

Boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores de Medicación

Errores y riesgos persistentes asociados con la medicación

El Instituto ECRI junto al *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) publicaron este año un informe sobre las 10 mayores preocupaciones que comprometen la seguridad del paciente en Estados Unidos en 2023 y que consideran que tienen que ser abordadas por las instituciones sanitarias ¹. Estos informes, que se publican anualmente a partir de los incidentes notificados con más frecuencia y de aquellos que tienen consecuencias más graves para los pacientes, están centrados en los errores y prácticas inseguras que continúan ocurriendo y que podrían evitarse o minimizarse implementando cambios factibles en los sistemas y en los procesos asistenciales. En esta ocasión, 3 de los 10 problemas recogidos en el informe se refieren a riesgos persistentes asociados al uso de los medicamentos ².

Después de analizar los incidentes comunicados al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP) y al Sistema de Notificación de Errores de Medicación del ISMP-España, en 2022 y en los meses transcurridos de 2023, se ha comprobado que estos riesgos persistentes o recurrentes en EE.UU. también lo son en nuestro país, por lo que se ha considerado de interés recogerlos en este boletín, junto con las actuaciones o prácticas recomendadas para evitarlos.

No confiar sólo en los "cinco correctos" para garantizar la administración segura de los medicamentos

Los cinco "correctos" (paciente, fármaco, dosis, vía y tiempo correctos) se consideran históricamente la práctica fundamental para prevenir los errores en la administración de la medicación. En la formación de enfermería y en la práctica asistencial se hace hincapié en el cumplimiento de esta norma ³. En este contexto, cabe destacar que son muy frecuentes los errores en que se administra un medicamento a un paciente equivocado, o en que se administra un medicamento incorrecto o a una dosis incorrecta, y cuando se registran y comunican

a los sistemas de notificación se atribuyen fundamentalmente a que "no se siguieron los cinco correctos". Como consecuencia, la solución para evitar la recurrencia del error suele recaer principalmente en recordar el cumplimiento de esta norma en el centro.

Sin embargo, según el ECRI y el ISMP ², cuando se analizan estos incidentes, es preciso "mirar más allá de los cinco correctos" y preguntarse por qué no se cumplieron, enfocando su análisis desde la perspectiva de sistema, con el fin de identificar los fallos latentes o riesgos que subyacen en el mismo y que han podido contribuir a que no se cumplieran los cinco correctos y se produjera el error. Así, muchas veces están presentes

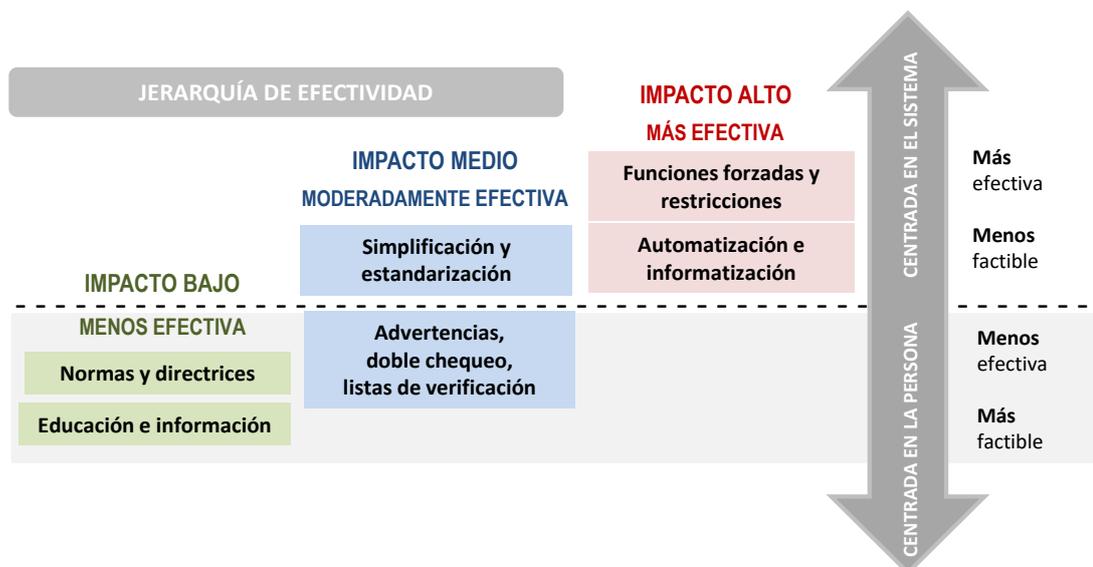


Figura 1. Jerarquía de efectividad del ISMP de las estrategias de reducción de errores ^{4,5}. Las prácticas más efectivas son aquellas que implican cambios en el sistema y no dependen de la memoria, de la atención o del comportamiento humano, aunque generalmente su implantación es más compleja. Las prácticas de impacto medio reducen la probabilidad de que se produzcan errores. Son relativamente fáciles y rápidas de aplicar, pero necesitan una actualización y un refuerzo constantes. Las medidas menos efectivas son las que dependen completamente de las personas. Son más fáciles y rápidas de aplicar, pero deben acompañarse por otras para lograr un sistema seguro.



también otros factores, que incluso en ocasiones se mencionan en el incidente, como deficiencias organizativas, falta de definición de los procedimientos, formación inadecuada, falta de recursos humanos, interrupciones, etc. que pueden haber llevado a que no se cumpliera alguno o todos los cinco correctos. Es preciso reconocer la presencia de estos fallos en el sistema y establecer las medidas necesarias para subsanarlos, además de reforzar y promover el cumplimiento de los cinco correctos, ya que sólo así será posible evitar que vuelvan a ocurrir estos errores.

Además, es preciso considerar que los “cinco correctos” como tal son una norma cuyo cumplimiento depende de la persona, por lo que es una estrategia de seguridad considerada de baja efectividad (véase figura 1) y por sí sola no es suficiente para garantizar la seguridad de la administración ². Por ello, aunque no cabe duda de que los cinco correctos son un buen punto de partida, es necesario implementar adicionalmente otras prácticas de seguridad de moderada y de alta efectividad. En este caso, la práctica más efectiva para evitar los errores en la administración es la tecnología del código de barras.

Ejemplos de incidentes

- ▶ *Se han confundido las dosis de insulina entre los dos pacientes que se encontraban ingresados en la habitación. La medicación se administró por una enfermera diferente a la responsable de los pacientes que no llevó a cabo la identificación del paciente y uso de los cinco correctos.*
- ▶ *Se administró por error a una paciente un antibiótico (piperacilina/tazobactam) prescrito para la compañera de habitación. La paciente era alérgica al mismo y presentó una reacción anafiláctica que cedió tras tratamiento intravenoso. No se realizó la identificación correcta del paciente. El personal de enfermería era nuevo en la unidad.*
- ▶ *Se administraron 370 mg de aciclovir a un niño de 9 meses en lugar de a una niña de 7 años. Ocurrió por no conocer a la paciente, ya que estaba llevada por otra enfermera y por ir con prisas sin comprobar. El error prolongó la hospitalización del paciente. Es preciso revisar paciente y tratamiento correctamente antes de administrar.*
- ▶ *Durante un momento de alta carga de trabajo, una alumna de enfermería administró erróneamente la medicación (furosemida y cloxacilina) a un paciente, por una falta de aplicación de los cinco correctos.*
- ▶ *Se administró por error heparina no pautada a un paciente, que correspondía a un paciente de la habitación contigua. Se realizó una reunión con el equipo de enfermería para recordar la ejecución cuidadosa de las tareas y el cumplimiento de los 5 correctos en la administración de la medicación.*
- ▶ *Se administró una dosis de morfina superior a la prescrita. No se comprobó cual era la dosis correcta. Contribuyó la carga de trabajo y el estrés. Tras detectarlo se comunicó al facultativo. Hay que reforzar los 5 correctos para la administración segura de los medicamentos y formar a los profesionales en el manejo de las concentraciones de mórficos y otros medicamentos de alto riesgo.*

Recomendaciones

- Promover y reforzar el cumplimiento de los “cinco correctos” en la administración: verificar a pie de cama que la identidad del paciente es correcta, comprobar en la hoja de administración (electrónica o manual) que el/los medicamento/s, dosis, vía y tiempo de administración son los prescritos para el paciente, y verificar el/los medicamentos.
- Cuando se produce un error en la administración cuya causa se atribuye a la falta de cumplimiento de los cinco correctos, analizar también los fallos latentes del sistema que han contribuido a que se produzca (p.ej. falta de formación, falta de personal, elevada presión asistencial, interrupciones, etc.) e implantar también medidas específicas para mejorar la seguridad del sistema en su conjunto.
- Reconocer las limitaciones de los cinco correctos. Implantar prácticas de moderada efectividad (p.ej. doble chequeo de medicamentos de alto riesgo) y elevada efectividad (p.ej. la tecnología del código de barras) en el proceso de administración, para evitar que la seguridad de este proceso recaiga sólo en una práctica de baja efectividad.

Administración accidental de agentes bloqueantes neuromusculares

Los bloqueantes neuromusculares se consideran medicamentos de alto riesgo, ya que cuando se produce un error en su utilización pueden causar daños graves e incluso mortales a los pacientes ^{6,7}. Estos agentes bloquean la transmisión neuromuscular y causan parálisis del músculo esquelético, incluyendo los músculos respiratorios, por lo que su uso se restringe a pacientes sometidos a ventilación mecánica.

Aunque afortunadamente no son frecuentes, se continúan registrando eventos adversos graves por la administración accidental de bloqueantes neuromusculares a pacientes sin ventilación mecánica, tanto en EE.UU.² como en nuestro país, como ya se informó en 2020 ⁸. Estos errores suelen implicar la administración equivocada de un bloqueante neuromuscular en lugar de otro medicamento prescrito, y se podrían evitar si estuvieran implementadas las prácticas seguras recomendadas para estos medicamentos ^{2,6-10}. En este sentido, el ISMP recomienda como práctica fundamental “Almacenar, separar y diferenciar los bloqueantes neuromusculares de otros medicamentos, dondequiera que se ubiquen en el centro” ¹⁰. Sin embargo, según la información disponible, esta práctica no está suficientemente implantada en los hospitales de nuestro país ¹¹.

Ejemplos de incidentes

- ▶ *Paciente ingresada por quemaduras con traqueostomía, en proceso de destete sin apoyo de ventilación. Se indicó una medicación para sedarla ligeramente y por error se administró Nimbex (cisatracurio) 10 mg. Presentó apnea y parada cardiorrespiratoria, de la que se recuperó con soporte vital avanzado, sin daño neurológico aparente.*



- En la unidad de diálisis se disponía de un vial de Esmerón (rocuronio) incluido en el stock, que se guardaba en la nevera sin señalar en la balda de medicación post-diálisis. La pauta de tratamiento de un paciente nuevo que acudió temporalmente a dializar incluía Parsabiv IV (etelcalcetida), así como Zemplar (paricalcitol) IV y Benadón (piridoxina) oral. Estos dos últimos medicamentos no eran habituales en la unidad y la enfermera que recibió al paciente los guardó en un cajetín en la nevera. En un momento de presión asistencial, la enfermera que iba a administrar la medicación y que estaba ya cargando el Parsabiv le pidió a otra compañera que le pasara la medicación restante. Esta comprobó en la hoja de medicación que se trataba de Zemplar y Benadón, pero no constaba en dicha hoja la vía de administración y supuso que era IV. Cargó el Zemplar que se encontraba ya en la mesa y buscó con premura el Benadón en la nevera. Cogió por error el vial de Esmerón, cargó el Zemplar y el Esmerón en sendas jeringas sin etiquetar y se las pasó a la enfermera que estaba administrando el Parsabiv. Inmediatamente después, al registrar en la hoja de administración del paciente el lote de los medicamentos (práctica habitual en la unidad), la enfermera se dio cuenta del error. El paciente sufrió parada cardiorrespiratoria, se iniciaron maniobras de soporte vital y se trasladó al box de críticos, hasta recuperación.
- A las 15 h en el cambio de turno, mi compañera me dice que está sin administrar la anidulafungina pautada a esa hora, preparación que se efectúa por la farmacia y que se suele guardar en la nevera. Fui a la nevera dando por hecho que la preparación que estaba allí era la de anidulafungina, la cogí sin verificar el etiquetado y la administré. La paciente comenzó a presentar bajo nivel de conciencia y dificultad respiratoria. Se avisó al intensivista que intubó a la paciente y la pasó a un box de críticos. Al comprobar la medicación que le está pasando se descubrió que se trataba de una bolsa con 200 mg de cisatracurio, preparada también por la farmacia del hospital, que estaba en la nevera.

Recomendaciones

- Restringir la dispensación y limitar la disponibilidad de los bloqueantes neuromusculares a quirófanos y unidades de cuidados intensivos que atiendan a pacientes con ventilación mecánica. Una excepción son los carros o kits de parada cardiorrespiratoria.
- Almacenar los bloqueantes neuromusculares separados del resto de medicamentos, en cajetines específicos en el frigorífico. Si se almacenan en sistemas automatizados de dispensación (SAD) deben colocarse también en cajetines específicos.
- Colocar una alerta identificativa de color rojo en todos los cajetines de almacenamiento y SAD que indique: "Bloqueante neuromuscular: Causa parada respiratoria". Etiquetar también las jeringas y otras preparaciones para evitar que se confundan con otros medicamentos.
- Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre los riesgos de una administración incorrecta.

Errores en la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales

Las transiciones asistenciales o los traslados de pacientes dentro del propio nivel asistencial constituyen puntos críticos con un elevado riesgo de que se produzcan errores por falta o fallos de comunicación sobre los tratamientos que reciben los pacientes ¹²⁻¹⁴.

Diversos estudios realizados en España han constatado la magnitud de este problema: hasta un 86,8% de los pacientes pueden presentar algún error de medicación al ingreso hospitalario, hasta un 63% al alta, hasta un 79,3% en urgencias hospitalarias y hasta un 65,5% después del alta en atención primaria ^{15,16}. El riesgo de error resulta ser mayor conforme aumenta el número de medicamentos que toman los pacientes y el número de patologías crónicas ¹⁵.

La conciliación de la medicación es la práctica que se ha desarrollado con el fin de mejorar la comunicación y reducir los errores de medicación en las transiciones asistenciales, y que la OMS y numerosos organismos en todo el mundo han recomendado implementar ^{13,17}. Es un proceso formal y multidisciplinar que requiere: obtener una historia farmacoterapéutica o lista completa y exacta de todos los medicamentos que está tomando el paciente; compararla con los nuevos medicamentos que se prescriben en cada transición asistencial, para resolver cualquier discrepancia y, de esta forma evitar omisiones, errores en la dosis, duplicidades y posibles interacciones; asegurar que este proceso se realiza en cada transición a lo largo de la continuidad asistencial; y que en todo momento esté disponible una lista completa, exacta y actualizada de la medicación para los profesionales que le atienden y para el paciente y cuidadores ^{13,17-19}.

El ECRI y el ISMP señalan en su informe ¹ que en EE.UU. los errores en las transiciones asistenciales siguen siendo muy frecuentes y constituyen uno de los principales problemas para la seguridad del paciente. Asimismo inciden en que estos errores se deben principalmente a que las listas de medicación de que disponen los profesionales y los pacientes no son exactas.

También en nuestro país, los errores de conciliación fueron uno los 10 tipos más frecuentes de errores que motivaron eventos adversos, registrados en el SINASP y el Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación, en 2020 y 2021 ^{8,20}, y en 2022 y 2023 continúan comunicándose numerosos errores de este tipo por los profesionales sanitarios. No cabe duda de que el Ministerio de Sanidad ha promovido reiteradamente la implantación de prácticas de conciliación de la medicación y ha desarrollado guías prácticas y herramientas para fomentar su implantación ^{15,16,21}, y de que comunidades autónomas, sociedades científicas y centros sanitarios han desarrollado iniciativas en esta área. No obstante, la implantación de estas prácticas sigue siendo escasa, como muestran los datos de la evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud ²² y el último estudio sobre implantación de prácticas seguras de medicamentos en los hospitales ¹¹, probablemente porque precisan importantes recursos humanos y tecnológicos.



Ejemplos de incidentes

- ▶ Se administró al paciente en el hospital un medicamento que constaba en el programa de receta electrónica (quetiapina 50 mg comprimidos), pero que ya no tomaba, porque la información estaba desactualizada y seguían prescritos medicamentos suspendidos. El paciente estuvo muy sedado. Hay que conciliar al ingreso el tratamiento con el paciente.
- ▶ Paciente que ingresó por un episodio de insuficiencia respiratoria aguda. A pesar de que el familiar mostró al médico una foto del tratamiento actualizado, ya que era un paciente pluripatológico y polimedicado, el informe de urgencias presentaba dos errores: indicaba clopidogrel, que ya no tomaba desde hace meses, y eritropoyetina cada 10 días cuando se administraba cada 7. En la planta, se prescribió clopidogrel 5 días hasta que el familiar advirtió el error. El informe de alta arrastraba los dos errores, aunque el familiar informó de nuevo de los mismos.
- ▶ Paciente que se trasladó de UCI a la planta en la tarde. Al llegar no se concilió la medicación y se administró el tratamiento previo a su traslado a UCI. Ello implicó la interrupción brusca del tratamiento con el que pasó de la UCI (lacosamida IV, levetiracetam IV, fluconazol, etc.) hasta la mañana siguiente.
- ▶ El paciente estaba anticoagulado a dosis plenas antes de su ingreso en una planta de hospitalización. Se trasladó a críticos por una caída con hematoma en partes blandas y se suspendió a la espera de resolver el episodio. Tras su traslado de nuevo a la planta se reinició la anticoagulación, tal y como constaba en el ingreso inicial a planta, sin revisar ni reevaluar. El programa de prescripción electrónica es diferente en críticos (ICCA) que en las unidades de hospitalización.
- ▶ Paciente con antecedentes de TEP por enfermedad autoinmune en tratamiento con acenocumarol. Antes del ingreso hospitalario para una intervención, se retiró este medicamento. En el informe de alta no aparecía ningún tratamiento anticoagulante, por lo que se efectuó interconsulta con hematología. Estuvo un fin de semana sin tratamiento.
- ▶ La madre de un bebé que fue dado de alta del hospital solicitó consulta telefónica al pediatra de atención primaria. En el hospital, la madre le daba al niño 0,7 mL/8h de una suspensión de amoxicilina clavulánico 100 mg/12,5 mg. En el informe de alta se indicaba una dosis de 1,9 mL/8h, pero se especificaba también que la dosis era de 50 mg/kg/día y, según el peso del bebé, le corresponderían 0,7 mL/8h.

Recomendaciones ^{2,15,16, 23,24}

En el hospital

- Al ingreso hospitalario:
 - obtener una lista completa y exacta de la medicación domiciliaria, llamada "historia completa de la medicación", (excepto en situaciones de urgencia). Indicar en la lista: nombre del medicamento, dosis, vía, frecuencia y última dosis administrada. Utilizar al menos una fuente de información, y verificarla mediante una entrevista al paciente y/o cuidadores.
 - comparar esta lista con la medicación prescrita al ingreso.
 - resolver las posibles discrepancias y registrar los cambios (en los ingresos preferentemente dentro de las primeras 24 horas).

Nota: si el paciente ingresa a través de urgencias y se ha recabado información que queda registrada en la historia, en la unidad de hospitalización se debe verificar dicha información.
- En los traslados en el hospital:
 - revisar y comparar la nueva medicación prescrita en la unidad de traslado, con la medicación anterior y la hoja de registro de administración.
 - resolver las posibles discrepancias y registrar los cambios realizados.
- Al alta hospitalaria:
 - comparar la medicación prescrita al alta con la lista completa de la medicación domiciliaria y con la medicación administrada en las últimas 24 horas en el hospital.
 - resolver las posibles discrepancias y registrar los cambios.
 - actualizar la receta electrónica del paciente: eliminar, cambiar dosis o incluir la medicación nueva. Proporcionar al paciente y/o cuidadores la lista de la medicación al alta y las recetas. Explicarles los cambios producidos, asegurándose de que comprenden la medicación que deben tomar y la que deben interrumpir.
 - elaborar un informe de alta, especificando los cambios que se han producido en el tratamiento domiciliario y el seguimiento que puede ser necesario realizar.

En atención primaria

- Después de ingresos hospitalarios, visitas a urgencias, consultas hospitalarias, etc.:
 - obtener una lista exacta y actualizada de la medicación del paciente (o "historia completa de la medicación"), con las fuentes de información disponibles. Verificar la información mediante una entrevista al paciente y/o cuidadores.
 - comparar esta lista con la medicación prescrita al paciente en la transición asistencial.
 - identificar y resolver las discrepancias que precisen aclaración. Actualizar la historia del paciente y la receta electrónica.
 - proporcionar al paciente y/o cuidadores una lista conciliada con su medicación completa y actualizada. Informarle de los posibles cambios y verificar que comprende su tratamiento.



Referencias

1. ECRI. Top 10 patient safety concerns 2023 special report [consultado 2/12/2023]. Disponible en: <https://www.ecri.org/top-10-patient-safety-concerns-2023-special-report>
2. Institute for Safe Medication Practices. Implement strategies to prevent persistent medication errors and hazards. ISMP Medication Safety Alert! 2023 March 23; 28(6): 1-4.
3. MacDowell P, Cabri A, Davis M. Medication administration errors. Patient Safety Primers. March 2021. Agency for Healthcare Research and Quality [consultado 2/12/2023]. Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/primer/medication-administration-errors>
4. ISMP-Canada. Designing effective recommendations. Ontario Critical Incident Learning. 2013 April; 4:1-2.
5. Institute for Safe Medication Practices. Education is "predictably disappointing" and should never be relied upon alone to improve safety. ISMP Med Saf Alert. 2020 Jun 4; 25 (11): 1-4.
6. ISMP-España. Prevención de los errores de administración accidental de relajantes neuromusculares. Boletín 38; Octubre 2014.
7. Ministerio de Sanidad, Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Recomendaciones para el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo. Ministerio de Sanidad, 2023 [consultado 2/12/2023]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/usoSeguroMedicamentos/docs/Recomendaciones_para_el_Uso_Seguro_Medicamentos_Alto_Riesgo-2023.pdf
8. ISMP-España. Los 10 errores de medicación de mayor riesgo detectados en 2020 y cómo evitarlos. Boletín 50; Febrero 2021.
9. Grissinger M. Paralyzed by mistakes- Reassess the safety of neuromuscular blockers in your facility. P&T. 2019; 44(3):91-3,107.
10. Institute for Safe Medication Practices. Targeted Medication Safety Best Practices for Hospitals. Best Practice #7 (2022-2023) [consultado 2/12/2023]. Disponible en: <https://www.ismp.org/guidelines/best-practices-hospitals>
11. Otero MJ, Pérez-Encinas M, Tortajada-Goitia B, et al. Análisis del grado de implantación de prácticas de prevención de errores de medicación en los hospitales españoles (2022). Farm Hosp. 2023;47(6):268-76.
12. Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ, Schoelles K, McDonald KM, Dy SM, et al. Making health care safer II: An updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. Evidence Report No.211. AHRQ Publication No. 13-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2013.
13. Medication Safety in Transitions of Care. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/UHC/SDS/2019.9). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
14. Medication Without Harm. Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
15. Recomendaciones de prácticas seguras en la conciliación de la medicación al alta hospitalaria en pacientes crónicos. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019 [consultado 2/12/2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Recomendaciones_de_Practicas_Seguras_en_la_conciliacion_d_e_la_medificacion_al_alta_hospitalaria_en_pacientes_cronicos_2019.pdf
16. Recomendaciones sobre conciliación de la medicación en atención primaria en pacientes crónicos. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [consultado 2/12/2023]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/usoSeguroMedicamentos/docs/Documento_final-Octubre_2022_ACCESIBLE.pdf
17. Greenwald JL, Halasyamani L, Green J, et al. Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinical relevant and implementable: A consensus statement on key principles and necessary first steps. J Hosp Med. 2010; 5: 477-85.
18. Hospital: 2024 National Patient Safety Goals. Joint Commission [consultado 2/12/2023]. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/hospital-national-patient-safety-goals/>
19. Ambulatory Health Care: 2024 National Patient Safety Goals. Joint Commission [consultado 2/12/2023]. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/ambulatory-health-care-national-patient-safety-goals/>
20. ISMP-España. Errores de medicación de mayor riesgo para los pacientes notificados en 2021. Boletín 51; Junio 2022.
21. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [consultado 2/12/2023]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/docs/Estrategia_Seguridad_del_Paciente_2015-2020.pdf
22. Informe de evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad; 2021 [consultado 2/12/2023]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2022/docs/220623-EVALUACION-SP.pdf>
23. ISMP Canada and Canadian Patient Safety Institute. ISMP-Safer Healthcare Now! Medication reconciliation in acute care. Getting started kit. Version 4; March 2017 [consultado 2/12/2023]. <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=ISMP-Safer+Healthcare+Now%21+Medication+reconciliation+in+acute+care.+Getting+started+kit.+Version+4#ip=1>
24. Ontario primary care. Medication reconciliation guide. Toronto: Institute for Safe Medication Practices Canada and Health Quality Ontario; 2015

Los contenidos de este boletín se han elaborado a partir de los incidentes comunicados por los profesionales sanitarios al Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación y al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP), sistemas financiados por el Ministerio de Sanidad. La difusión de estas recomendaciones tiene como objetivo evitar que vuelvan a producirse otros errores del mismo tipo.

Los profesionales sanitarios que deseen notificar incidentes por medicamentos al Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) pueden hacerlo a través de la página web: <http://www.ismp-espana.org>. También se puede contactar con el ISMP-España a través de correo electrónico (ismp@ismp-espana.org).

© 2023 **Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España)**

