple. 3. Si se documenta pero no se ha implantado o difundido. 4. Si se cumple con totalidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Ausencia. 6. En proceso. 7. Elaborado. 8. Desarrollado.

		salud sobre el uso de bombas de infusión y demás medicación de forma continuada		
Manejo de medicación	2. Medidas preventivas en medicamentos de alto riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Existe protocolo de medidas de seguridad del uso y manejo de fármacos de alto riesgo • Se conocen las medidas de protección ante contaminación por fármacos de alto riesgo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si la mitad no se cumple 2. Si más de la mitad se cumple. 3. Si se documenta pero no se ha implantado o difundido. 4. Si se cumple con totalidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Ausencia. 6. En proceso. 7. Elaborado. 8. Desarrollado.
Manejo de medicación	3. Participación del personal de la farmacia en los procesos referentes a la utilización y administración de la medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Existe coordinación entre el personal de farmacia, prescriptores y administradores de medicación (vías de comunicación, protocolo de coordinación, etc) • Se reportan desde farmacia los EM (dosis, frecuencia y vía) a los prescriptores y administradores de medicación 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si la mitad no se cumple 2. Si más de la mitad se cumple. 3. Si se documenta pero no se ha implantado o difundido. 4. Si se cumple con totalidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia. 2. En proceso. 3. Elaborado. 4. Desarrollado.

		<p>(como se notifican)</p> <ul style="list-style-type: none">• Existen protocolos actualizados de prescripción y administración de medicamentos (están accesibles a médicos y enfermeras)• Se usan y prescriben los fármacos incluidos en el catálogo básico disponible en el sistema de salud nacional• Los médicos y enfermeras conocen el catálogo básico de medicación del sistema nacional de salud• Un farmacéutico revisa la prescripción antes de la dispensación• Se revisan las alergias medicamentosas antes de la		
--	--	---	--	--

		<p>dispensación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se usan las técnicas apropiadas para la preparación de la medicación en el servicio de farmacia (Campanas de flujo laminar, etc.) 		
Manejo de medicación	<p>4. Las áreas de almacenamiento de la medicación son limpias, ordenada y con la suficiente iluminación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se almacena correctamente la medicación • Existe clasificación clara de la medicación • Los fármacos son claramente diferenciables sin posibilidad de confusión 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si la mitad no se cumple 2. Si más de la mitad se cumple. 3. Si se documenta pero no se ha implantado o difundido. 4. Si se cumple con totalidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia. 2. En proceso. 3. Elaborado. 4. Desarrollado.
Manejo de medicación	<p>5. Los medicamentos están almacenados en áreas seguras, accesibles sólo para el personal autorizado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accede a la medicación el personal autorizado • Se identifica e informa de los cambios en la nomenclatura y empaque de la medicación • El etiquetado de la medicación es claramente identificable y 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si la mitad no se cumple 2. Si más de la mitad se cumple. 3. Si se documenta pero no se ha implantado o difundido. 4. Si se cumple con totalidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia. 2. En proceso. 3. Elaborado. 4. Desarrollado.

		contiene la información básica		
Manejo de medicación	6. Abastecimiento de la medicación para cada área del cliente.	<ul style="list-style-type: none"> Se utiliza DU (medicación individualizada para cada paciente claramente identificada) Se identifica claramente al paciente antes de la administración del medicamento (al menos dos elementos de identificación del paciente) 	<ol style="list-style-type: none"> Si la mitad no se cumple Si más de la mitad se cumple. Si se documenta pero no se ha implantado o difundido. Si se cumple con totalidad. 	<ol style="list-style-type: none"> Ausencia. En proceso. Elaborado. Desarrollado.
Manejo de medicación	7. Los medicamentos orales de dosis unitaria permanecen dentro del empaque del fabricante hasta el momento de su administración	<ul style="list-style-type: none"> Los medicamentos orales permanecen en su empaque original o procesamiento de farmacia 	<ol style="list-style-type: none"> Si la mitad no se cumple Si más de la mitad se cumple. Si se documenta pero no se ha implantado o difundido. Si se cumple con totalidad. 	<ol style="list-style-type: none"> Ausencia. En proceso. Elaborado. Desarrollado.
Manejo de	8. Los concentrados de electrolitos no son		<ol style="list-style-type: none"> Si la mitad no se cumple Si más de la mitad se cumple. 	<ol style="list-style-type: none"> Ausencia. En proceso.

medicación	almacenados en las áreas del servicio al cliente		3. Si se documenta pero no se ha implantado o difundido. 4. Si se cumple con totalidad.	3. Elaborado. 4. Desarrollado.
Manejo de medicación	9. Los agentes citotóxicos se guarda en forma segura en un área segregada con adecuada ventilación (Los citotóxicos deben estar almacenados en áreas ventiladas y sin posibilidad de fuga)		1. Si la mitad no se cumple 2. Si más de la mitad se cumple. 3. Si se documenta pero no se ha implantado o difundido. 4. Si se cumple con totalidad.	1. Ausencia. 2. En proceso. 3. Elaborado. 4. Desarrollado.
Manejo de medicación	10. La prescripción muestra el nombre del cliente, el nombre de la medicación, dosis, frecuencia y el profesional que la prescribe (existe hoja		1. Si la mitad no se cumple 2. Si más de la mitad se cumple. 3. Si se documenta pero no se ha implantado o difundido. 4. Si se cumple con totalidad.	1. Ausencia. 2. En proceso. 3. Elaborado. 4. Desarrollado.

	de prescripción en papel o informatizada)			
Manejo de medicación	11. Antes de administrar los medicamentos, un miembro calificado del equipo revisa cada prescripción para asegurar precisión e integridad.		<ol style="list-style-type: none"> 1. Si la mitad no se cumple 2. Si más de la mitad se cumple. 3. Si se documenta pero no se ha implantado o difundido. 4. Si se cumple con totalidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia. 2. En proceso. 3. Elaborado. 4. Desarrollado.
Manejo de medicación	12. Políticas sobre el almacenamiento seguro de los medicamentos y el desecho de los medicamentos caducados, contaminados o innecesarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Existe protocolo escrito • Se revisa la caducidad de los medicamentos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si la mitad no se cumple 2. Si más de la mitad se cumple. 3. Si se documenta pero no se ha implantado o difundido. 4. Si se cumple con totalidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia. 2. En proceso. 3. Elaborado. 4. Desarrollado.

Fuente: lista de chequeo
Responsables: Investigadoras

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1.1. Hospital San Luis de Otavalo.

Nivel de significancia

Se usará el nivel de significancia de 0.050

Grados de libertad $G1 = 3$

Valor critico de t de Student = 2.353

Calculo del T de Student = $t = 0.67$

Tabla 4. *Semaforización de los indicadores HSLO, identificación del paciente.*

Variables / indicadores	Unidades				Suma	Media
	Hospitalización	Pediatría	Emergencia	Dirección / Farmacia		
Variable: Identificación del paciente						
El paciente es identificado correctamente por el personal de salud	2	4	3		9	3
Obtención de información esencial y de la historia medicamentosa del cliente, en el momento de su admisión o durante su primer contacto.	4	4	4		12	4
Protocolo documentado para la seguridad del paciente	4	2	3		9	3

Fuente: Lista de chequeo

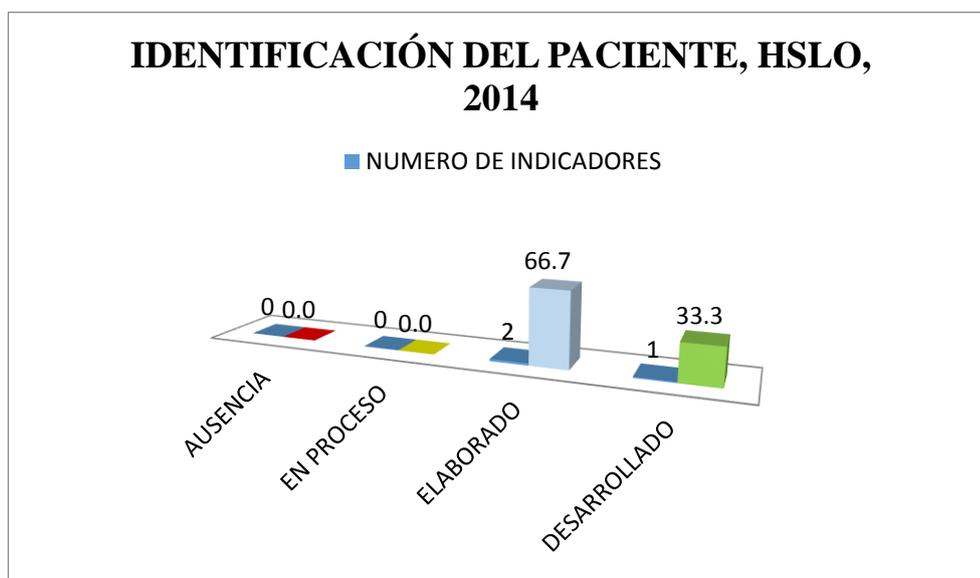
Elaborado por: Investigadoras

Tabla 5 Resumen de valoración, identificación del paciente, HSLO

Calificación	Numero de indicadores	Porcentaje
Ausencia	0	0,0
En proceso	0	0,0
Elaborado	2	66,7
Desarrollado	1	33,3
Total	3	100,0

Fuente: Lista de chequeo

Elaborado por: Investigadoras.

Gráfico 1 Indicadores Identificación del paciente según escala Likert, HSLO.

Fuente: Lista de chequeo

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis e interpretación.- En base a los resultados obtenidos, se puede evidenciar que en el HSLO en cuanto a la identificación del paciente, cuentan con estrategias y protocolos que se encuentran elaborados y que en razón a la recolección de datos informativos del paciente realizan prácticas que se encuentran dentro de los estándares Canadienses de Acreditación, luego de lo mencionado, la identificación de paciente y protocolos de identificación se encuentran dentro de la escala Platino,

frente a la obtención de información del paciente que se encuentra en la escala Diamante dentro de los estándares de Acreditación Canadá Internacional.

Tabla 6 *Semaforización de los indicadores HSLO, abreviaturas peligrosas.*

Variables / indicadores	Unidades				Suma	Media
	Hospitalización	Pediatría	Emergencia	Dirección / Farmacia		
Variable: Abreviaturas peligrosas						
Alertas de medicación	4	4	4		12	4
Utilización de abreviaciones claras que contienen sólo la información esencial (revisar al menos 5 historias clínicas de cada unidad)	4	4	4		12	4
Se evitan abreviaciones no seguras o instrucciones confusas en las prescripciones médicas (revisar al menos 5 historias clínicas de cada unidad)	2	2	2		6	2

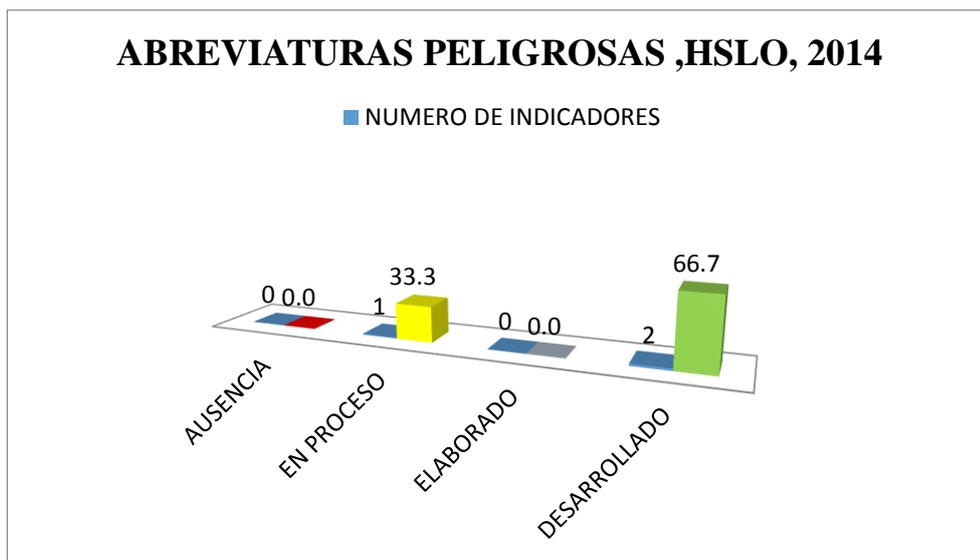
Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Tabla 7 Resumen de valoración, abreviaturas peligrosas, HSLO.

CALIFICACIÓN	NUMERO DE INDICADORES	PORCENTAJE
AUSENCIA	0	0,0
EN PROCESO	1	33,3
ELABORADO	0	0,0
DESARROLLADO	2	66,7
TOTAL	3	100,0

Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Gráfico 2 Indicadores Abreviaturas Peligrosas, según escala Likert, HSLO.



Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Análisis e interpretación.- con los resultados arrojados de abreviaturas peligrosas, indican que el HSLO mayoritariamente cuenta con estándares de calidad para su utilización adecuada, que dentro de los estándares de calidad internacional se encuentra en escala diamante por la razón de que utilizan alertas de los medicamentos, y no existe posibilidad de confusiones en la indicación médica.

Tabla 8 *Semaforización de los indicadores HSLO, Manejo de medicación.*

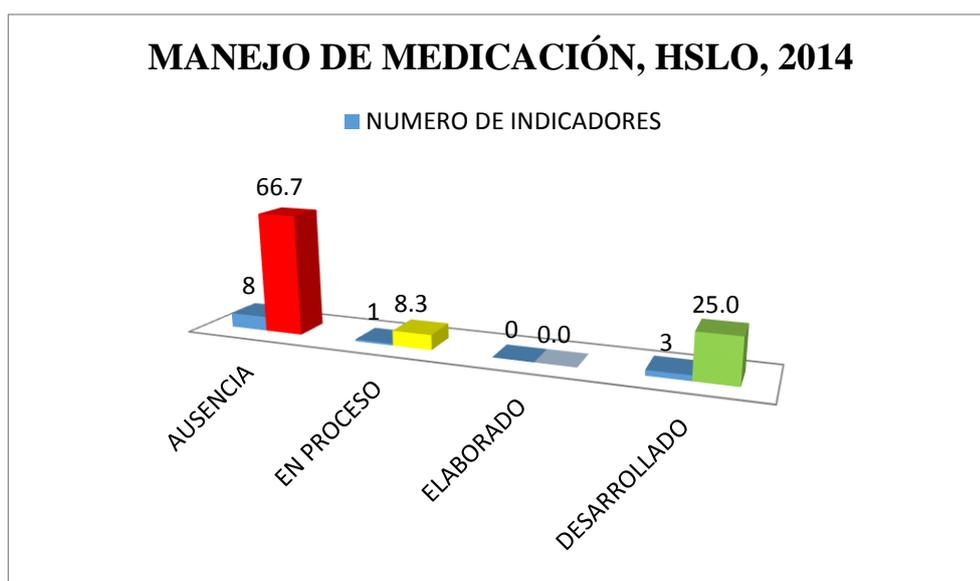
Variables / indicadores	Unidades				Suma	Media
	Hospitalización	Pediatría	Emergencia	Dirección / Farmacia		
Variable: Manejo de medicación						
Capacitación en el manejo de medicación	1	1	1		3	1
Medidas preventivas en medicamentos de alto riesgo	1	1	1	1	4	1
Participación del personal de la farmacia en los procesos referentes a la utilización y administración de la medicación	1	2	2	2	7	1.75
Las áreas de almacenamiento de la medicación son limpias, ordenada y con la suficiente iluminación.	1	3	3	3	10	2.5
Los medicamentos están almacenados en áreas seguras, accesibles sólo para el personal autorizado	1	2	2	2	7	1.75
Abastecimiento de la medicación para cada área del cliente.	4	4	4		12	4
Los medicamentos orales de dosis unitaria permanecen dentro del empaque del fabricante hasta el momento de su administración	4	4	4	4	16	4
Los concentrados de electrolitos no son almacenados en las áreas del servicio al cliente.	1	1	1	1	4	1
Los agentes citotóxicos se guarda en forma segura en un área segredada con adecuada ventilación (Los citotóxicos deben estar almacenados en áreas ventiladas y sin posibilidad de fuga)	1	1	1	1	4	1
La prescripción muestra el nombre del cliente, el nombre de la medicación, dosis, frecuencia y el profesional que la prescribe (existe hoja de prescripción en papel o informatizada)	4	4	4	4	16	4
Antes de administrar los medicamentos, un miembro calificado del equipo revisa cada prescripción para asegurar precisión e integridad.	1	1	1	1	4	1
Políticas sobre el almacenamiento seguro de los medicamentos y el desecho de los medicamentos caducados, contaminados o innecesarios.	1	1	1	1	4	1

Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Tabla 9 Resumen de valoración, manejo de medicación, HSLO.

CALIFICACIÓN	NUMERO DE INDICADORES	PORCENTAJE
AUSENCIA	8	66,7
EN PROCESO	1	8,3
ELABORADO	0	0,0
DESARROLLADO	3	25,0
TOTAL	12	100,0

Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Gráfico 3 Indicadores Manejo de medicación, según escala Likert, HSLO.

Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Análisis e interpretación de datos.- Podemos observar que en los resultados del estudio se presenta ausencia de ejecución e incumplimiento de estándares internacionales, debido a que el personal no recibe capacitación continua y actualizada sobre el manejo de medicamentos, no almacenan los medicamentos correctamente en áreas seguras en las que solo tenga acceso el personal capacitado, el personal farmacéutico no participa en la prescripción de medicamentos conjuntamente con el personal médico. Por estas razones de forma mayoritaria los

indicadores se ubican en la escala, bajo de oro. Se encuentra en proceso la implantación de áreas adecuadas de almacenamiento y preparación de medicamentos, cabe mencionar que los indicadores como, abastecimiento de medicamentos genéricos, el programa de dosis unitaria y el llenado correcto de la receta médica posicionan tienen una calificación Diamante.

4.1.2. Hospital San Vicente de Paúl.

Calculo del T de Student = 0.225

Tabla 10 *Semaforización de los indicadores HSVP, identificación del paciente.*

Variables / indicadores	Unidades				Suma	Media
	Hospitalización	Pediatría	Emergencia	Dirección / Farmacia		
Variable: Identificación del paciente						
El paciente es identificado correctamente por el personal de salud	2	3	2		7	2.33
Obtención de información esencial y de la historia medicamentosa del cliente, en el momento de su admisión o durante su primer contacto.	4	4	4		12	4
Protocolo documentado para la seguridad del paciente	3	3	4		10	3.33

Fuente: Lista de chequeo

Elaborado por: Investigadoras.

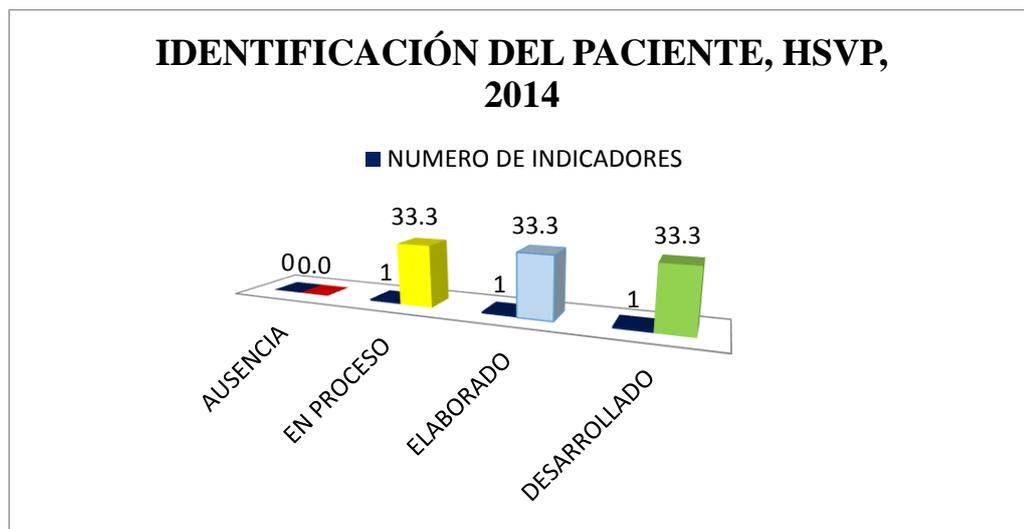
Tabla 11 *Resumen de valoración, identificación del paciente, HSVP*

CALIFICACIÓN	NUMERO DE INDICADORES	PORCENTAJE
AUSENCIA	0	0,0
EN PROCESO	1	33,3
ELABORADO	1	33,3
DESARROLLADO	1	33,3
TOTAL	3	100

Fuente: Lista de chequeo

Elaborado por: Investigadoras.

Gráfico 4 *Indicadores Identificación del paciente según escala Likert, HSVP.*



Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Análisis y discusión.- En base a los resultados obtenidos, se evidencia que en el HSVP en cuanto a la identificación del paciente, cuentan con estrategias y protocolos que ya se encuentran elaborados y que en razón a la recolección de datos informativos del paciente realizan prácticas que se encuentran dentro de los estándares Canadienses de Acreditación, luego de lo mencionado se puede concluir que la identificación de paciente está dentro de la escala Oro, protocolos de identificación se en escala Platino y obtención de información en escala Diamante dentro de los estándares de Acreditación Canadá Internacional.

Tabla 12 *Semaforización de los indicadores HSVP, abreviaturas peligrosas.*

Variables / indicadores	Unidades				Suma	Media
	Hospitalización	Pediatría	Emergencia	Dirección / Farmacia		
Variable: Abreviaturas peligrosas						
Alertas de medicación	4	4	4		12	4
Utilización de abreviaciones claras que contienen sólo la información esencial (revisar al menos 5 historias clínicas de cada unidad)	4	4	4	4	16	4
Se evitan abreviaciones no seguras o instrucciones confusas en las prescripciones médicas (revisar al menos 5 historias clínicas de cada unidad)	4	2	2		8	2.66

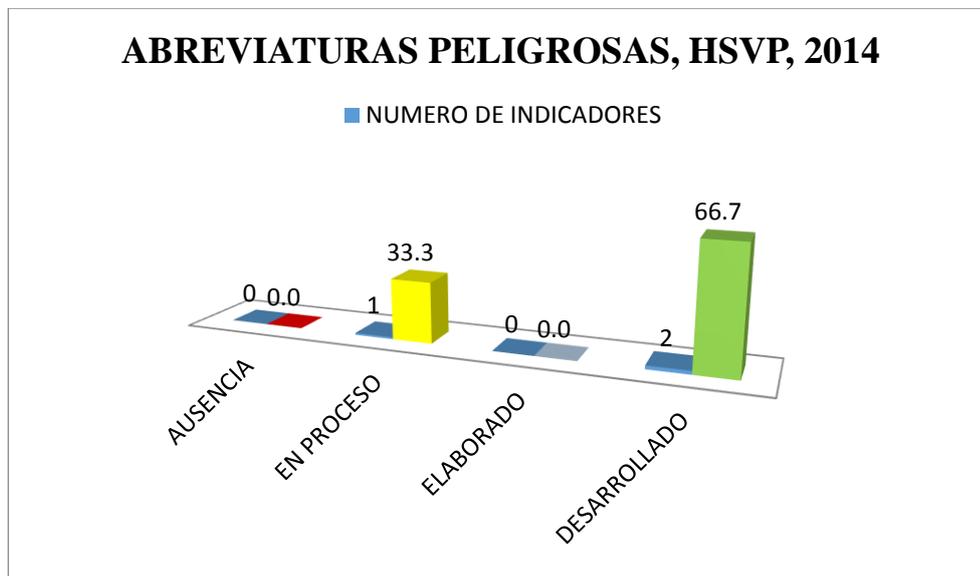
Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Tabla 13 *Resumen de valoración, abreviaturas peligrosas HSVP.*

CALIFICACIÓN	NUMERO DE INDICADORES	PORCENTAJE
AUSENCIA	0	0,0
EN PROCESO	1	33,3
ELABORADO	0	0,0
DESARROLLADO	2	66,7
TOTAL	3	100,0

Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Gráfico 5 *Indicadores Abreviaturas peligrosas según escala Likert, HSVP.*



Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Análisis y discusión.- con los resultados arrojados de abreviaturas peligrosas, indican que el HSVP mayoritariamente cuenta con estándares de calidad para su utilización adecuada, que dentro de los estándares de calidad internacional se encuentra en escala diamante por la razón de que utilizan alertas de los medicamentos, y no existe posibilidad de confusiones en la indicación médica.

Tabla 14 SemafORIZACIÓN de los indicadores, HSVP, manejo de medicación.

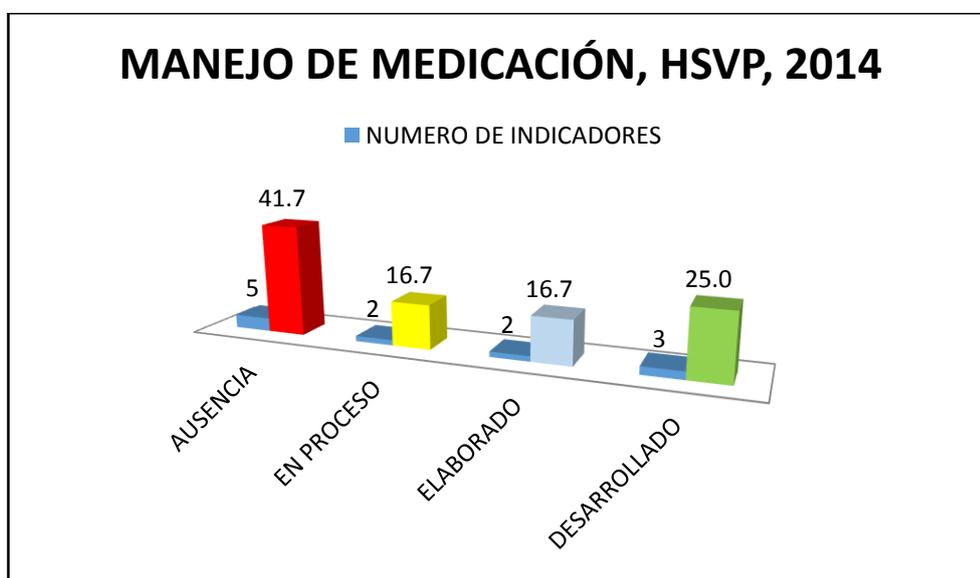
Variables / indicadores	Unidades				Suma	Media
	Hospitalización	Pediatría	Emergencia	Dirección / Farmacia		
Variable: Manejo de medicación						
Capacitación en el manejo de medicación	1	1	1		3	1
Medidas preventivas en medicamentos de alto riesgo	1	1	1		3	1
Participación del personal de la farmacia en los procesos referentes a la utilización y administración de la medicación	2	3	1	2	8	2
Las áreas de almacenamiento de la medicación son limpias, ordenada y con la suficiente iluminación.	1	4	4	4	13	3.25
Los medicamentos están almacenados en áreas seguras, accesibles sólo para el personal autorizado	1	2	2	2	7	1.75
Abastecimiento de la medicación para cada área del cliente.	4	1	4		9	3
Los medicamentos orales de dosis unitaria permanecen dentro del empaque del fabricante hasta el momento de su administración	4	4	4	4	16	4
Los concentrados de electrolitos no son almacenados en las áreas del servicio al cliente.	4	4	4		12	4
Los agentes citotóxicos se guarda en forma segura en un área segredada con adecuada ventilación (Los citotóxicos deben estar almacenados en áreas ventiladas y sin posibilidad de fuga)	1	1	1		3	1
La prescripción muestra el nombre del cliente, el nombre de la medicación, dosis, frecuencia y el profesional que la prescribe (existe hoja de prescripción en papel o informatizada)	4	4	4		12	4
Antes de administrar los medicamentos, un miembro calificado del equipo revisa cada prescripción para asegurar precisión e integridad.	2	1	2		5	1.66
Políticas sobre el almacenamiento seguro de los medicamentos y el desecho de los medicamentos caducados, contaminados o innecesarios.	2	3	3		8	2.66

Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Tabla 15 Resumen de valoración, manejo de medicación, HSVP

CALIFICACIÓN	NUMERO DE INDICADORES	PORCENTAJE
AUSENCIA	5	41,7
EN PROCESO	2	16,7
ELABORADO	2	16,7
DESARROLLADO	3	25,0
TOTAL	12	100,0

Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Gráfico 6 Indicadores Manejo de medicación, según escala Likert, HSVP.

Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Análisis y discusión.- En el HSVP, se observó que general los servicios cumplen con indicadores ubicados en escala Oro, Platino y Diamante de la Acreditación Internacional Canadá, en aspectos como, la participación del personal de farmacia en la prescripción y administración de medicamentos, áreas de almacenamiento apropiadas, abastecimiento de medicación en DU y de manera importante el almacenamiento de electrolitos en áreas seguras. En menor cantidad pero no ausente, se encuentran indicadores por debajo de Oro, entre los cuales están la capacitación continua del personal y las medidas preventivas en medicamentos de alto riesgo.

4.1.3. Hospital Asdrúbal De La Torre

Calculo del T de Student= 0.46

Tabla 16 *Semaforización de los indicadores HADLT, identificación del paciente.*

Variables / indicadores	Unidades				Suma	Media
	Hospitalización	Pediatría	Emergencia	Dirección / Farmacia		
Variable: Identificación del paciente						
El paciente es identificado correctamente por el personal de salud	1	1	1		3	1
Obtención de información esencial y de la historia medicamentosa del cliente, en el momento de su admisión o durante su primer contacto.	4	4	4		12	4
Protocolo documentado para la seguridad del paciente	2	2	1		5	1.66

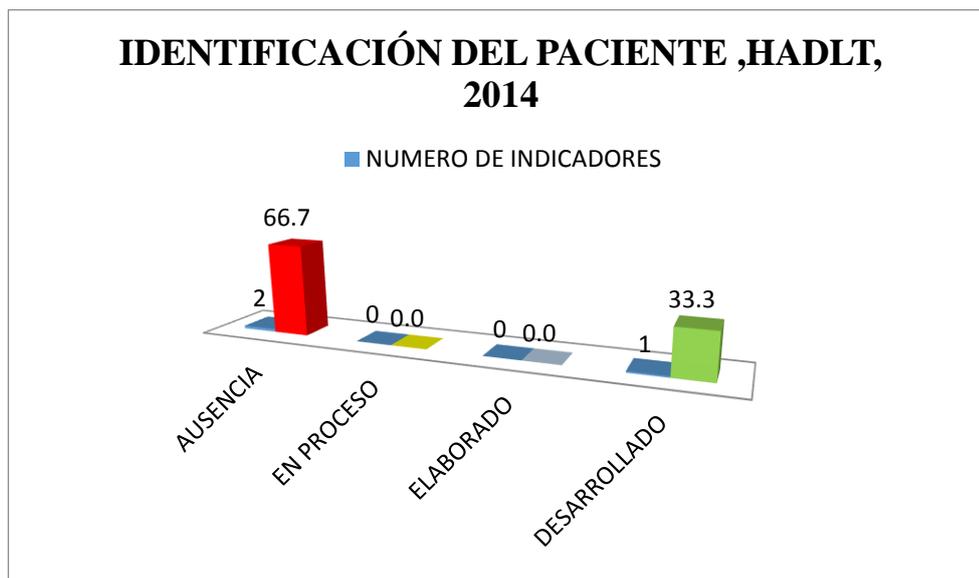
Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Tabla 17 *Resumen de valoración, identificación del paciente, HADLT*

CALIFICACIÓN	NUMERO DE INDICADORES	PORCENTAJE
AUSENCIA	2	66,7
EN PROCESO	0	0,0
ELABORADO	0	0,0
DESARROLLADO	1	33,3
TOTAL	3	100,0

Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Gráfico 7 Indicadores Identificación del paciente, según escala Likert, HADLT



Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Análisis y discusión.- El resultado obtenido indica que el HADLT es deficiente en los procesos, técnicas de identificación de pacientes y llenado de documentación informativa del paciente debido a esa razón los indicadores tienen una calificación bajo de Oro. Con respecto a la recolección de información acerca de historial medicamentoso (conciliación) recibe una calificación Diamante de la Acreditación Internacional Canadá.

Tabla 18 *Semaforización de los indicadores, HADLT, abreviaturas peligrosas.*

Variables / indicadores	Unidades				Suma	Media
	Hospitalización	Pediatría	Emergencia	Dirección / Farmacia		
Variable: Abreviaturas peligrosas						
Alertas de medicación	4	4	1		9	3
Utilización de abreviaciones claras que contienen sólo la información esencial (revisar al menos 5 historias clínicas de cada unidad)	3	3	3		9	3
Se evitan abreviaciones no seguras o instrucciones confusas en las prescripciones médicas (revisar al menos 5 historias clínicas de cada unidad)	3	3	1		7	2.33

Fuente: Lista de chequeo

Elaborado por: Investigadoras.

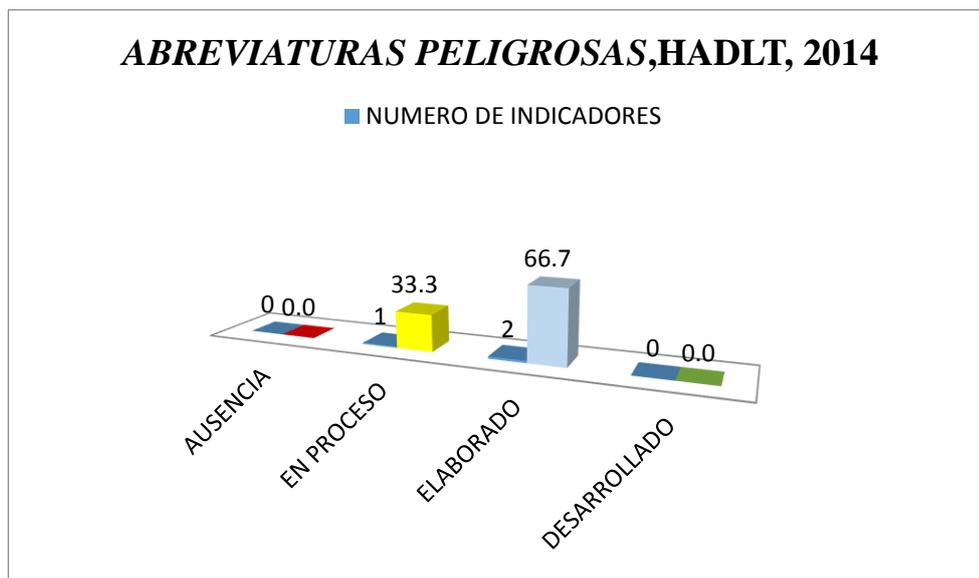
Tabla 19 *Resumen de valoración, abreviaturas peligrosas, HADLT*

CALIFICACIÓN	NUMERO DE INDICADORES	PORCENTAJE
AUSENCIA	0	0,0
EN PROCESO	1	33,3
ELABORADO	2	66,7
DESARROLLADO	0	0,0
TOTAL	3	100,0

Fuente: Lista de chequeo

Elaborado por: Investigadoras.

Gráfico 8 *Indicadores Abreviaturas Peligrosas, según escala Likert, HADLT*



Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Análisis y discusión.- En Razón de los resultados obtenidos, el HADLT, cuenta con indicadores que se hallan en proceso y elaborados, siendo portadores de calificación Oro y Platino respectivamente. Lo que indica que el Hospital se encuentra implementando normas y que evaden el uso excesivo e innecesario de abreviaturas.

Tabla 20 SemafORIZACIÓN de los indicadores, HADLT, manejo de medicación.

Variables / indicadores	Unidades				Suma	Media
	Hospitalización	Pediatría	Emergencia	Dirección / Farmacia		
Variable: Manejo de medicación						
Capacitación en el manejo de medicación	1	1	1	1	4	1
Medidas preventivas en medicamentos de alto riesgo	1	1	1	1	4	1
Participación del personal de la farmacia en los procesos referentes a la utilización y administración de la medicación	1	1	1	1	4	1
Las áreas de almacenamiento de la medicación son limpias, ordenada y con la suficiente iluminación.	1	1	2	2	6	1.5
Los medicamentos están almacenados en áreas seguras, accesibles sólo para el personal autorizado	2	2	2	2	8	2
Abastecimiento de la medicación para cada área del cliente.	1	1			2	1
Los medicamentos orales de dosis unitaria permanecen dentro del empaque del fabricante hasta el momento de su administración	4	4	4	4	16	4
Los concentrados de electrolitos no son almacenados en las áreas del servicio al cliente.	1	1	2	1	5	1.25
Los agentes citotóxicos se guarda en forma segura en un área segredada con adecuada ventilación (Los citotóxicos deben estar almacenados en áreas ventiladas y sin posibilidad de fuga)	1	1	1	1	4	1
La prescripción muestra el nombre del cliente, el nombre de la medicación, dosis, frecuencia y el profesional que la prescribe (existe hoja de prescripción en papel o informatizada)	4	4	4	4	16	4
Antes de administrar los medicamentos, un miembro calificado del equipo revisa cada prescripción para asegurar precisión e integridad.	1	1	1	1	4	1
Políticas sobre el almacenamiento seguro de los medicamentos y el desecho de los medicamentos caducados, contaminados o innecesarios.	1	1	1	1	4	1

Fuente: Lista de chequeo

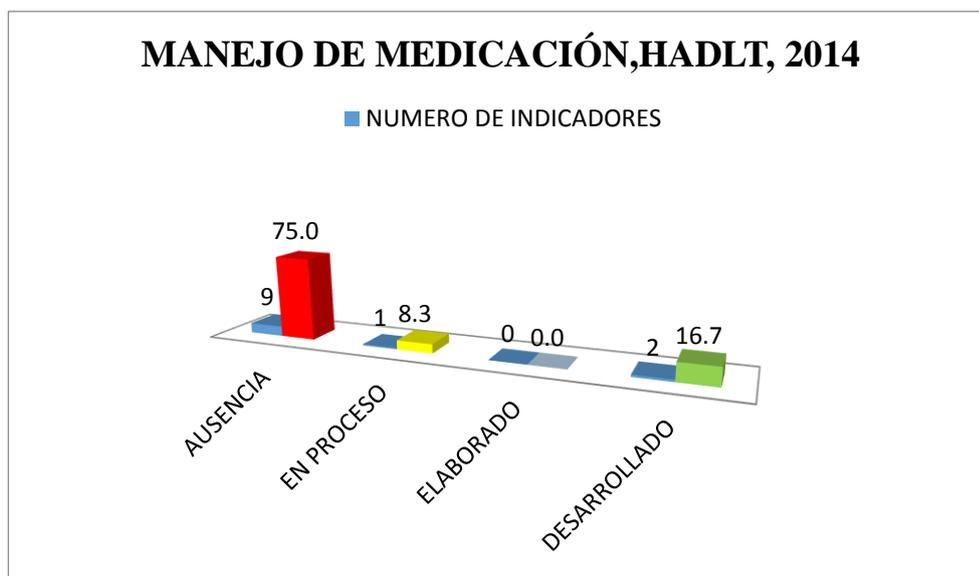
Elaborado por: Investigadoras.

Tabla 21 Resumen de valoración, manejo de medicación, HADLT.

CALIFICACIÓN	NUMERO DE INDICADORES	PORCENTAJE
AUSENCIA	9	75,0
EN PROCESO	1	8,3
ELABORADO	0	0,0
DESARROLLADO	2	16,7
TOTAL	12	100,0

Fuente: Lista de chequeo

Elaborado por: Investigadoras.

Gráfico 9 Indicadores Manejo de medicación, según escala Likert, HADLT

Fuente: Lista de chequeo

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis y discusión.- En su gran mayoría los indicadores del HADLT, no logran superar la escala bajo de Oro, siendo una cantidad de nueve indicadores catalogados en este nivel. Conviene rescatar dos indicadores de; DU y prescripción medicamentosa que indican estar dentro de la escala Diamante, además cuenta con un indicador en proceso, de almacenamiento seguro y accesible únicamente para el personal autorizado.

4.1.4 Hospital de Atuntaqui

Calculo del T de Student = 0.45

Tabla 22 *Semaforización de los indicadores, HBA, identificación del paciente.*

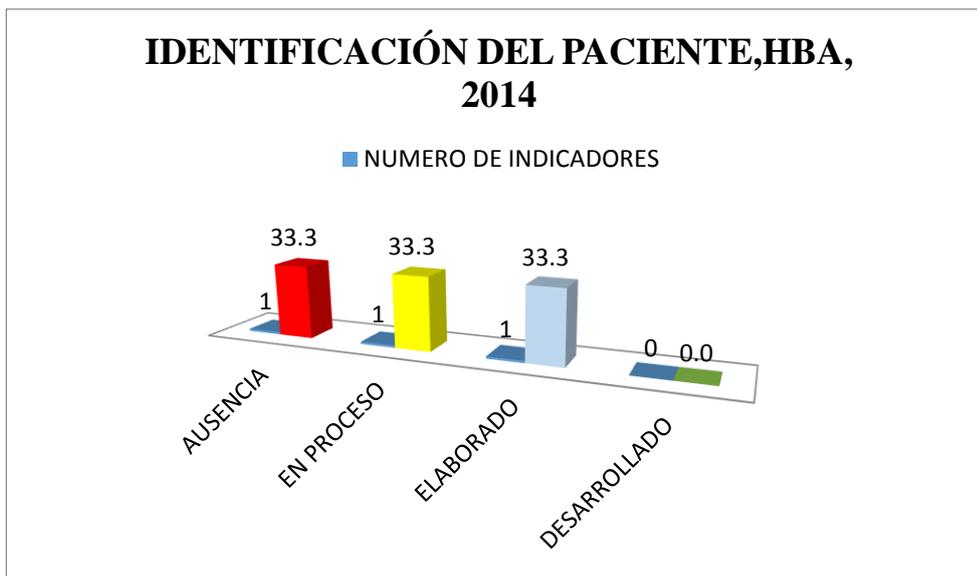
Variables / indicadores	Unidades				Suma	Media
	Hospitalización	Pediatría	Emergencia	Dirección / Farmacia		
Variable: Identificación del paciente						
El paciente es identificado correctamente por el personal de salud	2	2	2		6	2
Obtención de información esencial y de la historia medicamentosa del cliente, en el momento de su admisión o durante su primer contacto.	1	2	1		4	1.33
Protocolo documentado para la seguridad del paciente	3	3	3		9	3

Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Tabla 23 *Resumen de valoración, identificación del paciente, HBA.*

CALIFICACIÓN	NUMERO DE INDICADORES	PORCENTAJE
AUSENCIA	1	33,3
EN PROCESO	1	33,3
ELABORADO	1	33,3
DESARROLLADO	0	0,0
TOTAL	3	100,0

Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Gráfico 10 Indicadores Identificación del paciente según escala Likert, HBA.

Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Análisis y discusión.- Según los datos recolectados, se observa que no alcanza superar la calificación Platino con el indicador de protocolos de documentación para la seguridad del paciente. Falencias en la conciliación medicamentosa situando el indicador en escala bajo de Oro, y medidas de identificación del paciente, en escala Oro.

Tabla 24 Semaforización de los indicadores, HBA, abreviaturas peligrosas.

Variables / indicadores	Unidades				Suma	Media
	Hospitalización	Pediatría	Emergencia	Dirección / Farmacia		
Variable: Abreviaturas peligrosas						
Alertas de medicación	1	1	1		3	1
Utilización de abreviaciones claras que contienen sólo la información esencial (revisar al menos 5 historias clínicas de cada unidad)	2	2	2		6	2
Se evitan abreviaciones no seguras o instrucciones confusas en las prescripciones médicas	2	2	2		6	2

(revisar al menos 5 historias clínicas de cada unidad)						
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Lista de chequeo

Elaborado por: Investigadoras.

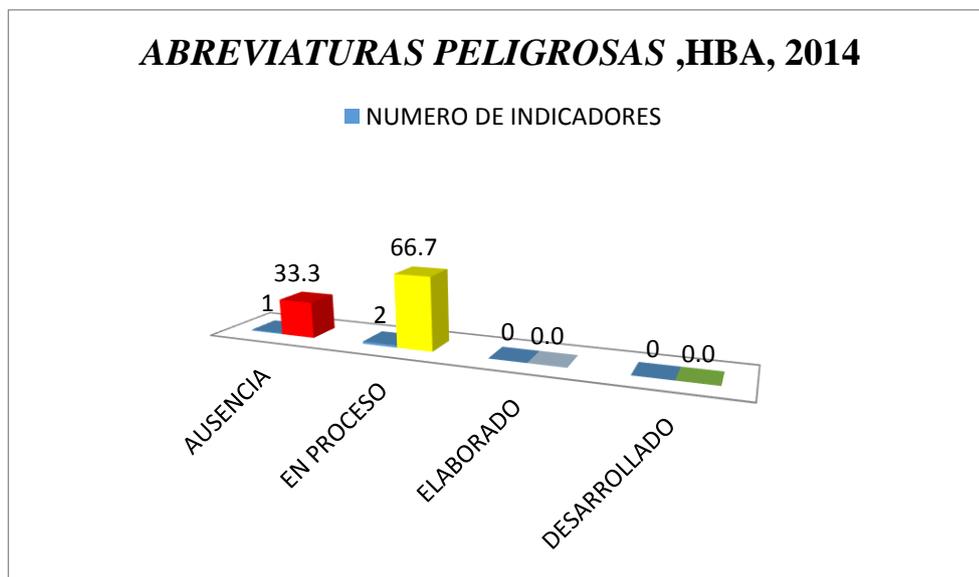
Tabla 25 Resumen de valoración, abreviaturas peligrosas, HBA.

CALIFICACIÓN	NUMERO DE INDICADORES	PORCENTAJE
AUSENCIA	1	33,3
EN PROCESO	2	66,7
ELABORADO	0	0,0
DESARROLLADO	0	0,0
TOTAL	3	100,0

Fuente: Lista de chequeo

Elaborado por: Investigadoras.

Gráfico 11 Indicadores Abreviaturas peligrosas según escala Likert, HBA



Fuente: Lista de chequeo

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis y discusión.- Las abreviaturas peligrosas en el HBA según la información resultante, indican que existe dos indicadores en escala Oro, siendo estos, utilización de abreviaturas claras y descartar el uso de abreviaciones no seguras. Y bajo de Oro el uso de alertas de medicación, tales como nomenclatura, empacamiento y etiquetamiento.

Tabla 26 *Semaforización de los indicadores, HBA, manejo de medicación*

Variables / indicadores	Unidades				Suma	Media
	Hospitalización	Pediatría	Emergencia	Dirección / Farmacia		
Variable: Manejo de medicación						
Capacitación en el manejo de medicación	1	1	1		3	1
Medidas preventivas en medicamentos de alto riesgo	1	1	1	1	4	1
Participación del personal de la farmacia en los procesos referentes a la utilización y administración de la medicación	1	1	2	1	5	1.25
Las áreas de almacenamiento de la medicación son limpias, ordenada y con la suficiente iluminación.	1	2	1	2	6	1.5
Los medicamentos están almacenados en áreas seguras, accesibles sólo para el personal autorizado	1	2	1	1	5	1.25
Abastecimiento de la medicación para cada área del cliente.	4	4	4		12	4
Los medicamentos orales de dosis unitaria permanecen dentro del empaque del fabricante hasta el momento de su administración	4	4	4	4	16	4
Los concentrados de electrolitos no son almacenados en las áreas del servicio al cliente.	1	1	1	1	4	1
Los agentes citotóxicos se guarda en forma segura en un área segredada con adecuada ventilación (Los citotóxicos deben estar almacenados en áreas ventiladas y sin posibilidad de fuga)	1	1	1	1	4	1
La prescripción muestra el nombre del cliente, el nombre de la medicación, dosis, frecuencia y el profesional que la prescribe (existe hoja de prescripción en papel o informatizada)	4	4	4	4	16	4
Antes de administrar los medicamentos, un miembro calificado del equipo revisa cada prescripción para asegurar precisión e integridad.	1	2	2	1	6	1.5
Políticas sobre el almacenamiento seguro de los medicamentos y el desecho de los medicamentos caducados, contaminados o innecesarios.	1	1	1	1	4	1

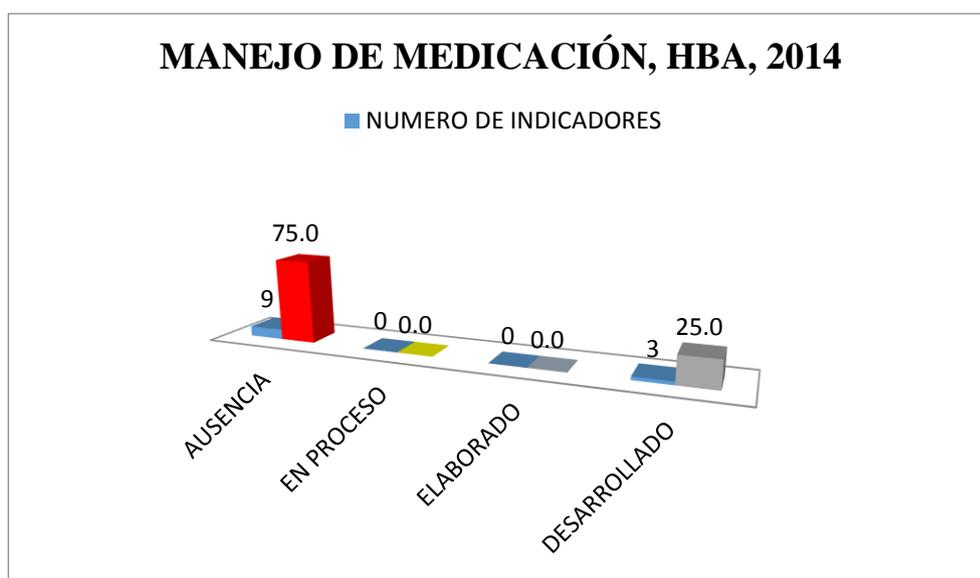
Fuente: Lista de chequeo

Elaborado por: Investigadoras.

Tabla 27 Resumen de valoración, manejo de medicación, HBA.

CALIFICACIÓN	NUMERO DE INDICADORES	PORCENTAJE
AUSENCIA	9	75,0
EN PROCESO	0	0,0
ELABORADO	0	0,0
DESARROLLADO	3	25,0
TOTAL	12	100,0

Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Gráfico 12 Indicadores Manejo de medicación según escala Likert, HBA

Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Análisis y discusión.- En sentido de la escala Internacional Canadá, dentro de los resultados arrojados se puede decir que el HBA no cuenta con indicadores que cumplan con escala Oro y Platino. Mientras que nueve de doce indicadores se sitúan bajo de Oro, demostrando que el hospital no cuenta con prácticas seguras para el manejo de medicamentos, los tres indicadores restantes están calificados en escala Diamante, refiriéndose al abastecimiento de medicación, DU y correcta prescripción médica.

4.1.5. Consolidado de los Hospitales.

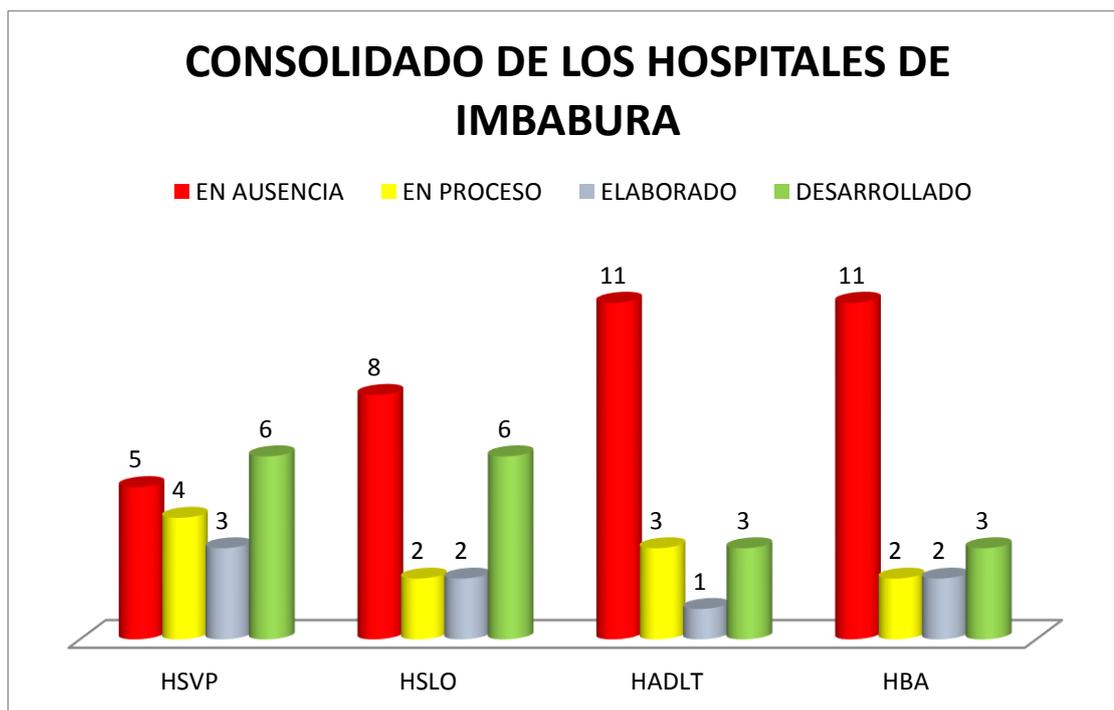
Tabla 28 Consolidado de indicadores Hospitales Públicos de Imbabura.

HOSPITAL	HSVP	HSLO	HADLT	HBA
EN AUSENCIA	5	8	11	11
EN PROCESO	4	2	3	2
ELABORADO	3	2	1	2
DESARROLLADO	6	6	3	3

Fuente: Lista de chequeo.

Elaborado por: Investigadoras.

Gráfico 13 Consolidado de los Hospitales de Imbabura



Fuente: Lista de chequeo.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis._ En este grafico se puede observar que en los cuatro Hospitales de la Provincia predomina la usencia del cumplimiento de los indicadores, con un número de 35, misma que equivale a la escala por debajo de Oro representado por el color rojo; sucesivamente se encuentra con 18 indicadores desarrollados que equivale a Diamante representados por el color verde; con 11 indicadores en proceso que equivalen a Oro representado por amarillo; y finalmente se encuentran elaborado 8 indicadores representando la escala Platino, en color celeste. En comparación entre los cuatro hospitales se logra evidenciar que tanto el HADLT y HBA se encuentran en la misma escala bajo de Oro y Diamante, situándolos como hospitales que no brindan atención basada en estándares de calidad Internacional. Por el contrario el HSLO es la única unidad que cuenta con menor cantidad de indicadores Bajo de Oro y compartiendo la misma cantidad de indicadores Diamante con el HSVP, pero esta institución también cuenta con ocho indicadores bajo de Oro y que gracias a la observación directa realizada podemos expresar que poseen protocolos pero que en muchas ocasiones no los ejecutan siguiendo cada una de las puntuaciones.

4.1.7. Tabla de contingencia.

Construcción de tablas de contingencia

Para analizar la relación de las variables cualitativas nominales se estructuró la siguiente tabla de contingencias o tabla de doble entrada, con la finalidad de analizar a los cuatro hospitales y las escalas de valoración indicadas (ausencia, en proceso, elaborado y desarrollado). La tabla de contingencia además permite organizar la información de los formatos usados en la investigación de forma bidimensional (variables cualitativas).

Tabla 29 *Tabla de contingencia o de doble entrada*

Hospital	Ausencia	En proceso	Elaborado	Desarrollado	Total marginal
San Vicente de Paúl	5	4	3	6	18
San Luis de Otavalo	8	2	2	6	18
Atuntaqui	11	3	1	3	18
Cotacachi	11	2	2	3	18
Total marginal	35	11	8	18	72

Fuente: Lista de chequeo

Elaborado por: Investigadoras.

De la tabla se puede observar que el puntaje total de la valoración es de 72, que 35 puntos corresponde a ausencia, 11 puntos en proceso, 8 puntos a elaborado y 18 puntos a desarrollo. En la tabla permite obtener información cruzada de las variables medidas en relación a los cuatro hospitales. Los resultados arrojados de la presente investigación indican que los hospitales públicos de Imbabura no se rigen a estándares internacionales en cuanto a calidad de atención, y que aun cuando existen medidas ya implementadas, muchas de ellas no se aplican de manera adecuada, exponiendo al paciente a riesgos prevenibles.

Frecuencias relativas marginales

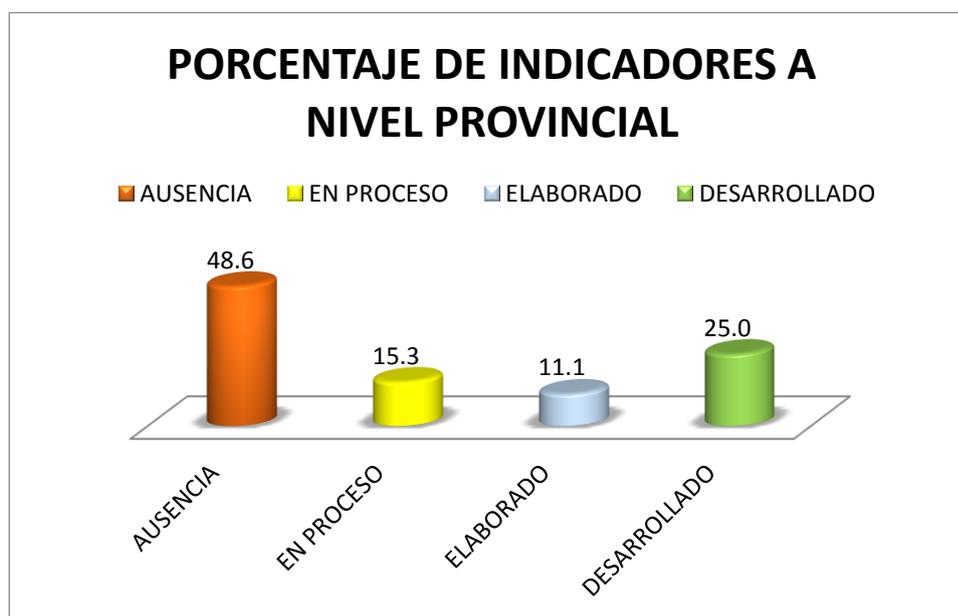
Se procedió a determinar los valores relativos marginales con la escala de medición establecida, encontrándose que el valor de la ausencia es del 48.6%, en proceso el 15.3%, elaborado el 11.1% y en desarrollo el 25%, como muestra el siguiente cuadro y grafico respectivo.

Tabla 30 Frecuencias relativas marginales

Escala de medición	Valores relativos
Ausencia	$35 / 72 = 48.6\%$
En proceso	$11 / 72 = 15.3\%$
Elaborado	$8 / 72 = 11.1\%$
Desarrollado	$18 / 72 = 25\%$

Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

Gráfico 14 porcentajes de indicadores a nivel provincia



Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras.

4.2. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Tabla 31 Resultado de la *t* de Student

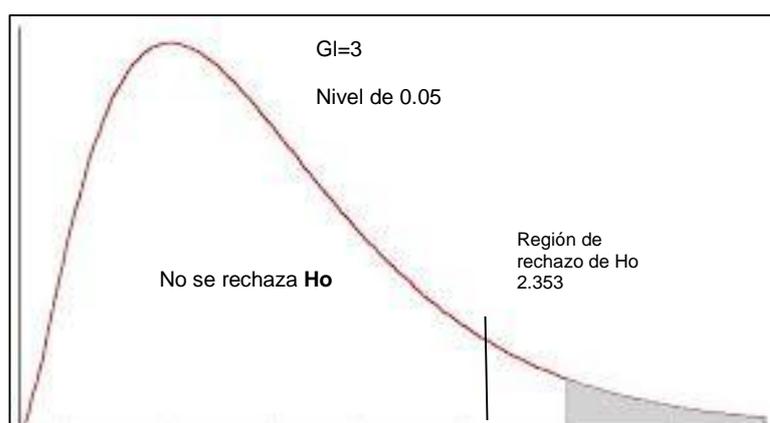
Hospital	Grados de libertad	Valor crítico de <i>t</i>	Valor calculado de <i>t</i>	Nivel de aceptación
Hospital San Luis de Otavalo	3	2.353	0.225	Se acepta HO
Hospital San Vicente de Paul	3	2.353	0.67	Se acepta HO
Hospital de Atuntaqui	3	2.353	0.45	Se acepta HO
Hospital de Cotacachi	3	2.353	0.46	Se acepta HO

Fuente: Lista de chequeo
Elaborado por: Investigadoras

Análisis.- Tomando en cuenta los valores obtenidos del cálculo de *t* de Student, se puede comprobar que en todos los hospitales públicos de la provincia de Imbabura se comprueba que en la gestión de calidad, respecto a manejo de medicamentos, identificación del paciente y uso de abreviaturas peligrosas, no alcanza a los estándares internacionales según lineamientos de la Acreditación Canadá. (Hipótesis nula= H_0), es decir se aprueba la hipótesis nula.

Distribución probabilística de *t* de Student para 3 grados de libertad que indica que la región de rechazo al nivel de significancia de 0.050

Gráfico 15 Campana de Gauss, pruebas de significancia una sola cola



4.3. CONCLUSIONES

1. El manejo de medicación en los cuatro hospitales públicos de Imbabura, presenta deficiencias en cuanto a procesos de gestión de medicamentos, debido a que no se rige a lineamientos acordes a estándares internacionales, resultando en que ninguno de los hospitales alcanza la acreditación Canadá Internacional.
2. La escritura en las respectivas indicaciones médicas, recetas y transcripción de enfermería se realiza con letra ilegible y espaciado incorrecto, dando lugar a posibles equivocaciones y errores en administración de medicamentos, se evidenció además que, existe un uso excesivo de abreviaturas que se deberían obviar para prevenir riesgos de eventos adversos.
3. Los profesionales de enfermería recurren a la manilla de identificación como técnica primordial de identificación del paciente, asimismo se evidencia que la manilla es apenas manejada y verificada anticipadamente a la administración de medicación, procesos o cuidados dirigidos hacia el paciente.
4. En los cuatro Hospitales se constata que en la mayoría de servicios no disponen de protocolos estandarizados acerca del uso de medicación segura uso de abreviaturas peligrosas e identificación del paciente y si los tienen se encuentran guardados por la líder del servicio, lo que conlleva a que el personal ejecute un procedimiento de acuerdo a su criterio, experiencia y conocimiento.
5. El mejoramiento o actualización de los protocolos de identificación del paciente y administración segura de medicamentos contribuye a un mayor cuidado y seguridad del paciente, previniendo errores e implementando nuevas técnicas y procedimientos sustentados en bibliografía con evidencia científica.

4.4. RECOMENDACIONES

En base a los datos conseguidos en la presente investigación, se determina las siguientes recomendaciones:

1. En el uso y aplicación de abreviaturas peligrosas es de suma importancia que se controle y a modo de incentivo, se premie con ofertas académicas, seminarios, cursos, talleres de actualización científica cuando exista una correcta aplicación de las mismas, para que de esa manera exista mayor cuidado al momento de su aplicación.
2. La identificación del paciente en nuestros hospitales podría decirse que se realiza según lo dicta los estándares internacionales, pero aun así es indispensable que el personal de enfermería verifique la manilla se halle correctamente llenada correctamente con los datos obligatorios antes de la realización de cada procedimiento, cambio de turno o traslado de servicio dentro de la casa de salud.
3. Los hospitales públicos de Imbabura en la actualidad ya cuentan con procesos de mejora, que para nuestra apreciación cada unidad hospitalaria debería contar con normas y protocolos estandarizados de gestión en medicamentos, y si ya los poseen, la aplicación y cumplimiento a cabalidad de cada protocolo y cada técnica, fortalecerá la calidad de atención y seguridad del paciente.
4. Es de suma necesidad que la Universidad Técnica de Norte fomente estrategias de inclusión para que los estudiantes de la carrera de enfermería estén inmersos consecutivamente dentro de la investigación científica en especial acerca de temas de seguridad del paciente y de nuevas modalidades de intervención con estándares de calidad internacional, para que dentro del área de práctica pre-profesional se formen con criterio y bases fundamentadas en evidencias.

5. La Universidad Técnica del Norte, Carrera de enfermería debe brindar cursos, seminarios, talleres, que sean dictados por profesionales de medicina, farmacéutica y enfermería con actualizaciones académicas que sean basadas en evidencia y que se encuentren al margen de la época, a razón de que, tanto profesionales de enfermería y estudiantes de la carrera conozcan las estrategias que se implementan en otros países del mundo y que se puedan acoger en unidades hospitalarias de la provincia.

BIBLIOGRAFÍA

- Accreditation Canada International. (4 de octubre de 2015). *Accreditation Canada Agrément Canada International* . Obtenido de <http://www.internationalaccreditation.ca/accreditation/patientsafety.aspx>
- Accreditation Canada International. (2010). *Qmentum Internacional. Normas Manejo de la Medicación* . Canadá: Accreditation Canada International.
- Accreditation Canada International. (2014). *Qmentum International Programa de acreditación. Prácticas Organizacionales Requeridas 2014*. Canada: Accreditation Canada International.
- Accreditación Canadá Internacional. (2013). *Informe de Evaluación de la Preparación, Preparado para: Hospital San Vicente de Paúl*. Ibarra, Ecuador: Accreditación Canadá Internacional.
- Acuña, L. A. (2008). Recomendaciones para la prevención de los errores de medicación. *Consejo asesor para la prevención de los errores de medicación de Cataluña*, 1.
- Agencia Nacional de Regulacion, Control y Vgilancia Sanitaria. (24 de Diciembre de 2013). *Agencia Nacional de Regulacion, Control y Vgilancia Sanitaria*. Obtenido de Centro Nacional de Farmacovigilancia: file:///C:/Users/USER1/Desktop/CENTRO%20NACIONAL%20DE%20FARMACOVIGILANCIA%20_%20Agencia%20Nacional%20de%20Regulaci%F3n%20,%20Control%20y%20Vigilancia%20Sanitario.html
- Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria. (24 de Diciembre de 2013). *Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria*. Obtenido de <http://www.controlsanitario.gob.ec/cnfv/>
- Ahmad, E. (05 de Diciembre de 2014). Nurses' Perception of Medication Administration Errors. *American Journal of Nursing Research*, 2(4), 63.
- Ahmad, E. (2014). Nurses' Perception of Medication Administration Errors. *American Journal of Nursing Research*, 67.
- Alianza Mundial Para la Seguridad del Paciente. (2008). *La Investigación en Seguridad del Paciente*. Francia: Organización Mundial de la salud.
- Almeida, N. (2010). *Errores de prescripción en el area de consulta externa del Hospital José Félix Valdivieso Santa Isabel 2010* . Cuenca : Universidad de Cuenca .
- Aspden, P. W. (2006). *Preventing Medication Errors: Quality Chasm Series*. Washington, DC: National Academy Press.
- Atif, R. B. (2010). Medical error in Canadá: Issues related to reporting of medical error and methods to increase reporting. *Clinical Review*, 15-18.

- Barahona, M. O. (2013-2014). *Eventos Adversos Relacionados Con Los Cuidados De Enfermería En El Hospital San Vicente De Paúl*. Ibarra- Ecuador: Universidad Técnica del Norte.
- Barahona, M. O. (2014). *Eventos Adversos Relacionados Con Los Cuidados De Enfermería En El Hospital San Vicente De Paúl Periodo 2013-2014*. Ibarra- Ecuador: UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.
- Benítez, S. C. (2006). *Implementación de Protocolos de Atención en el Servicio de Consulta externa del Hospital Básico De Atuntaqui*. Ibarra: UTPL.
- Bonifaz, L. (2013). *Implementación de un Sistema de Dispensación de Medicamentos por Dosis Unitaria, en el Servicio de Pediatría del Hospital "Raúl Maldonado Mejía", Cayambe 2013*. Quito: Universidad Técnica Particula De Loja.
- Bortoli, S. A. (2010). Identificación y análisis de los Errores de Medicación en Seis Hospitales Brasileños. *Ciencia y Enfermería*, 85-95.
- Bum, C. M. (2015). *Society of Hospital Medicine*. Obtenido de A Pharmacist Based Intervention to Prevent Medication Errors at Discharge: <http://www.shmabstracts.com/abstract/a-pharmacist-based-intervention-to-prevent-medication-errors-at-discharge/>
- Cabrera, s. (2011). *Análisis del registro de las prescripciones en la ficha médica de regímenes de quimioterapia para pacientes oncohematológicos hospitalizados en el Instituto del Cáncer Solca Cuenca durante el período enero a junio de 2010*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Castro, J. (2013). Frecuencia y Caracterización de los Errores de Medicación en los Servicios de Hospitalización de una Clínica en Cali, Colombia. *Rev. Colomb. Cienc. Quim. Farm*, 5-18.
- Catani, M. I. (2011). *Eficacia De Un Formato Estructurado Para La Prescripción Médica En La Consulta Externa Del Hospital Vozandes Del Oriente-Shell*. Quito : Pontificia Universidad Católica del Ecuador .
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Asamblea Nacional República del Ecuador.
- Del Rey, E. E. (2014). Errores de medicación en pacientes del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE. *Med Int Méx*, 641-650.
- Egas, M. L. (2008). *Conocimiento De Las Enfermeras Y Los Enfermeros Sobre Seguridad Del Paciente Y Su Relación Con Eventos Adversos En Los Hospitales Públicos Imbabura Ecuador 2008*. Ibarra: Universidad Técnica Del Norte.
- Esp. Benavides, P. M. (2008). *Conocimiento De Las Enfermeras Y Los Enfermeros Sobre Seguridad Del Paciente Y Su Relación Con Eventos Adversos En Los Hospitales Públicos Imbabura Ecuador 2008*. Ibarra: Universidad Técnica Del Norte.

- Espinal, M. Y. (2010). *Seguridad del Paciente: Aspectos Generales y Conceptos Básicos* . Medellín Colombia : Universidad CES Facultad de Medicina .
- Eugenia, A. (2015). *Aplicación De Normas De Bioseguridad Y Su Incidencia En La Administración De Medicamentos En El Servicio De Cirugía Hombres Del Hospital Provincial Docente Ambato*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
- Federación Ecuatoriana de Enfermeras/os. (1999). *Ley De Ejercicio Profesional De Las Enfermeras Y Enfermeros Del Ecuador*. Quito.
- Figueroa, G. (2013). Boletín de Enfermería. Administración de Medicamentos. *Mexfam Salud para tu Familia* , 14.
- Flores, E. (2013). *Fortalecimiento Del Proceso De La Administración De Medicamentos En El Personal De Enfermería Del Hospital Del Niño Morlense 2011*. Cuernavaca, México.
- Gavilanez, K. S. (2014). *Norma y Protocolo Previsión, Registro, Gestion de Eventos Advrsos* . Pastaza: MSP.
- Hospital Clínico San Carlos de Madrid . (2011). *Herramientas Corporativas en Seguridad Clínica*. Madrid: Salud Madrid.
- Hospital Padre Hurtado. (2009). Analisis De La Cultura Sobre Seguridad Del Paciente En El Hospital Padre Hurtado. *Gerencia de Calidad, Unidad de Gestión de Riesgo Clínico*, 3.
- Hospital Universidad del Norte . (2013). *Guía para la Preparación, Administración, Control y Vigilancia de los Medicamentos* . Colombia : Fundación Centro Médico del Norte .
- Hospital Vicente Corral Moscoso. (2015). *Norma Técnica de Identificación del Paciente*. Cuenca- Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. (2011). *Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International*. EE. UU.: Joint Commission Resources.
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization . (2011). *Report Unexpected events and errors in drug administration*. Washington, USA: JCAHO.
- Kohn, L. C. (1999). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC:: National Academy Press.
- Llorens, M. F. (2005). *Gestión de la Calidad Empresarial: Fundamentos e Implantación*. Madrid- España: Piramide.
- Machado, F. S. (2012). Administración de medicamentos: conocimiento de los enfermeros del sector de urgencia y emergencia. *Enfermería Global* , 54-69.
- Martinez, W. (2009). *Gestion De Medicamentos*. Hawai: ATLANTIC INTERNATIONAL UNIVERSITY.

- Maureira, M. (2013). *Protocolo de Identificación de Pacientes Hospital Base de Linares*. Chile: Ministerio de Salud Chile.
- Mejía, M. (2012). *Propuesta De Inertizacion Por Los Metodos De Hidrolisis Acida Y Oxidacion, De Medicamentos Antiparasitarios Vencidos (Metronidazol, Mebendazol Y Albendazol) Generados Por El Sistema Hospitalario Nacional*. EL SALVADOR: UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.
- Miasso, A. C. (2006). El Proceso De Preparación Y Administración De Medicamentos: Identificación De Problemas Para Proponer Mejoras Y Prevenir Errores De Medicación. *Rev Latino-am Enfermagem*, 354-363.
- MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ. (2013). *INFORMACIÓN PARA LOS PROFESIONALES DE SALUD: ERRORES DE MEDICAMENTOS*. Panamá: Ministerio De Salud De Panamá .
- Ministerio De Salud Pública . (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*. Quito. Recuperado el 10 de 07 de 2015, de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_M AIS-MSP12.12.12.pdf
- Ministerio de Salud Pública . (2014). *Práctica Organizacional Requerida: Norma Abreviaturas Peligrosas* . Riobamba : MSP.
- Ministerio De Salud Pública . (30 de 07 de 2015). *Ministerio De Salud Pública Del Ecuador* . Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/sistema-nacional-de-farmacovigilancia/>
- Ministerio de Salud Pública. (1992). *Código De Ética Médica*. Cuenca.
- Ministerio de Salud Pública. (2006). *Ley Orgánica de Salud* . Quito : Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública. (2009). *Manual De Procesos Para La Gestion De Suministro De Medicamentos*. Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual Del Modelo De Atencion Integral Del Sistema Nacional De Salud Familiar Comunitario E Intercultural (Mais-Fci)*. Quito. Recuperado el 10 de 07 de 2015, de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_M AIS-MSP12.12.12.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Norma Para La Aplicación Del Sistema De Dispensación/Distribución De Medicamentos Por Dosis Unitaria En Los Hospitales Del Sistema Nacional De Salud*. Quito- Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador . (2015). *Proceso de Acreditación Internacional HGOIA*. Quito : MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador . (2015). *Protocolo de Abreviaturas Peligrosas Hospital General Teófilo Dávila* . Machala : MSP.

- Ministerio De Salud Pública Del Ecuador. (2012). *Modelo De Atención Integral Del Sistema Nacional De Salud*. Quito: MSP.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales, E Igualdad. (2015-2020). *Estrategia de Seguridad del Sistema Nacional de Salud*. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales, E Igualdad.
- Norma Internacional ISO 9001. (2008). *Sistemas de Gestión de la Calidad- Requisitos*. Ginebra- Suiza: Organización Internacional de Normalización.
- Nuñez, A. (2014). *Adherencia al Tratamiento, Errores de Medicación y Adecuación de la Prescripción en Pacientes Polimedicados Mayores de 65 años*. Malaga: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga.
- OMS. (2002). Selección de Medicamentos Esenciales. *Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS* (págs. 1-6). Ginebra: OMS.
- OMS. (2007). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente – Mayo de 2007. *Joint Commission International*.
- OMS. (2007). *Sistemas de gestión de la garantía de la calidad* . Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. World health Organization.
- OMS. (23 de Septiembre de 2015). *10 datos sobre seguridad del paciente* . Obtenido de 10 datos sobre seguridad del paciente : http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/es/index6.html
- Ortega, & Suárez. (2009). *Manual De Evaluación De La Calidad Del Servicio De Enfermería* (2da Edición ed.). México: Editorial Médica Panamericana.
- Ortega, C. S. (2009). *Manual del evaluación del servicio de calidad en Enfermería*. Mexico: Editorial Panamericana de Salud.
- Otero, M. J. (2003). Errores de medicación: estandarización de la terminología. En *Farmacia Hospitalaria* (Vol. VOL 27, págs. 137-149). Madrid: Aran Ediciones, S.L.
- Pontón, A. (2014). *Ministerio de Salud Publica del Ecuador* . Obtenido de Hospital de Especialidades Guayaquil: <http://www.hagp.gob.ec/index.php/sala-de-prensa/noticias/179-acreditacion-canadiense>
- Raduenz, A., Hoffmann, P., Radunz, V., Marcon, G., Alves, I., & Marck, P. (2010). Cuidado de enfermería y seguridad del paciente: visualizando la organización, acondicionamiento y distribución de medicamentos con método de investigación fotográfica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 9.

- Ramírez, B. F. (2015). Impacto de la Gestión de Riesgos en la Prevención de Eventos Adversos Durante el Traslado Intrahospitalario de Pacientes. *Ciencia y Enfermería XXI*, 41.
- Ramos, G. O. (2010). — *Guía Para Las Buenas Prácticas De Prescripción: Metodología Para La Prescripción Racional De Medicamentos* Ministerio De Salud De Chile. Chile: Ministerio de Salud de Chile .
- República del Ecuador Consejo Nacional De Planificación . (2013). *Plan Nacional para el Buen Vivir*. Quito : Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.
- Rivera N, E. R. (2013). Prevalencia de errores en la utilización de medicamentos. *Revista Electronica trimestral de enfermería en pacientes de alto riesgo farmacológico y análisis de sus potenciales causas en una entidad hospitalaria*, 172-173.
- Rivera, N. M. (2013). Prevalencia de errores en la utilización de medicamentos en pacientes de alto riesgo farmacológico y análisis de sus potenciales causas en una entidad hospitalaria. *Enfermería Global* , 32.
- Robalino, M. (2014). *PRÁCTICA ORGANIZACIONAL REQUERIDA: NORMA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES / CLIENTES*. Riobamba- Ecuador: Hospital Provincial General Docente Riobamba.
- Rodríguez, B. (2014). *Conciliación de la medicación al ingreso hospitalario*. Tesis, Madrid.
- Rodríguez, K. (2014). *Cuidados que brinda el personal de enfermería en la administración de medicamentos parenterales en pacientes pediátricos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, UCIN, en el Hospital de Niños "Dr. Roberto Gilbert Elizalde" en la ciudad de Guayaquil*. Guayaquil: UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL.
- Rodríguez, K. (2014). *CUIDADOS QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARENTERALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOSNEONATAL-UCIN, EN EL HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE"*. Guayaquil.
- Ruano, L. R. (2014). *Percepcion del Personal de Enfermería Sobre Cultura de la Seguridad del Paciente en el Hospital San Luis Otavalo*. Ibarra: UTN.
- San Miguel, P. (2009). *Calidad* (1 Edición ed.). España: Paraninfo S.A.
- Smith, M. A. (2014). Errores de medicación en el Servicio de Medicina de un hospital de alta complejidad. *Revista médica de Chile*, 142., 40-47.
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. (1998). *CÓDIGO DE ÉTICA FARMACÉUTICA*. España: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.
- Taffarela, P. M. (2015). *Evaluación de una estrategia de mejora sobre la incidencia de errores en la prescripción de medicamentos en una unidad de cuidados intensivos pediátricos*. Buenos Aires: Arch Argent Pediatr.

Toffoletto, M. C. (2015). Errores en la preparación y administración de medicamentos: una revisión integradora de la literatura latinoamericana . *Enfermería Global* , 350-360.

Villareal, E. (2010). Seguridad de los pacientes. . *Salud Uninorte*, 112-119.

Vítolo, F. (12 de Diciembre de 2011). *Biblioteca Virtual Noble* . Obtenido de NOBLE
Compañía de Seguros : http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/68.pdf

ANEXOS

ANEXO 1. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Abreviatura:** proviene del (del latín abreviatura, de abreviare, ‘hacer breve’) es un tipo de abreviación, una convención ortográfica que acorta la escritura de cierto término o expresión, y consiste en la representación escrita de una palabra o grupo de palabras con solo una o varias de sus letras. Para crearla, se emplea la letra inicial, mayúscula o minúscula, por sí sola o acompañada de otras letras, ya sean del medio o del fin de dicha palabra, y uno o varios puntos para indicar que la palabra está incompleta. (Ministerio de Salud Pública , 2014)
- **Abreviaturas peligrosas:** Son aquellas abreviaturas que tienen significados iguales o tienen similitud entre un medicamento y otro, los cuales pueden llevar a confusión. Ej.: la abreviatura “U” no se debe utilizar para indicar “unidades”, porque ha sido causa de equivocaciones, ocasionando errores graves e incluso la muerte por sobredosificación.
- **Acrónimos:** Son términos formados por la unión de elementos de dos o más palabras, suelen omitir para su formación los artículos como Ejemplo; CLNA: Cloruro de Sodio.
- **Error de medicación:** Cualquier evento previsible y evitable que pueda causar el uso inapropiado de la medicación o dañar al paciente, bajo el control del mismo o de un profesional de la salud. Dichos eventos pueden estar relacionados con la práctica profesional, productos, procedimientos y sistemas, incluyendo la prescripción, órdenes comunicadas oralmente, distribución, etiquetado, embalaje y nomenclatura, monitoreo y uso. (Ramos, 2010)
- **Evento adverso:** daño no intencional durante o resultado de la atención de salud.
- **Evento:** suceso o algo que le acontece a un paciente.
- **Prescripción médica:** Documento asistencial y de control, que permite la comunicación entre el prescriptor, dispensador y paciente, constituye también el documento de control administrativo cuando se requiera.

- **Procedimiento:** Es la explicación o manera de mostrar cómo se realiza una serie de actividades.
- **Protocolo:** Conjunto de cuidados estandarizados, desarrollados mediante un procedimiento formal que recoge evidencia científica actualizada de efectividad, con asesoría profesional.
- **Siglas:** Están formadas por las iniciales de los términos que integran una denominación compleja. Actualmente se escriben sin puntos, ni blancos de separación. Todas las letras que la componen se representan generalmente en mayúsculas, en ese caso no llevan nunca tilde. Ejemplo: DPM: Dopamina.
- **Símbolos:** Son la letra o conjuntos de letras u otros signos que en la ciencia o en la técnica representan convencionalmente una palabra.

ANEXO 2. LISTADO DE ABREVIATURA

CNMB: Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos

DU: Dosis Unitaria

EA: Evento Adverso.

EM: Errores de Medicación

FEDE: Federación Ecuatoriana de Enfermeras

HADLT: Hospital Asdrúbal De La Torre.

HBA: Hospital Básico Atuntaqui.

HSLO: Hospital San Luís de Otavalo.

HSVP: Hospital San Vicente de Paúl.

IOM: Institute Of Medicine.

ISO: Organización Internacional de Estandarización

JCI: Joint Commission International

MAIS: Modelo de Atención Integral en Salud

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PAE: Proceso de Atención de Enfermería.

SNFV: Sistema Nacional de Farmacovigilancia.

ANEXO 3. LISTA DE CHEQUEO

**GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
HOJA DE RECOGIDA DE DATOS
Versión Noviembre 2014**

HOSPITAL:

Variables sociodemográficas del centro hospitalario

Tipo de centro	General	Básico		
Equipo directivo	Gerente	Director de Hospitalización	Dirección de Enfermería	Otros
Plantilla de personal	#Lic. Enfermería	#Lic. En Medicina	#Auxiliar de Enfermería	Otros
		Especialistas (describir)		
Población	#Usuarios/años	# camas	Tasa de estancia media	Unidades Básicas que atiende
Capacidad resolutive	Definir			
Estructura de gestión de la calidad	Comisiones de Calidad	Responsables de Calidad	???	
Datos sobre primer nivel de atención	Referencia y contrarreferencia			

Instrucciones:

Señalar por unidad si cumple con el símbolo y si no cumple con el símbolo

Unidad A: Hospitalización
Unidad B: Pediatría
Unidad C: Emergencias
Unidad D: Farmacia/ Dirección

En **observaciones** se indican las incidencias de los descriptores o dudas aparecidas durante el proceso de cumplimiento del descriptor concreto.

Según la valoración anterior de cada descriptor de los indicadores de calidad medidos, se debe tener en cuenta que si la mitad no se cumple, se establecerá un 1 en la escala Likert, si la mitad + 1 se cumple se señalará con un 2, si se documenta pero no se ha implantado o difundido se señalará con un 3 y si se cumplen con la totalidad se puntuará con un 4.

Señalar en la escala Likert según la siguiente numeración:

1. Ausencia
2. En proceso
3. Elaborado
4. Desarrollado
5. Clasificación Canadá (O: oro; P: Platino; D: Diamante)

ANEXO 4. TABLA DE GRADOS DE LIBERTAD, T DE STUDENT

α n-1	0,25	0,2	0,15	0,1	0,05	0,025	0,01	0,005	0,0005
1	1,0000	1,3764	1,9626	3,0777	6,3138	12,7062	31,8205	63,6567	636,6192
2	0,8165	1,0607	1,3862	1,8856	2,9200	4,3027	6,9646	9,9248	31,5991
3	0,7649	0,9785	1,2498	1,6377	2,3534	3,1824	4,5407	5,8409	12,9240
4	0,7407	0,9410	1,1896	1,5332	2,1318	2,7764	3,7469	4,6041	8,6103
5	0,7267	0,9195	1,1558	1,4759	2,0150	2,5706	3,3649	4,0321	6,8688
6	0,7176	0,9057	1,1342	1,4398	1,9432	2,4469	3,1427	3,7074	5,9588
7	0,7111	0,8960	1,1192	1,4149	1,8946	2,3646	2,9980	3,4995	5,4079
8	0,7064	0,8889	1,1081	1,3968	1,8595	2,3060	2,8965	3,3554	5,0413
9	0,7027	0,8834	1,0997	1,3830	1,8331	2,2622	2,8214	3,2498	4,7809
10	0,6998	0,8791	1,0931	1,3722	1,8125	2,2281	2,7638	3,1693	4,5869
11	0,6974	0,8755	1,0877	1,3634	1,7959	2,2010	2,7181	3,1058	4,4370

Fuente: Libro, El método científico en las ciencias de la salud, por Rafael Álvarez Cáceres.

ANEXO 5. PROPUESTA

GESTION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA



PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE LA MEDICACION

EDICIÓN: 02

OCTUBRE/2015

Ibarra - Ecuador

"TRABAJAMOS EN CONSTRUIR EXCELENCIA"

 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
	Tipo: ACTUALIZADO	Edición: 02 Gestión de Cuidados de Enfermería

Tabla de contenido

1.- PRESENTACIÓN.....	2
3.- MARCO LEGAL.....	2
3.1 Constitución de la Republica - Régimen Del Buen Vivir.....	2
3.2 Ley Orgánica de Salud.....	2
3.3 Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017.....	3
4.- OBJETIVOS.....	3
4.1 Objetivo general.....	3
4.2 Objetivos específicos.....	3
5.- ALCANCE.....	3
6.- DEFINICIONES.....	4
7.- RESPONSABLES.....	6
7.1. Médico.....	6
7.2. Farmacéutico.....	6
7.3. Enfermera.....	6
7.4. Auxiliar de enfermería.....	7
8.- PROCEDIMIENTO.....	7
9.- PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS DE A CUERDO A LA VÍA DE ADMINISTRACION.....	8
10.- FLUJOGRAMAS.....	12
Flujograma N°1: Administración de medicamentos.....	12
Flujograma N°2: Vías de administración de medicamentos.....	13
Flujograma N°3: Administración de medicamentos por vía oral.....	13
Flujograma N°4: Administración de medicamentos por vía intramuscular.....	14
Flujograma N° 5 : Administración de medicamentos por vía subcutánea.....	14
Flujograma N°6: Administración de medicamentos por vía intravenosa.....	15
Flujograma N°7: Administración de medicamentos por nebulizador.....	15
Flujograma N°8: Administración de medicamentos por nebulización a través de tubo endotraqueal.....	16
Flujograma N°9 : Administración de transfusión sanguínea.....	16
10.1. LISTA DE CHEQUEO.....	17
10.2. INSTRUMENTO PARA REGISTRO DE ERRORES EN LA ADMINISTRACION DE LA MEDICACION.....	18
11.-BIBLIOGRAFÍA.....	19

 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
		Edición: 02
	Tipo: ACTUALIZADO	Gestión de Cuidados de Enfermería

1.- PRESENTACIÓN

Este documento nace con el propósito de ayudar a los profesionales enfermeras/os de nuestro hospital a conseguir una administración más segura de los medicamentos en su práctica diaria. Para ello recoge las reglas clásicas para la correcta administración de medicamentos, además de una lista de consejos para la administración de los muchos compuestos farmacológicos que manejamos día a día.

Pretende servir de herramienta para la mejora de la calidad de los cuidados que prestamos; pero además va a facilitar el uso adecuado de recursos, la eficiencia, sin olvidar su utilidad para la formación continua de las enfermeras en farmacología clínica. Por todo ello, es importante la actualización de este procedimiento, que seguro va a conseguir que una actividad tan frecuente en un hospital como la administración de medicamentos sea realizada de una forma eficaz y segura

2

2.- INTRODUCCIÓN

El proceso de administrar medicamentos empieza por acción médica, con la selección y prescripción del medicamento, seguido por la acción farmacéutica, quien dispensa y distribuye el medicamento, para luego ser culminado con la participación del personal de enfermería, que es encargado de la preparación previa a la administración.

Los profesionales que participan durante el proceso deben considerar que son sus acciones las que pueden afectar al comportamiento de todo el equipo de salud, por lo que cada uno tiene la responsabilidad de ejecutar su trabajo con eficacia, eficiencia, conciencia, seguridad y respeto hacia el paciente (Figueroa, 2013)

3.- MARCO LEGAL

3.1 Constitución de la Republica - Régimen Del Buen Vivir.

Art 361.- El estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008)

3.2 Ley Orgánica de Salud

Art.4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponda el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de

 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
	Tipo: ACTUALIZADO	Edición: 02 Gestión de Cuidados de Enfermería

la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias (Ministerio de Salud Pública, 2006)

3.3 Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017

Objetivo 3. Mejorar la Calidad de vida de la población,

Política 3.1.- Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social

e. Implementar sistemas de calidad con estándares normalizados que faciliten la regulación, el control y la auditoría de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

g. Definir protocolos y códigos de atención para cada uno de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

Política 3.2.- Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas (Asamblea Nacional del Ecuador, 2013-2017).

4.- OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

- Administrar al paciente un tratamiento farmacológico seguro, que garantice la recuperación, curación y prevención, mediante la implementación de un protocolo de administración segura de medicamentos en el HSVP, 2015.

4.2 Objetivos específicos

- Reducir eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos.
- Garantizar la seguridad al paciente durante la administración de medicamentos
- Incentivar la notificación de errores de medicación.
- Reportar eventos adversos.

5.- ALCANCE

Este procedimiento se aplicará en los servicios clínicos y unidades del Hospital San Vicente de Paúl, en donde se efectúe la administración de medicamentos por los funcionarios responsables.

 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
	Tipo: ACTUALIZADO	Edición: 02 Gestión de Cuidados de Enfermería

6.- DEFINICIONES

Administración de medicamentos.- es un procedimiento mediante el cual se proporciona al paciente un medicamento, con la finalidad de curar o diagnosticar, por las diferentes vías de administración.

Vías de administración.- es la zona o lugar por donde ingresa el medicamento al organismo: oral, parenteral, nasal, oftálmica, ótica, tópica, rectal, vaginal.

Vía oral.- Procedimiento en el que se introduce el medicamento para que se absorba a través de la mucosa gastrointestinal.

Vía sublingual.- Se dice que los fármacos colocados en la boca, mantenidos debajo de la lengua y absorbidos a través de la mucosa a la corriente sanguínea son administrados por vía sublingual.

Vía oftálmica.- Alude a la administración de drogas vehiculizadas por el aire inspirado, con el fin de obtener efectos locales sobre la mucosa respiratoria o bien generales después de la absorción.

Vía tópica.- Es la aplicación de fármaco a nivel de la piel y de las mucosas.

Vía intradérmica.- Es la inyección de soluciones, en pequeñas cantidades, a nivel de la dermis. Se realiza mediante una aguja muy fina y es empleada para efectuar anestesia local de la piel y realizar pruebas cutáneas de alergia.

Vía subcutánea.- Es la introducción de un compuesto farmacológico debajo de la piel en el tejido subcutáneo, se realiza por lo general en la cara externa del brazo o del muslo.

Vía intravenosa.- Es la introducción de drogas en solución de forma directa en la circulación en la luz de una vena.

Vía intramuscular.- Es la introducción de un compuesto farmacológico en el tejido muscular altamente vascularizado, por lo general se aplica a nivel de los glúteos y región deltoidea.

Vía rectal.- Es la administración de sustancias en forma de supositorio a través del ano en el recto, con el fin de actuar localmente o bien producir efectos sistémicos luego de la absorción.

Vía vaginal.- se realiza la introducción del medicamento en la vagina.

Indicación médica.- una indicación es el término que describe una razón válida para emplear una prueba diagnóstica, un procedimiento médico, un determinado medicamento, o técnica quirúrgica.

 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
		Edición: 02
	Tipo: ACTUALIZADO	Gestión de Cuidados de Enfermería

Error de medicación.- cualquier acontecimiento prevenible que puede originar daño al paciente, o dé lugar a una uso inadecuado de la medicación, mientras este bajo el resguardo o responsabilidad del personal de salud.

Clasificación de los errores

Relacionado con la prescripción.

- Error de vía de administración.
- Error de dosis de administración.
- Error de frecuencia de administración.
- Prescripción incompleta, ambigua, ilegible y utilización inadecuada de abreviaturas.
- Prescripción en historia de paciente equivocado.
- Modificación de la indicación, luego de enviar la receta a farmacia en servicios de dosis unitarias.

Relacionados con la transcripción.

- Error en el proceso de transcripción.
- Error de la interpretación de orden médica.

Relacionados con la dispensación.

- Medicación dispensada incorrectamente.
- Medicación no dispensada
- Interpretación incorrecta de la prescripción médica en la receta.
- No comprobación de fecha de receta médica o encabezado de la misma.

Relacionados con la administración.

- Identificación inadecuada del paciente.
- Error en vía de administración.
- Medicamento incorrecto.
- Preparación incorrecta del medicamento.
- Dosis incorrecta del medicamento.
- Horario incorrecto.
- Error en la técnica de administración.
- Equipo o materiales en mal estado.

Relacionados con el medicamento

Luis Vargas Torres 11-56 Teléfonos: (593) 06 2950533/ 2955572. Ext. 172

 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
	Tipo: ACTUALIZADO	Edición: 02 Gestión de Cuidados de Enfermería

- Similitudes en los empaques del medicamento.
- Errores en el etiquetado, nombre similar.

Relacionados con el entorno

- Interrupciones.
- Cambios de turno.
- Falta de normalización del procedimiento.
- Falta de información sobre estado particular del paciente.

Relacionados con factores individuales

- Capacitación insuficiente.
- Excesiva carga de trabajo.
- Déficit visual o auditivo.
- Falta de descanso.

Reacción adversa.- efecto farmacológico no esperado que exterioriza una respuesta física nociva ante un efecto químico, es motivo para suspender la administración del medicamento

Conciliación medicamentosa.- procedimiento formal que consiste en obtener toda la historia medicamentosa del paciente, previo a su ingreso. Para compararla con la que se le ha prescrito en el hospital o unidad de salud, al ingreso, traslado y alta.

7.- RESPONSABLES

7.1. Médico

- Formular el medicamento indicado a la patología del paciente, puntualizando frecuencia, vía y dosis.
- Registrar en ficha clínica u hoja de evolución las indicaciones realizadas.
- Elaboración de la receta con letra clara y legible.

7.2. Farmacéutico

- Despacho correcto de las recetas.
- Entrega oportuna de los medicamentos.
- Preparación y dispensación de dosis unitaria.

7.3. Enfermera

- Realizar transcripción de la indicación médica al kardex.
- Supervisión de aplicación del protocolo.

Luis Vargas Torres 11-56 Teléfonos: (593) 06 2950533/ 2955572. Ext. 172

 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
	Tipo: ACTUALIZADO	Edición: 02 Gestión de Cuidados de Enfermería

- Aplicar los 10 correctos antes de la administración de medicamentos.
- Supervisa al personal encargado de administrar el medicamento
- Notificar errores de medicación y eventos adversos según protocolo correspondiente.

7.4. Auxiliar de enfermería

- Vigilar el estado del paciente y eventos adversos que puedan presentarse al administrar medicamentos. Y dar aviso prontamente al médico y enfermera

8.- PROCEDIMIENTO

- a) Prescripción o indicación médica.
- b) Transcripción.
- c) Verificación de alergias.
- d) Colocación de mascarilla.
- e) Lavado de manos.
- f) Preparar equipos materiales necesarios.
- g) Realizar desinfección y limpieza del área de preparación de medicamentos (solución jabonosa una vez al día, y alcohol al 70% al cambio de turno y por razones necesarias).
- h) Cálculo y preparación del medicamento a administrar.
- i) Administración de medicamentos empleando los 10 correctos:
 - Paciente correcto
 - Dosis correcta
 - Vía y rapidez correcta
 - Horario correcto
 - Medicamento correcto
 - Verificar fecha de caducidad
 - Registrar medicamento aplicado
 - Informar al paciente e instruir acerca de los medicamentos que está recibiendo
 - Comprobar que el paciente no esté ingiriendo ningún medicamentos ajeno al prescrito
 - Estar enterados de posibles reacciones
- j) Evaluar la acción e interacción entre los fármacos que se administrará.
- k) Realice segundo lavado de manos

 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
		Edición: 02
	Tipo: ACTUALIZADO	Gestión de Cuidados de Enfermería

- l) Transporte los contenedores de medicación de cada paciente en el coche correspondiente.
- m) Presentación y verificación del paciente.
- n) Conecte la jeringuilla al sistema de perfusión o introduzca la medicación en la bureta y traslade la etiqueta de la jeringuilla a la bureta, terminar y retirar la etiqueta de la misma.
- o) Abra las llaves cuenta gotas y administre la medicación regulando el goteo a ritmo recomendado en el prospecto. 8
- p) Observar en el paciente signos de reacción medicamentosa.
- q) En perfusiones intermitentes se salinizará el equipo de Venoclisis utilizando 10 cc. de suero fisiológico, dejándolo permeable para el siguiente uso (Hospital Galdakao - Usansolo, 2011)
- r) Registre la dosis administrada en el formulario 015 en el casillero y la hora correspondiente.
- s) Deje el formulario y el material en orden y en el lugar correspondiente.
- t) Deje al paciente limpio, cómodo y seguro
- u) Traslade los contenedores al sitio de la medicación y deje limpios y en orden.

9.- PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS DE A CUERDO A LA VÍA DE ADMINISTRACION.

Polvos para solución inyectable

- Lávese las manos.
- Desinfecte el tapón de goma (parte superior) del vial que contiene el medicamento en polvo.
- Reconstituir los polvos para solución inyectable con la cantidad adecuada del solvente de acuerdo al tipo de medicamento
- Introduzca la aguja en el vial, con el bisel hacia arriba en un ángulo de 90 grados, en una superficie plana, introducir el solvente sin tocar el émbolo de la jeringuilla.
- Retirar la aguja del vial las tres cuartas partes para eliminar el aire, posteriormente sacar completamente la aguja del vial y embonar en la tapa correspondiente, sin tomar la misma al fin de evitar pinchazos.

Luis Vargas Torres 11-56 Teléfonos: (593) 06 2950533/ 2955572. Ext. 172

 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
	Tipo: ACTUALIZADO	Edición: 02 Gestión de Cuidados de Enfermería

- Tomar el vial con los dedos pulgar e índice y hacer movimientos en ocho hasta que el polvo se disuelva completamente.
- Verificar que no exista presencia de precipitados y partículas extrañas o cambios de color inusuales.
- Una vez disuelto completamente el soluto introduzca la jeringuilla con aire para crear presión y retirara la cantidad indicada de solución inyectable con la jeringuilla, sin aire (OMS, 1998).



Solución inyectable

- Rotular las jeringuillas con la etiqueta correspondiente (nombre del paciente, medicamento, dosis, vía).
- Rompa el cuello de la ampolla, protegiéndose los dedos con una gasa impregnada de alcohol y hacer presión en el punto débil con dirección contraria al operador (Secretaría de Estado de Seguridad Social).
- Asegurar que no exista residuos de vidrio dentro de la ampolla.
- Introducir la aguja de la jeringuilla en un ángulo de 45 grados, sin topar los bordes de la ampolla y retirar la cantidad de medicamento indicada.
- Cubrir con papel aluminio los medicamentos fotosensibles de acuerdo a la matriz de estabilidad.
- Colocar la jeringa preparada en cada canasta identificadas con el nombre del paciente, nombre del medicamento, dosis y vía.

Formas farmacéuticas para vía oral

- Vigilar el nivel de conciencia del paciente y la capacidad de deglución antes de administrar el medicamento (Campus de Procedimientos, 2012).
- No tocar el medicamento con las manos.
- Al terminar de dosificar el medicamento líquido, limpiar la boca del frasco para evitar adherencias.

Nebulizaciones

- El paciente debe estar sentado o posición semifowler, ya que esta posición favorece el desplazamiento de las partículas por gravedad a vías áreas inferiores (Alvarez, 2013).
- Dar seguridad al paciente



 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
	Tipo: ACTUALIZADO	Edición: 02 Gestión de Cuidados de Enfermería

- Realizar técnica aséptica
- Cuidar la individualidad del paciente

Tópica

- Preparar la zona en la cual se aplicará el medicamento
- Aplicar una capa fina y uniforme de medicamento sobre la piel
- Utilizar guante o bajalenguas dependiendo de la zona o situación de cada paciente.

Ocular

- No presionar el globo ocular
- No aplicar el medicamento en el parpado, debe ser directamente en interior del ojo.
- Si el medicamento aplicado son gotas oftálmicas indicarle al paciente que parpadee para que el medicamento se distribuya en todo el ojo.
- Puede ser que durante unos segundos la visión se vuelva borrosa, por eso evitad realizar cualquier actividad que requiera agudeza visual.
- Procurar que el extremo del tubo no toquen ni el ojo ni cualquier otro objeto para evitar la contaminación o el crecimiento de gérmenes en el colirio.
- Recordar que los preparados oftálmicos dejan de ser estériles una vez abiertos, por eso no guardar cuando se termine el tratamiento (Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, 2012).

Ótica

- No tape la oreja con un algodón seco, ya que podría absorber las gotas administradas.
- Indicar al paciente que permanezca dos minutos en la misma posición

Nasal

- No compartir el cuentagotas o nebulizador.
- Limpiar la nariz antes de administrar la medicación.
- Mientras se aplica la medicación respirar por la boca.
- Colocar al paciente en la posición adecuada decúbito dorsal: sentado pero guardando un espacio detrás de la cabeza para que pueda inclinarla hacia atrás. Con el cuello en hiperextensión (Botella, 2005).

 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
	Tipo: ACTUALIZADO	Edición: 02 Gestión de Cuidados de Enfermería

- Abrir completamente los orificios nasales del paciente. Para ello utilizar el dedo pulgar, presionando con suavidad sobre la punta de la nariz mientras apoya el resto de la mano en la frente del paciente.
- Introducir aproximadamente un centímetro del cuentagotas en el orificio nasal. (Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, 2012)
- Procurar que el cuentagotas no entre en contacto con la nariz del paciente.
- Dirija la punta del cuentagotas hacia el tabique nasal, conservando siempre un ángulo de 180° con respecto a la nariz. Así se facilita que el medicamento discurra hacia la parte posterior de la nariz y no hacia la garganta.
- Pedir al paciente que respire por la boca.
- Apretar la pera del cuentagotas para instilar el número exacto de gotas prescrito. Si el paciente tose, pedirle que se incorpore, comprobar durante unos minutos que no aparecen problemas respiratorios.
- Repetir el procedimiento en el otro orificio nasal.
- Indicarle al paciente que permanezca con la cabeza inclinada hacia atrás durante 2 minutos o más. Informar al paciente, que es normal que sienta las gotas en la garganta.

Sub-lingual

- Pedir al paciente que abra la boca y levante la lengua hacia el paladar.
- Colocar el medicamento bajo la lengua del paciente.
- Indicarle al paciente que lo mantenga en ese lugar hasta que se disuelva

Rectal

- Si el supositorio está blando, colocar por unos minutos en la refrigeradora hasta que se endurezca (Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, 2012).
- Evitar deposiciones como mínimo veinte minutos, a no ser que se trate de un supositorio laxante, por ejemplo, de glicerina.
- En caso de expulsar el supositorio entero hay que volver a colocar.
- Si tenéis que fraccionar un supositorio hacerlo en sentido longitudinal.
- Máxima intimidad y delicadeza en estos procedimientos.
- Corroborar si el paciente puede realizar el procedimiento por si solo

PUEDE REALIZAR PROCEDIMIENTO

Luis Vargas Torres 11-56 Teléfonos: (593) 06 2950533/ 2955572. Ext. 172

 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
	Tipo: ACTUALIZADO	Edición: 02 Gestión de Cuidados de Enfermería

- Proporcionar guantes y medicamento al paciente.
- Explicar procedimiento.
- Corroborar aplicación de medicamento.

NO PUEDE REALIZAR PROCEDIMIENTO

- Colocar al paciente en posición de decúbito lateral, con el miembro pélvico superior flexionado y descubrir la región glútea.
- Colocarse los guantes.
- Separar los glúteos del paciente para localizar el ano, con el papel higiénico limpiar si es necesario.
- Introducir el medicamento con el dedo índice hasta percibir el paso del esfínter externo
- En algunas citas se describe que el supositorio se introduce por su parte cónica. En otras citas indican lo contrario: el supositorio se introduce por el extremo opuesto al cono y es esa parte cónica la que actúa como una especie de tapón para evitar la salida del medicamento una vez puesto.

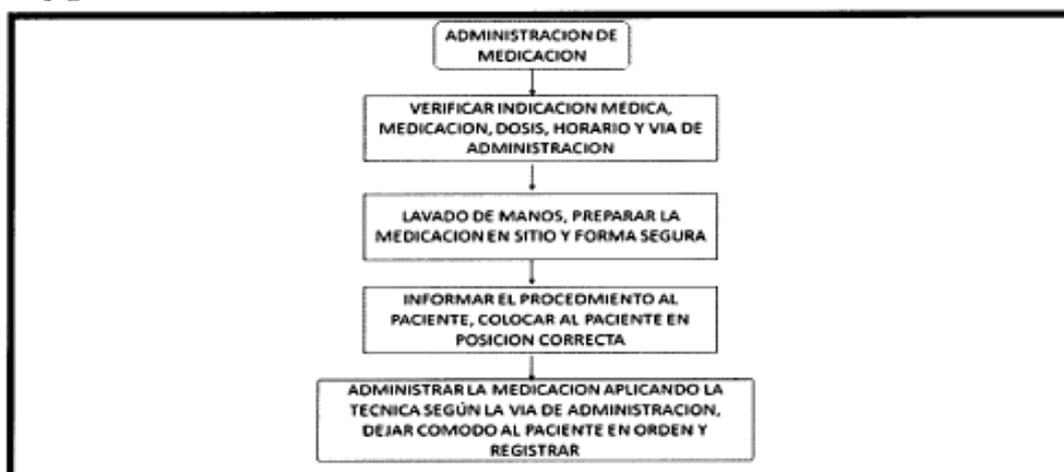
12

Vaginal

- Una vez utilizado el aplicador lavarlo con agua caliente antes de guardarlo.
- Para aplicar un óvulo será más fácil si lo humedece previamente con agua.

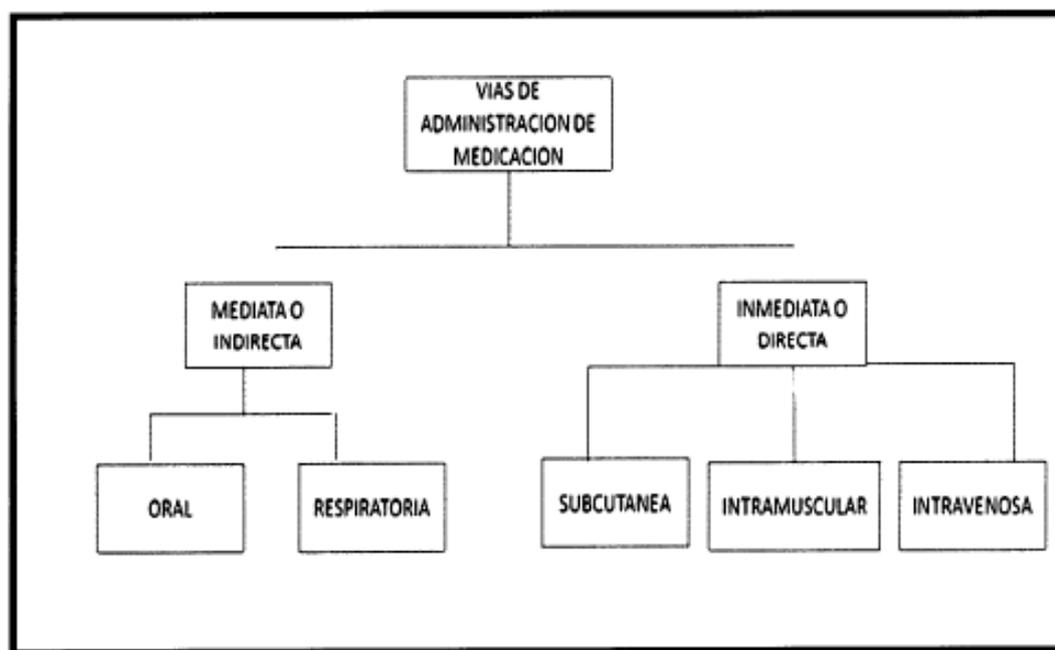
10.- FLUJOGRAMAS

Flujograma N°1: Administración de medicamentos

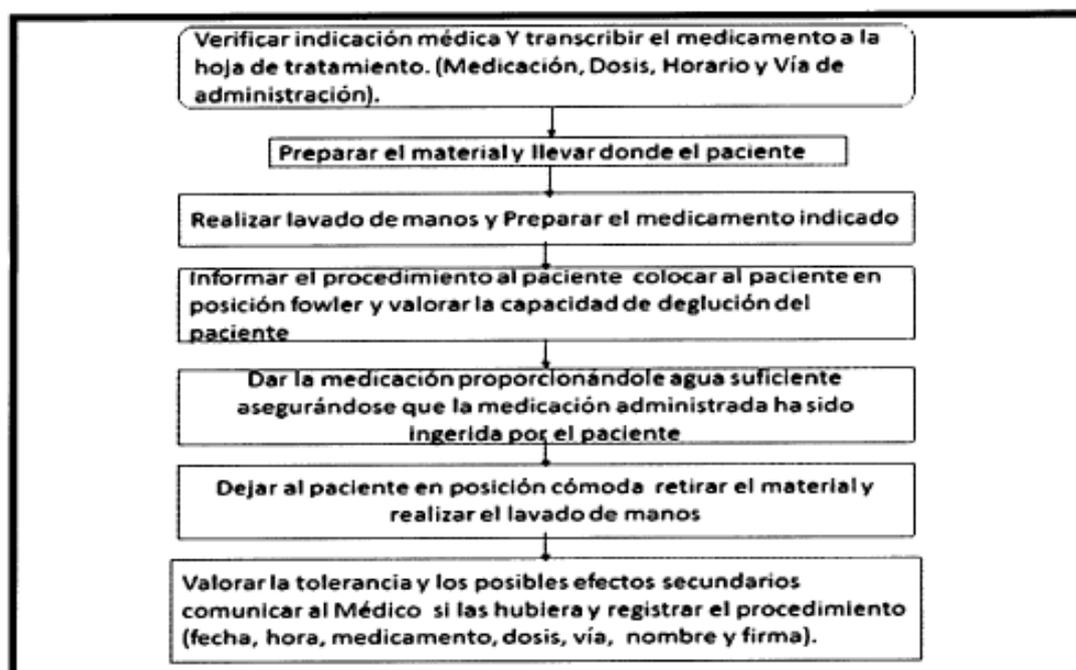


 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
	Tipo: ACTUALIZADO	Edición: 02 Gestión de Cuidados de Enfermería

Flujograma N°2: Vías de administración de medicamentos.

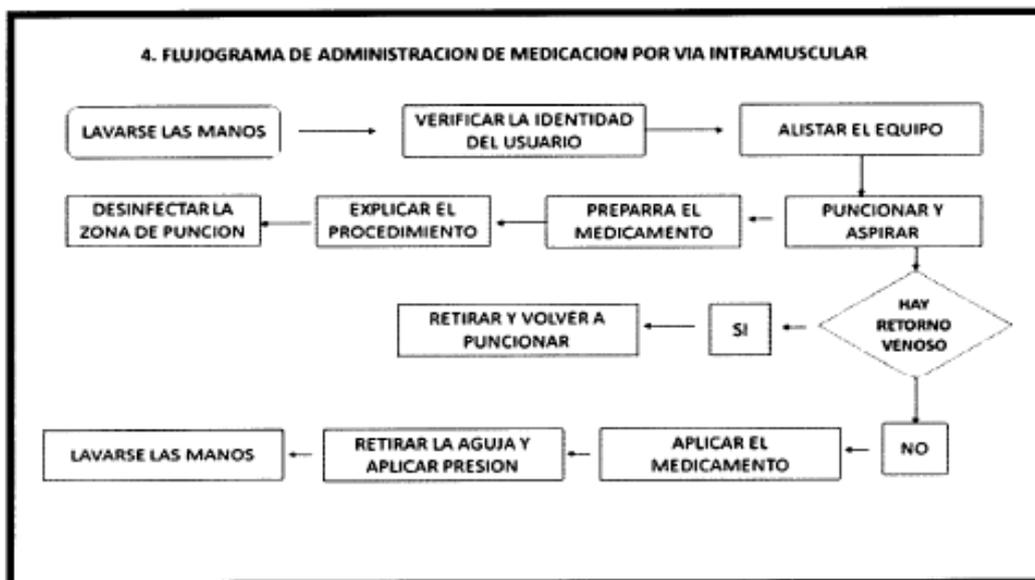


Flujograma N°3: Administración de medicamentos por vía oral



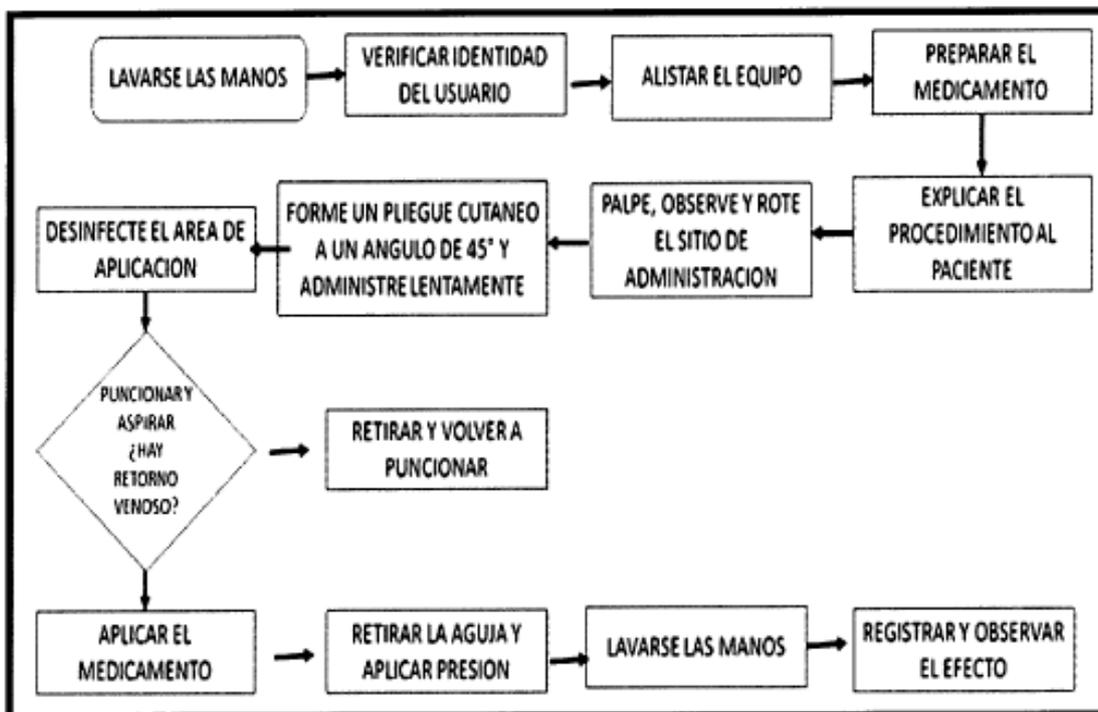
 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
		Edición: 02
	Tipo: ACTUALIZADO	Gestión de Cuidados de Enfermería

Flujograma N°4: Administración de medicamentos por vía intramuscular.



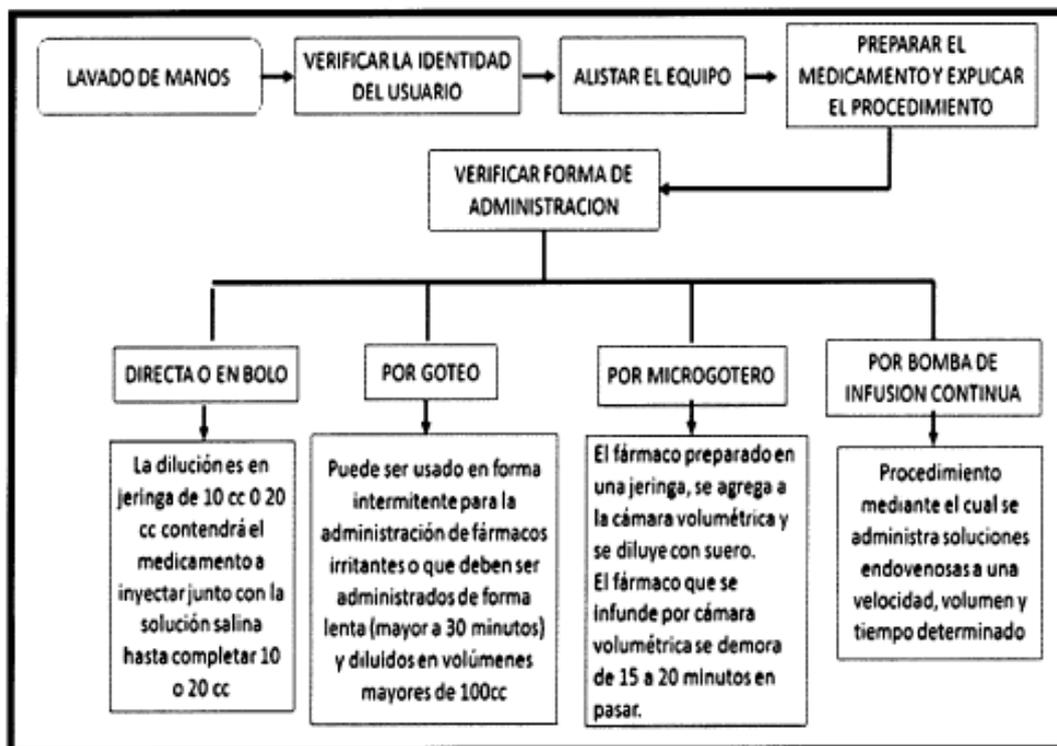
04

Flujograma N° 5 : Administración de medicamentos por vía subcutánea.



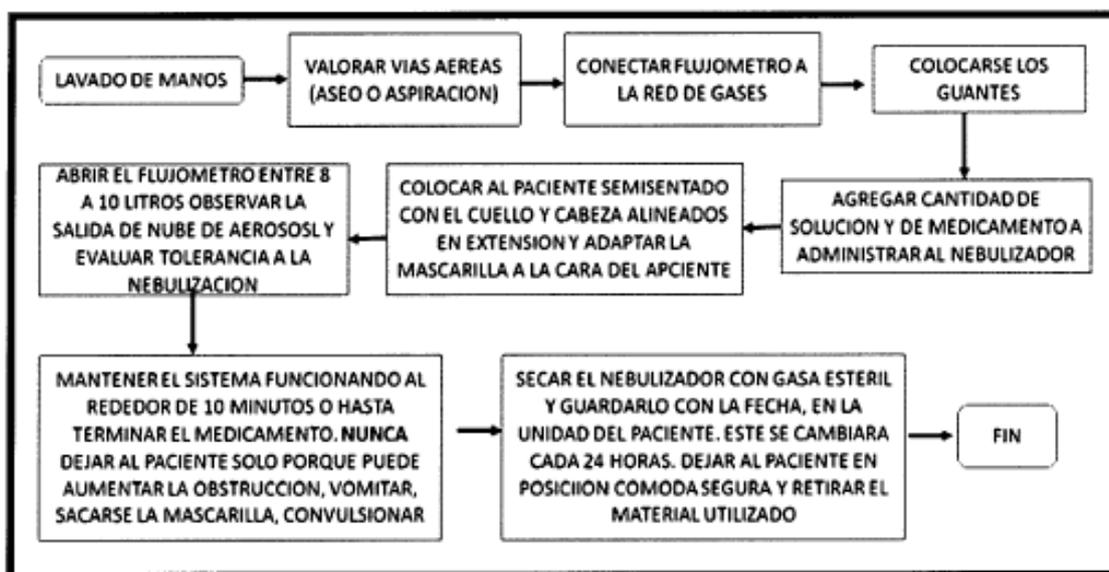
 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
	Tipo: ACTUALIZADO	Edición: 02 Gestión de Cuidados de Enfermería

Flujograma N°6: Administración de medicamentos por vía intravenosa.



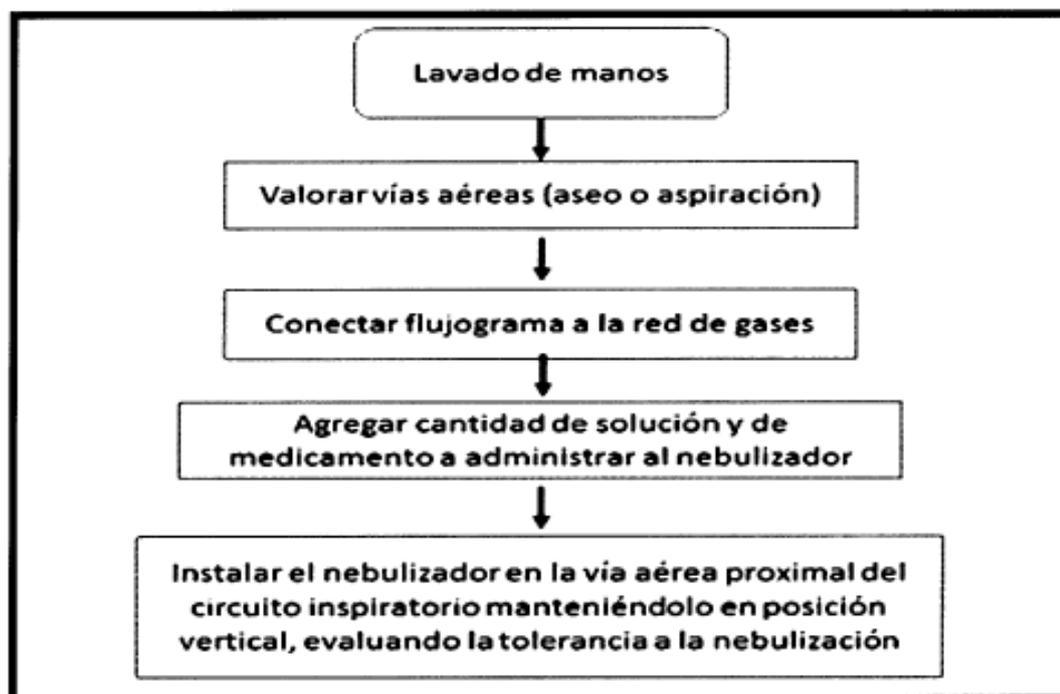
15

Flujograma N°7: Administración de medicamentos por nebulizador.



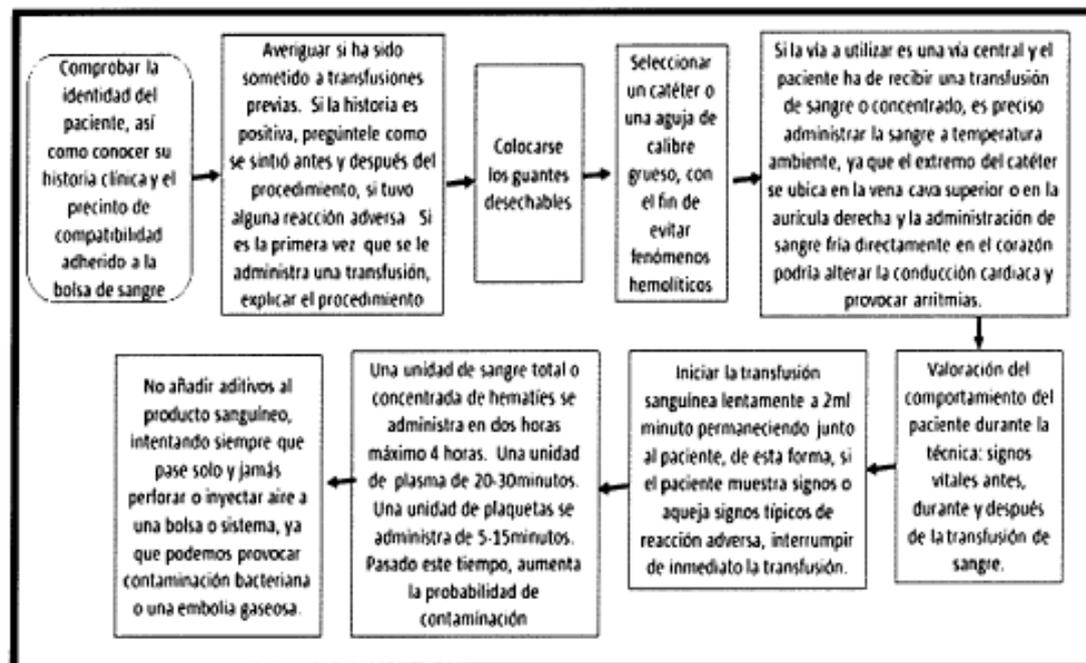
 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
	Tipo: ACTUALIZADO	Edición: 02 Gestión de Cuidados de Enfermería

Flujograma N°8: Administración de medicamentos por nebulización a través de tubo endotraqueal.



16

Flujograma N°9 : Administración de transfusión sanguínea.



Luis Vargas Torres 11-56 Teléfonos: (593) 06 2950533/ 2955572. Ext. 172

 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
	Tipo: ACTUALIZADO	Edición: 02 Gestión de Cuidados de Enfermería

10.1. LISTA DE CHEQUEO

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____ N° Historia Clínica: _____

REQUISITOS	%	SI	NO	NA
Realiza correcta transcripción médica	5			
Se identifica al presentarse frente al paciente.	5			
Se indica al paciente el procedimiento a realizar	5			
Verificación de alergias.	5			
Reúne el equipo y material necesario	5			
Revisa y realiza el cálculo correcto de dosis a administrarse.	5			
Realizar desinfección y limpieza del área de preparación de medicamentos (sol jabonosa una vez al día, y alcohol al 70% al cambio de turno y por razones necesarias).	5			
Colocación de mascarilla.	5			
Lavado de manos.	5			
Prepara el medicamento con el procedimiento correcto.	10			
Administración de medicamentos empleando los 10 correctos.	10			
Registra el medicamento administrado correctamente en formulario 022, con letra clara y legible.	10			
Si no se administra el medicamento. ¿Registra el motivo por el cual no se administró?	5			
Vigila posibles reacciones adversas a la administración del medicamento	10			
Notifica eventos adversos (Si se presentasen).	10			
TOTAL	100%			

17

CUMPLIMIENTO DE LA NORMA

100% de los requisitos	Se cumple norma establecida	
Menos de 100% de los requisitos	No se cumple norma establecida	

Aplicado por: _____

 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
	Tipo: ACTUALIZADO	Edición: 02 Gestión de Cuidados de Enfermería

11.-BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, F. (2013). *TELESALUD. Asociación Mexicana*. Obtenido de Administración de medicamentos por vía inhalatoria: http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/Sitio_Web_Postgrado/pautas/enfermeria/admon_medicamentos/inhalada.htm
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitucion de la Republica del Ecuador*. Quito: Asamblea Nacional del Ecuador.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2013-2017). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Quito: Asamblea Nacional del Ecuador.
- Botella, C. (2005). *Administración de medicamentos por vía nasal: las gotas nasales*. Santa Cruz- España.
- Campus de Procedimientos. (2012). *Manual de técnicas y procedimientos de enfermería*. Barcelona, España.
- Colegio de Farmacéuticos de Barcelona. (2012). *El Medicamento*. Obtenido de Vías de administración: <http://www.farmaceticonline.com/es/el-medicamento/600-vias-de-administracion?start=2>
- Donalson, L. (2000). Especial sobre reducción de errores y mejora de seguridad. . *British Medical Journal*, 759 - 763.
- Figuroa, G. (2013). Boletín de Enfermería. Administración de Medicamentos. *Mexfarm Salud Para tu Familia*, 14.
- Hospital Galdakao - Usansolo. (2011). *Osakidetza*. Recuperado el 17 de Octubre de 2015, de euskadi.eus: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-gkhgal04/es/contenidos/informacion/hgal_guias_manuales/es_hgal/hospital_galdakao.html#4
- Hospital Universitario Virgen del Rocío. (2012). *Manual de Procedimientos Generales de Enfermería*. Recuperado el 22 de 07 de 2014, de Servicio de Andaluz de Salud: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf

Luis Vargas Torres 11-56 Teléfonos: (593) 06 2950533/ 2955572. Ext. 172

 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
		Edición: 02
	Tipo: ACTUALIZADO	Gestión de Cuidados de Enfermería

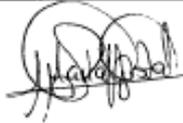
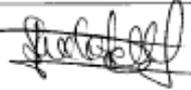
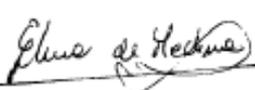
Ministerio de Salud Pública. (2006). *Ley Orgánica de la Salud*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

OMS. (1998). *Portal de Información - Medicamentos Esenciales y Productos de Salud*. Obtenido de Guía de la buena prescripción. Manual Práctico: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2991s/7.4.4.html>

Salazar, N. J. (2011). Errores de medicación en pacientes críticos adultos de un hospital universitario. *Revista médica de Chile*, 133(11), 1458-1464.

Secretaría de Estado de Seguridad Social. (s.f.). *Guía Sanitaria a Bordo*. Obtenido de Sanidad Marítima: http://www.seg-social.es/ism/gsanitaria_es/ilustr_capitulo6/cap6_4_admonmedi.htm

 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
	Tipo: ACTUALIZADO	Edición: 02 Gestión de Cuidados de Enfermería

ELABORADO POR:		FIRMA:	
Lic. Miryan Quilumbango		Lic. María Augusta Rosero	
Enfermera Coordinadora		Enf. Ejecutora Supervisora de Diálisis	
Lic. Ximena Pozo		Lic. Margoth Romo	
Enf. Ejecutora Supervisora de Emergencia		Enf. Ejecutora Supervisora de UTI	
Lic. Anita Andrade		Lic. Graciela Torres	
Enf. Ejecutora Supervisora de Medicina Interna		Enf. Ejecutora Supervisora de Consulta Externa	
Lic. Mirian López		Lic. Silvia Lovato	
Enf. Ejecutora Supervisora de Cirugía		Enf. Ejecutora Supervisora de Neonatología	
Lic. Silvana Paspuel		Lic. Margarita Cevallos	
Enf. Ejecutora Supervisora de Centro Quirúrgico		Enf. Ejecutora Supervisora de Centro Obstétrico	
Lic. Ana Pasquel		Lic. Elena Rivera	
Enf. Ejecutora Supervisora de Ginecología		Enf. Ejecutora Supervisora de Central de Esterilización	
Lic. Elena Toctaquiza		Lic. Katty Cabascango	
Enf. Ejecutora Supervisora de Pediatría		Enf. Ejecutora Supervisora de Traumatología	
ACTUALIZADO POR:	FIRMAS		

Luis Vargas Torres 11-56 Teléfonos: (593) 06 2950533/ 2955572. Ext. 172

 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICACION	Código: GCE-PR-06
	Tipo: ACTUALIZADO	Edición: 02 Gestión de Cuidados de Enfermería

Srta. Ana Chicaiza		Srta. Diana Garrido	
Egresada Lic. Enfermería		Egresada Lic. Enfermería	
REVISADO POR:		FIRMAS:	
Lic. Martha Chauca		Dr. Edison Ayala	
Coordinadora de Gestión de Calidad		Director Asistencial	
APROBADO POR:		FIRMA:	
Dra. Yu Ling Reascos			
GERENTE DEL HSVP			
FECHA DE APROBACIÓN (dd/mm/aa): 2015-11-04			

GESTION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA



PROTOCOLO DE IDENTIFICACION DE PACIENTES

EDICIÓN: 03

OCTUBRE/2015

Ibarra - Ecuador

"TRABAJAMOS EN CONSTRUIR EXCELENCIA"

 <p>Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad</p>	<p>PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES</p>	CODIGO: GCE-PR-01
		EDICION:03
	TIPO: ACTUALIZADO	GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN.....	2
2. INTRODUCCIÓN	2
3. MARCO LEGAL.....	2
4. OBJETIVOS.....	3
4.1. GENERAL	3
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
5. ALCANCE	4
6. RESPONSABILIDADES.....	4
7. DEFINICIONES	4
8. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BRAZALETE	4
9. PROCEDIMIENTO	5
EQUIPO:.....	5
10. FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO.....	7
LISTA DE CHEQUEO.....	8
11. REFERENCIAS	9



 <p>Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad</p>	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES	CODIGO: GCE-PR-01
		EDICION:03
	TIPO: ACTUALIZADO	GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

1. PRESENTACIÓN

El Hospital San Vicente de Paúl recoge como estrategia la mejora de la seguridad de los pacientes atendidos al elaborar e implementar el Procedimiento de Identificación de Pacientes como el sistema de identificación único aplicado por todo el personal de salud para evitar errores en la atención.

Este documento permite sentar las bases para una política común de identificación inequívoca de pacientes para su aplicación conjunta.

2. INTRODUCCIÓN

La incorrecta identificación del paciente continúa siendo la principal causa de errores en la asistencia sanitaria. Los problemas en la identificación de pacientes están asociados continuamente a errores en la medicación, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas invasivas y no invasivas, transfusiones sanguíneas, entre otras, favoreciendo la aparición de eventos adversos en la atención del paciente. (Minsalud, 2010)

Con la finalidad de reducir los errores y ampliar el número de prácticas seguras, las instituciones de salud están haciendo inversiones en acciones que favorecen por la calidad asistencial y buscan difundir una cultura de seguridad para los pacientes, para los profesionales y para el ambiente. (Hoffmeister, 2015)

El Hospital San Vicente De Paúl ha asumido el desafío de implementar un protocolo estandarizado de identificación de paciente, teniendo como técnica principal la utilización de brazaletes de identificación inequívoca. (Vítolo F., 2011)

El brazalete de identificación es una medida preventiva con el propósito de mejorar la seguridad en el proceso asistencial y brindar una atención de calidad y con calidez al paciente correcto, en el momento oportuno. (Servicio Salud Araucanía Norte, 2011)

3. MARCO LEGAL

3.1 Constitución de la Republica - Régimen Del Buen Vivir.

Art 361.- El estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008)



 <p>Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad</p>	<p>PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES</p>	CODIGO: GCE-PR-01
		EDICION:03
	TIPO: ACTUALIZADO	GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

3.2 Ley Orgánica de Salud

Art.4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponda el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias (Ministerio de Salud Pública, 2006)

3.3 Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017

Objetivo 3. Mejorar la Calidad de vida de la población,

Política 3.1.- Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social

e. Implementar sistemas de calidad con estándares normalizados que faciliten la regulación, el control y la auditoría de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

g. Definir protocolos y códigos de atención para cada uno de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

Política 3.2.- Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas (Asamblea Nacional del Ecuador, 2013-2017).

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

Implementar técnicas de identificación de pacientes, para la práctica segura del equipo de salud, para prevenir y disminuir la presencia de errores mediante el uso de brazaletes de identificación en forma permanente y ofrecer seguridad durante la estancia en el Hospital San Vicente de Paúl.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Disponer de un sistema inequívoco de identificación de pacientes.
- Estandarizar el uso del brazaletes de identificación.
- Minimizar el riesgo de incidentes de identificación.
- Favorecer la atención personalizada al paciente.

Luis Vargas Torres 11-56 Teléfonos: (593) 06 2950533/ 2955572. Ext. 196
www.hsvp.gob.ec



 <p>Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad</p>	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES	CODIGO: GCE-PR-01
		EDICION:03
	TIPO: ACTUALIZADO	GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

5. ALCANCE

Este protocolo será aplicado a todos los pacientes que requieran hospitalización prolongada o transitoria y procedimientos invasivos ambulatorios. También será deber del equipo multidisciplinario de salud cumplir con la técnica de identificación del paciente.

6. RESPONSABILIDADES

- **Enfermeras Supervisoras Ejecutoras de Procesos:** Son responsables de supervisar el cumplimiento del protocolo de identificación de pacientes.
- **Enfermeras Ejecutoras de Procesos:** Son las/los responsables de colocar y mantener el brazalete de identificación según protocolo.
- **Comité de Calidad:** Son responsables del monitoreo del protocolo en cada servicio y en el Hospital.
- **Resto del personal:** Es responsable de la verificación previo a la realización de cualquier procedimiento con el paciente.

7. DEFINICIONES

- **Información del paciente:** Registro de datos de identificación que proporciona el paciente, familiar o acompañante en un brazalete con el fin de garantizar la seguridad del paciente durante todo el proceso de atención en el Hospital San Vicente de Paúl.
- **Brazalete:** Dispositivo tipo pulsera que contiene la información inequívoca del paciente mientras se encuentre hospitalizado/a.
- **Identificación:** procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad del/a paciente, durante el proceso de atención.
- **Información inequívoca:** aquellos que pertenecen a una solo paciente que no pueden ser compartidos por otros.
- **Verificación Cruzada:** Procedimiento mediante el cual el prestador de salud identifica a una persona determinada (paciente) a través de dos mecanismos como mínimo, ej. Verbal y a través del brazalete de identificación o Verbal y a través de Historia clínica.

8. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BRAZALETE

- Fabricadas en polipropileno, antialérgico (sin látex) e inocua para el paciente.
- Tinta indeleble e impresión resistente a la abrasión y al agua.

Luis Vargas Torres 11-56 Teléfonos: (593) 06 2950533/ 2955572. Ext. 196
www.hsvp.gob.ec



 <p>Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad</p>	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES	CODIGO: GCE-PR-01
		EDICION:03
	TIPO: ACTUALIZADO	GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Resistente a la tensión, ruptura, calor y a la humedad.
- Las pulseras deben tener agujeros que ante la colocación del broche de seguridad permita ser adaptadas al tamaño del paciente
- Flexibles y cómodas, sin bordes cortantes.
- Cierre seguro, que cuente con seguridad no manipulable.
- Imposibilidad de reutilización tras la rotura del cierre de seguridad.
- Que permita un manejo fácil por parte del profesional (almacenaje, cumplimiento en el llenado de los datos, colocación en el paciente, etc.).

9. PROCEDIMIENTO

EQUIPO:

- Brazaletes de color
- Historia Clínica
- Esferográfico negro o maquina impresora
- Cédula de identidad o fecha de nacimiento (cuando no se dispone de número de cédula de identidad)
- Tarjeta de identificación cuando no se pueda utilizar brazaletes

ACCIONES
En el servicio de Emergencia, Consulta Externa y Unidades de Hospitalización se colocará un brazaletes de identificación al paciente adulto, niño/a y recién nacido que tengan indicación de internación.
Es responsable de la colocación del brazaletes de identificación el personal de enfermería o técnico paramédico de cada unidad, donde se genere la orden de hospitalización.
Educación al paciente sobre el proceso de identificación, su importancia y sobre todo que el brazaletes de identificación no debe ser retirado mientras permanezca hospitalizado en la institución. Si es un paciente pediátrico la información debe ser entregada a los padres o tutor.
La instalación del brazaletes se realizará inmediatamente a la hospitalización del paciente. En caso de Recién Nacido se realizará inmediato al nacimiento y antes de los 15 minutos de hospitalización. Por ningún motivo, se retrasará la atención a la paciente o neonato debido a la colocación del brazaletes, pero tampoco se demorará la colocación de la misma.
Los colores del brazaletes: Blanco: pacientes adulto y pediátricos Rosado: Recién nacido de sexo femenino Azul: Recién nacido de sexo masculino Rojo: paciente alérgico

Luis Vargas Torres 11-56 Teléfonos: (593) 06 2950533/ 2955572. Ext. 196

www.hsvp.gob.ec



 <p>Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad</p>	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES	CODIGO: GCE-PR-01
		EDICION:03
	TIPO: ACTUALIZADO	GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Con esferográfico negro y letra legible transcribir al brazalete de identificación:

Adultos y pediátricos:

Primer nombre y dos apellidos

Número de Cédula de ciudadanía/identidad

Identificación del Recién nacidos:

Dos apellidos de la madre

Fecha y hora de nacimiento del recién nacido

Sexo del recién nacido

Ubicar el brazalete por orden de prioridad:

En muñeca del brazo dominante

En el brazo contrario

En tobillo derecho

En tobillo izquierdo

En el Recién Nacido se colocara en el brazo izquierdo

Cuando no se disponga de extremidades para colocación de brazalete se elaborara una tarjeta y se colocara en el tórax con los mismos datos. Registrar en hoja de enfermería la fecha y hora de colocación de brazalete.

Al ingreso de cada paciente, el personal que recibe al paciente debe confirmar su identidad al comprobar la información del brazalete y la historia clínica.

Verificar en cada entrega de turno que el paciente este con su brazalete con los datos requeridos por protocolo.

Verificar por turno la integridad del brazalete de identificación, cambiar en caso necesario.

Razones para el cambio del brazalete:

Daño de la piel (erosión, lesión)

Necesidad de acceso vascular

Necesidad de contención física del paciente

Toma de examen, sin tener otro acceso

Problemas de lectura de los datos (borroso)

Datos que no correspondan al paciente

Registrar en el reporte de enfermería el responsable de la instalación y la razón del cambio.

El personal médico (médicos tratantes, residentes e internos rotativos), de enfermería (enfermeras y auxiliares), de servicios de apoyo (laboratorios, imagen) y estudiantes (internos rotativos) tienen la responsabilidad de verificar la identidad del paciente o neonato antes de realizar un procedimiento o administrar una medicación.

La identificación del recién nacido será obligatoria

Leyendo en voz alta a la madre la identificación del Recién Nacido y si la condición lo permite que ella lo revise constatando la correcta identificación.

En caso de Pacientes sin identificación, se colocara un brazalete con las siglas:

NN (Ningún Nombre), FECHA (dd/mm/aaaa) y SEXO,

El brazalete será cambiado inmediatamente al conocer la identidad.

Si por algún motivo durante el transcurso de la atención, un proceso o transferencia se evidencia que los datos del usuario son erróneos, la persona que capte esta inconsistencia, hará la corrección de datos y notificará a los servicios que están prestando la atención al paciente.



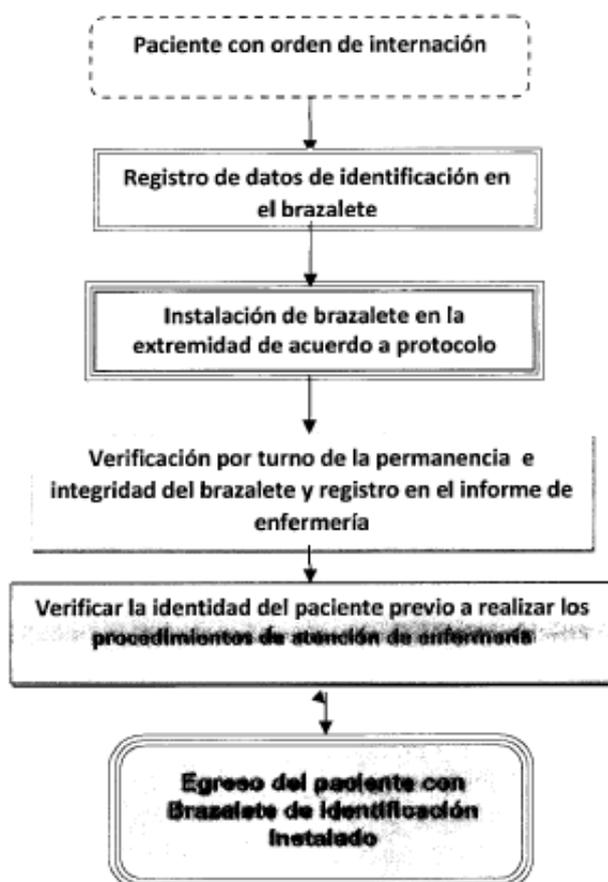
 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES	CODIGO: GCE-PR-01
	TIPO: ACTUALIZADO	EDICION:03
		GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

En ningún momento el paciente debe estar sin el brazalete durante su hospitalización, el brazalete deberá ser retirado al post alta, por la familia, en su domicilio.

En caso de fallecimiento del paciente, el cuerpo conservará el brazalete de identificación

OBSERVACIONES: Cuando no sea posible disponer del número de cédula de identidad del paciente pediátrico se colocara la fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

10. FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO



 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES	CODIGO: GCE-PR-01
	TIPO: ACTUALIZADO	EDICION:03
		GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

LISTA DE CHEQUEO

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____ N° Historia Clínica: _____

REQUISITOS	%	SI	NO	NA
El protocolo se encuentra escrito y al alcance del personal.	10			
Usuario tiene el brazalete de identificación en el lugar definido según protocolo.	10			
El brazalete de identificación contiene datos verificadores establecidos según protocolo.	10			
Paciente tiene brazalete correspondiente (blanco, celeste, rosado o rojo según corresponda).	10			
El brazalete de identificación esta con datos legibles.	10			
Se le instaló brazalete de identificación al ingreso del paciente en el servicio clínico	10			
Se registró la instalación del brazalete o cambio de este en la hoja de enfermería de ingreso o ficha clínica.	10			
El personal de salud verifica en forma verbal y visual la correspondencia de los datos de identificación del paciente frente a ingreso, traslado y/o procedimientos	20			
Al alta o traslado permanece con su brazalete de identificación.	10			
Total	100			

CUMPLIMIENTO DE LA NORMA

100% de los requisitos	Se cumple norma establecida	
Menos de 100% de los requisitos	No se cumple norma establecida	

Aplicado por: _____

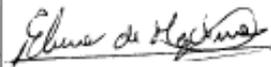
Luis Vargas Torres 11-56 Teléfonos: (593) 06 2950533/ 2955572. Ext. 196
www.hsvp.gob.ec



 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES	CODIGO: GCE-PR-01
		EDICION:03
	TIPO: ACTUALIZADO	GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

11. REFERENCIAS

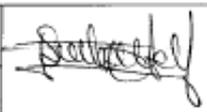
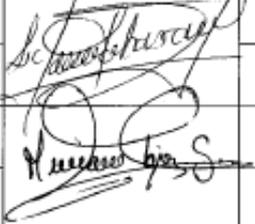
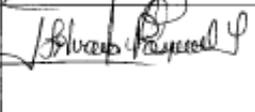
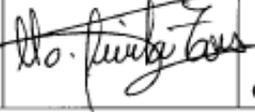
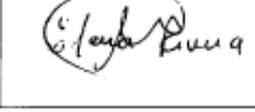
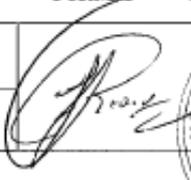
- Clínica Puerto Montt S.A. (2012). *Norma de Identificación de Paciente*. Chile : Red Clínica Regionales .
- Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Reina Sofia . (2007). *Manual de Procedimientos* . España : Hospital Universitario Reina Sofia .
- Dotor, M. T. (2014). *Procedimiento general de identificación inequívoca de pacientes*. Málaga : Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de Málaga.
- Hoffmeister, L. S. (2015). Uso de Pulseras de Identificación en Pacientes Internados en un Hospital Universitario. *Latino-Am. Enfermagem*, 36-43 .
- Maurcira, M. (2013). *Protocolo de Identificación de Paciente Hospital Base de Linares*. Linares: MS Chile .
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Protocolo de Identificación de Pacientes Hospital General Trofilo Dávila*. Machala: MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Identificación / Verificación de Pacientes Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora*. Quito: MSP.
- Minsalud. (2010). *Asegurar la Correcta Identificación del Paciente en los Procesos Asistenciales*. Colombia : Minsalud .
- Polanco, M. (2014). *Protocolo de Identificación de Paciente* . Colombia : ESE Carmen Emilia Ospina .
- Revelo, A. (2010). *Protocolo Identificación de Pacientes Hospital Civil de Ipiales* . Ipiales : Empresa Social del Estado .
- Servicio Salud Araucania Norte . (2011). *Protocolo Identificación de Pacientes* . Chile : Hospital Heyermann Torres .
- Vitolo, F. (2011). *Identificación de Pacientes* . España : NOBLE.

ELABORADO POR:			
Lic. Miryan Quilumbango		Lic. Ana Lucia Pasquel	
Enf. Coordinadora		Enf. Supervisora de Ginecología	
Lic. Anita Andrade		Lic. Elena Toctaquiza	
Enf. Supervisora de Medicina Interna		Enf. Supervisora de Pediatría	

Luis Vargas Torres 11-56 Teléfonos: (593) 06 2950533/ 2955572. Ext. 196

www.hsvp.gob.ec

 Ministerio de Salud Pública Hospital San Vicente de Paúl Unidad de Gestión de Calidad	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES	CODIGO: GCE-PR-01
	TIPO: ACTUALIZADO	EDICION:03
		GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Lic. Ximena Pozo		Lic. Silvia Lovato	
Enf. Supervisora de Emergencia		Enf. Supervisora de Neonatología	
Lic. Margoth Romo		Lic. Margarita Cevallos	
Enf. Supervisora de UTI		Enf. Supervisora de Centro Obstétrico	
Lic. Katty Cabascango		Lic. Silvana Paspuel	
Enf. Supervisora de Traumatología		Enf. Supervisora de Centro Quirúrgico	
Lic. Mirian López		Lic. María Augusta Rosero	
Enf. Supervisora de Cirugía		Enf. Supervisora de Diálisis	
Lic. Graciela Torres		Lic. Elena Rivera	
Enf. Supervisora de Consulta Externa		Enf. Supervisora de Central de Esterilización	
ACTUALIZADO POR:		FIRMAS	
Srta. Ana Chicaiza		Srta. Diana Garrido	
Egresada Lic. De Enfermería		Egresada Lic. De Enfermería	
REVISADO POR:		FIRMAS	
Lic. Martha Chauca		Dr. Edison Ayala	
Coordinadora de Gestión de Calidad		Director Asistencial	
APROBADO POR:		FIRMA	FECHA DE APROBACION
Dra. Yu Ling Reascos			11-04
Gerente del Hospital			

Luis Vargas Torres 11-56 Teléfonos: (593) 06 2950533/ 2955572. Ext. 196

www.hsvp.gob.ec



ANEXO 6. CERTIFICADO DE ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS.

Ibarra, 26 de octubre de 2015

GESTION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**CERTIFICADO****A petición Verbal:**

De la Srtas.: GARRIDO ORBE DIANA CAROLINA con cedula de identidad 1004430102 y CHICAIZA ESTEVEZ ANA GABRIELA con cedula de identidad 1003078464 certifico que participaron en la revisión de los Protocolos de **IDENTIFICACION DE PACIENTES Y MANEJO SEGURO DE LA MEDICACION**, vigentes en el Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra, el aporte que realizaron permitieron sustentar la calidad de los protocolos y ser de aplicación estandarizada en todos los servicios de la institución

Las interesadas pueden hacer uso del presente como a bien convenga



Lic. *Mayan Quilumbango*

ENFERMERA COORDINADORA

