

2025

**JORNADAS REGIONALES DE
FARMACIA HOSPITALARIA**

REGIÓN NORESTE



SEPTIEMBRE

"Del Conocimiento a la Práctica: Investigación,
Gestión y Estrategias Clínicas en Farmacia Hospitalaria"

MEDICACIÓN SEGURA, PACIENTE SEGURO: IMPACTO DE LA CONCILIACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD

Farm. Albanesi Micaela
Farm. Medawar Aguilar Rachide

Atención Primaria de Salud

Desde Alma-Ata hasta la actualidad: evolución y perspectivas de políticas sanitarias como estrategia integral y fundamental para lograr sistemas de salud robustos, equitativos y eficientes que respondan a las necesidades de toda la población



La Declaración de Alma-Ata (1978): El Origen

La OMS y UNICEF definieron por primera vez la Atención Primaria de Salud como **asistencia sanitaria esencial y accesible**, basada en métodos científicamente fundados y socialmente aceptables. Esta estrategia buscaba un enfoque integral, considerando los determinantes sociales y promoviendo la participación comunitaria activa.

Un Concepto en Constante Evolución

1. **Múltiples Reinterpretaciones**
2. **Necesidad de Coordinación**, a nivel mundial, nacional y local
3. **Definición Clara**, definición sencilla para la implementación práctica



Datos Alarmantes que Impulsaron el Cambio

1000M

Personas en Riesgo

Millones de personas corren riesgo de caer en pobreza por gastos sanitarios directos superiores al 10% del presupuesto familiar.

60M

Vidas Salvables

Ampliar intervenciones de APS en países de ingreso bajo y mediano podría salvar estas vidas para 2030.

3.7

Años de Vida

Aumento potencial en la esperanza de vida mediante inversión en atención primaria de salud.



Nueva Definición

APS 2023

«La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objetivo garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas»

Un proceso continuo desde la promoción, prevención, curación, rehabilitación hasta los cuidados paliativos, tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.



Los Tres Componentes Sinérgicos de la APS

Servicios Integrados

Conjunto de servicios de salud integrales que engloban atención primaria y funciones de salud pública como elementos centrales.



Políticas Multisectoriales

Actuaciones encaminadas a abordar los determinantes generales de la salud más amplios y complejos.

Empoderamiento Comunitario

Movilización de personas, familias y comunidades para lograr mayor participación social y autoasistencia en salud.



Objetivos Estratégicos de la APS

Cobertura Sanitaria Universal

Estrategia clave para asegurar que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesitan, independientemente de su capacidad de pago.

Bienestar Social

Contribuye significativamente a mejorar la salud y el bienestar general de toda la población de manera sostenible.

Reducción de Inequidades

Busca activamente disminuir las desigualdades estructurales en el acceso equitativo a la salud.

Características Fundamentales de la APS

Accesibilidad y Equidad

Los servicios deben ser accesibles para todos, sin importar condición socioeconómica o ubicación geográfica.

Atención Continua

Proporciona atención médica regular y de confianza a lo largo del tiempo, garantizando seguimiento.

Enfoque Integral

Considera la salud globalmente, abordando aspectos preventivos y curativos de personas y comunidades.

Primer Contacto

Constituye el punto de entrada principal para las personas a todo el sistema de servicios de salud.

Sistema de Referencia y Contrarreferencia: Integración Vertical



Atención Primaria

Primer nivel de contacto y resolución de problemas de salud básicos y seguimiento continuo.



Atención Especializada

Segundo y tercer nivel para casos de mayor complejidad que requieren recursos específicos.



Integración del Sistema

Coordinación efectiva entre niveles para garantizar continuidad y calidad asistencial.

Beneficios del SRC

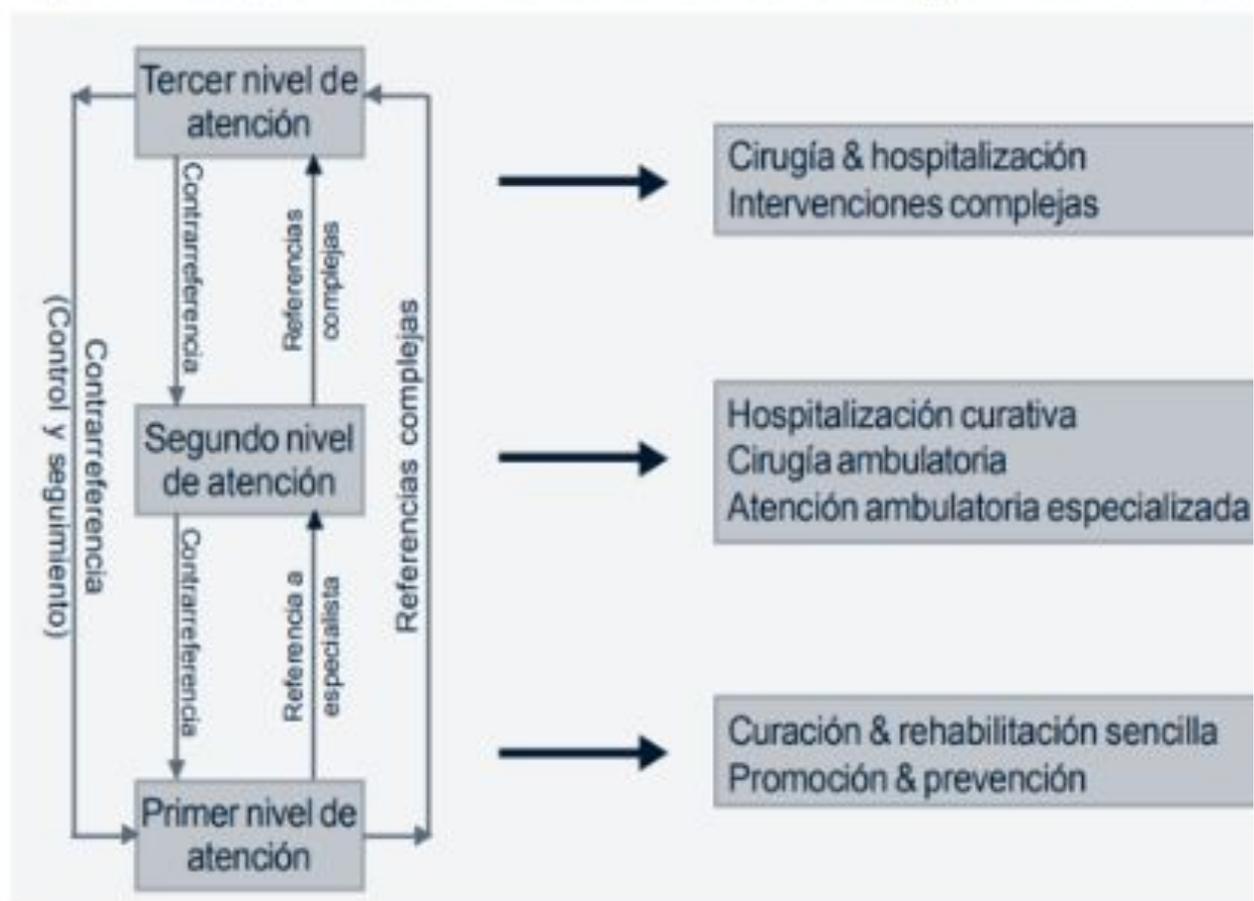
- **Continuidad asistencial** sin abandonar al paciente
- **Integralidad** en todos los niveles de atención
- **Optimización** de recursos sanitarios disponibles
- **Calidad** y oportunidad en la atención



Sistema de Referencia y Contrarreferencia:

Su objetivo es garantizar que los usuarios reciban atención oportuna, integral y de calidad, derivando pacientes desde la comunidad o un centro de menor complejidad a uno de mayor nivel (referencia) y devolviendo la información y responsabilidad al centro de origen al finalizar la atención especializada (contrarreferencia).

Figura 1: Esquema de un sistema de referencia y contrarreferencia



Hacia el Futuro: Implementación Exitosa

1

Sistemas de Información

Soporte informático sólido para seguimiento de casos y acceso a historias clínicas integradas.

2

Coordinación de Actores

Pacientes, equipos de salud y gestores trabajando de forma coordinada y comunicada.

3

Conciliación Farmacéutica

Evitar duplicaciones, ajustar medicación y mejorar la seguridad en todos los niveles asistenciales.

La APS redefinida representa la columna vertebral de sistemas sanitarios resilientes, equitativos y centrados en las personas.



ROL DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO

Diseñar, organizar y gestionar servicios de farmacia y de esterilización acorde a las demandas propias (580/2022-1067/2019)

Realizar procesos de selección, adquisición, almacenamiento, dispensa y/o distribución de medicamentos y productos médicos.

Difundir información objetiva e independiente sobre medicamentos y productos médicos, basada en la mejor evidencia científica disponible, tanto al personal sanitario como al paciente.

ROL DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO

Participar en comités interdisciplinarios :
Capacitación, Control de Infecciones, Seguridad del Paciente entre otros.

Elaborar formulaciones farmacéuticas no estériles /estériles según los requerimientos del centro asistencial y de acuerdo a criterios de Buenas Prácticas de Elaboración.

Docencia e investigación

ROL DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO

Promover y desarrollar programas de Farmacovigilancia que permitan la detección y prevención de reacciones adversas a medicamentos y Productos Médicos, contribuyendo a disminuir errores de medicación.

Participar de pase de sala.
Validación de las indicaciones médicas.

Evaluación del perfil farmacoterapéutico.

CONCILIACIÓN

5 Momentos Clave para la utilización segura de los medicamentos



Antes de COMENZAR
a tomar un medicamento



Cuando TOMO
el medicamento



Al AÑADIR
otro medicamento



Cuando REVISAN
mi medicación



Antes de FINALIZAR
la toma de un medicamento



Ayúdanos a lograr... una medicación sin daños

Organización Mundial de la Salud

MEDICACIÓN SIN DAÑOS
Una Medicina a la Altura del Paciente

Día Mundial de la Seguridad del Paciente
17 de septiembre de 2022

LA CONCILIACIÓN consiste en la **recopilación de información completa de la medicación activa** con y sin receta de un paciente, además de información sobre su **historial y manejo de la medicación, adherencia y hábitos de estilo de vida.**



Se recolectan de forma integral para evaluar los cambios en la farmacoterapia a lo largo de las transiciones de la atención, lo que en última instancia reduce el riesgo de errores de medicación y daños potenciales.

La OMS define la conciliación de medicamentos como ***“el proceso formal en el que los profesionales de la salud se asocian con los pacientes para garantizar la transferencia precisa y completa de información sobre medicamentos en las interfaces de atención”***

Pasos para la conciliación farmacéutica



1. Una lista de medicamentos del paciente actualizada, precisa y completa.

Esto incluye: medicamentos recetados, medicamentos sin receta, hierbas medicinales, suplementos, vitaminas y otras terapias alternativas o complementarias que el paciente podría estar usando.



Guía esencial para garantizar una prescripción segura en cualquier entorno de atención.

Pasos para la conciliación farmacéutica:

3. Revisar y comparar la lista de medicación previa con la medicación activa o nueva que se prescribe en el punto de transición asistencial (ingreso, traslado, alta, o cambio de nivel de atención), buscando discrepancias o diferencias no justificadas entre ambos conjuntos de medicamentos.

4. Aclarar con el prescriptor las discrepancias encontradas que no tengan justificación clínica para evitar errores de medicación y mejorar la seguridad del paciente. Documentar los cambios realizados.



Pasos para la conciliación farmacéutica

5. Elaborar y mantener disponible una lista final o "medicación conciliada" que refleje la medicación correcta y segura que el paciente debe tomar, la cual debe estar accesible para todos los profesionales de salud que atienden al paciente y para el propio paciente o su cuidador.

6. Implicar al paciente y su familia en el proceso, informando y educando sobre la medicación para mejorar la adherencia y seguridad.

Los errores más comunes que se deben evitar

1. Omisión de medicamentos necesarios: Es el error más frecuente, representando hasta el 74% de los errores detectados, especialmente en fármacos antihipertensivos, broncodilatadores, diuréticos, □
medicación crónica, etc. □ La omisión puede poner en riesgo la continuidad y eficacia del tratamiento.

2. Fármacos erróneos o no indicados: Prescribir un medicamento incorrecto o duplicar tratamientos puede ocasionar interacciones y/o efectos adversos.

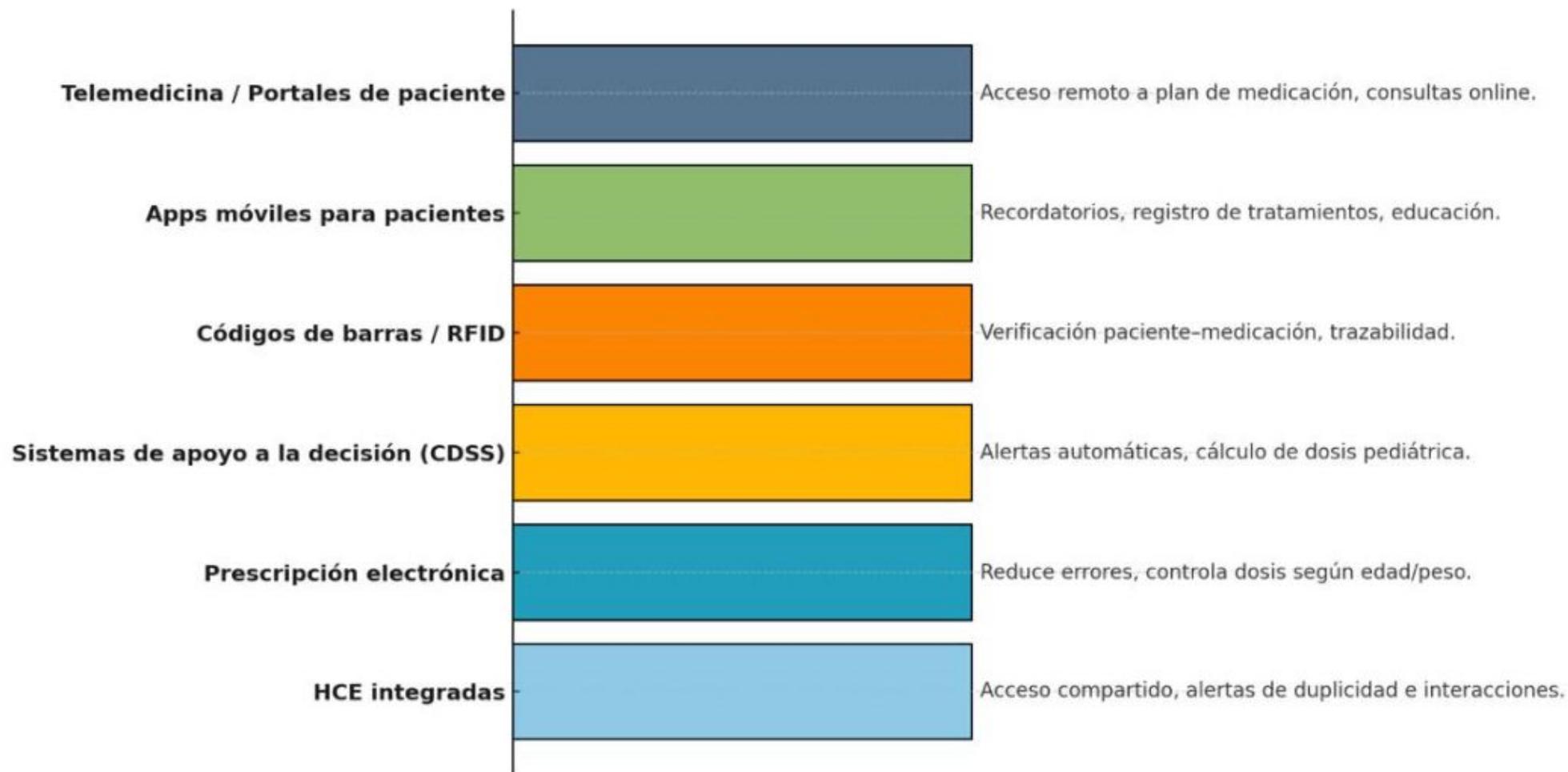
Los errores más comunes que se deben evitar

3. Errores en la dosis o pauta de administración: Cambios inadvertidos en la dosis, frecuencia o vía de administración generan riesgos de toxicidad o falta de eficacia.

4. Falta de revisión clínica y control: No comprobar el historial médico completo, alergias, interacciones o cambios recientes en la medicación incrementa errores.

5. Fallos en la comunicación entre profesionales y con el paciente: La falta de información clara y actualizada en los traspasos asistenciales y la escasa participación del paciente o cuidador contribuyen a discrepancias en la medicación.

Tecnologías que facilitan la conciliación de medicamentos



ALGUNAS HERRAMIENTAS

MedAI: Asistente Médico...
 Impulsado por ChatGPT y GPT-4o
 Anuncio

★★★★★ 113 SAFE AI NETWORK PTE. L... Educación

Impulsado por ChatGPT API & GPT-4 & o1
IA para médicos

Accede a más de 40 IA, sube imágenes y PDFs—todo en un asistente de bolsillo.

Analiza radiografías, resonancias magnéticas y más—todo con capacidades de visión AI.

Autoguardado CONCIACION FI... Buscar

Archivo Inicio Insertar Dibujar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Automatizar Ayuda Acrobat

Pegar Fuente Alineación Número Estilos Celdas Edición

GUIA DE CONCILIACIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS

- INTRODUCCIÓN
- ÍNDICE DE MEDICAMENTOS
- GLOSARIO
- BIBLIOGRAFÍA
- AUTORES

NOMBRE Y APELLIDO- EDAD- PESO AL ALTA-FECHA DE INDICACIONES											
MEDICAMENTO Nombre y Presentación	HORARIOS DE TOMA DE MEDICACIÓN										OBSERVACIONES
	07:30	08:00	10:00	12:00	16:00	18:00	20:00	22:00	00:00	02:00	
Ac Fólico 1mg / ml gotas			20 gotas= 1mg 🧴								
Sulfato Ferroso 125 mg / ml gotas			24 gotas 🧴								Administrar separado de la leche (cambio a la mañana consensuado con médico)
Vitamina ACD gotas				0.6 ml 🧴							

TALLER



Datos del paciente:

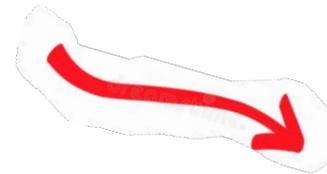
- **Edad: 2 años**
- **Peso: 13 kg - Talla: 87 cm**
- **APP: RNPT (34 semanas), Trastorno del desarrollo madurativo, DBP, RGE.**
- **No refiere alergias conocidas**

Motivo de consulta: Paciente pediátrico de sexo femenino que al momento de la consulta presentaba rinorrea acuosa, estornudos y tos de 4 días de evolución.

□ **Ingresó al CAPS cercano al domicilio por consultorio y se le indica:**

-Difenhidramina 1 mg/kg/dosis c/8hs x 5 días.

-Meprednisona gts 1mg/kg/dosis c/8hs x 5 días



Diagnóstico: CVAS (Catarro vías aéreas superiores)

La madre continúa administrando en domicilio y debe volver para control en 72 hs...

Medicación habitual

Ac. fólico 1mg /día en la mañana
Sulfato Ferroso gotas al mediodía
Vitamina ACD gotas al mediodía
Budesonide aerosol c/12 hs
Omeprazol susp en ayunas
Fenobarbital 7,5mg TM y 15 mg TN

+

Difenhidramina jbe c/8hs
Meprednisona gts c/8hs

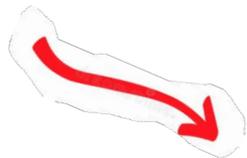


□ Segunda consulta en CAPS: (día 3 – control a las 72 hs)

La madre acudió con la paciente nuevamente al CAPS para control. Es evaluada por otro médico, quien al revisar el cuadro clínico considera que no es necesario continuar con la medicación prescrita en la primera consulta. El médico le dice a la madre: “Suspenda lo que le habían indicado recientemente”.

□ Problema

La madre no estaba segura de a qué medicación se refería exactamente el médico y sin aclaración precisa : **suspende la difenhidramina y la meprednisona como también el fenobarbital que había sido indicado una semana antes por la neuróloga para control de convulsiones**



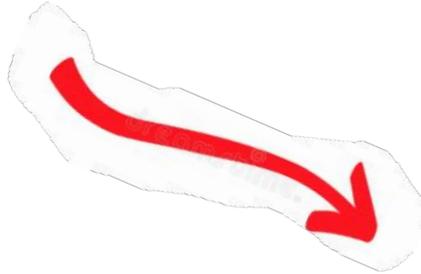
FALTA DE REVISIÓN CLÍNICA Y FALLO EN LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE



□ Evolución posterior

Al suspender el fenobarbital, la paciente queda sin anticonvulsivante (parte de su tratamiento de base).

Días más tarde, la niña presenta un episodio convulsivo y es llevada a la guardia hospitalaria, donde se constata la suspensión inadvertida de su tratamiento crónico.



Requiere internación para monitorización en 3er Nivel de Atención..

□ Discusión

Este caso ilustra la importancia de:



- ✓ **Conciliación de la medicación en cada transición asistencial.**
- ✓ **Especificar con claridad al familiar qué fármaco debe suspenderse y cuáles deben continuarse.**
- ✓ **Reconocer la medicación crónica crítica (como el fenobarbital en convulsiones) para evitar omisiones que pueden generar complicaciones graves.**

¿¿Y el farmacéutico??



Pasos para la conciliación farmacéutica



□ Rol del farmacéutico clínico en este caso:

Elaborar una guía sencilla y práctica para el responsable/cuidador



Material de apoyo

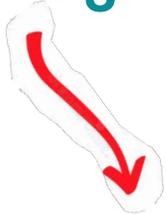


¿Cómo?

- ✓ Revisar el listado de medicación habitual
- ✓ Identificar las nuevas prescripciones
- ✓ Detectar duplicaciones, interacciones y riesgo de omisiones
- ✓ Educación a la madre/cuidador



Pero...¿Y Cómo?



Revisar, analizar..



Medicación habitual

Ac. fólico 1mg /día en la mañana
Sulfato Ferroso gotas al mediodía
Vitamina ACD gotas al mediodía
Budesonide aerosol c/12 hs
Omeprazol susp en ayunas
Fenobarbital 7,5mg TM y 15 mg TN

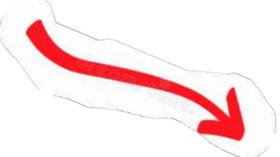
+
Difenhidramina jbe c/8hs
Meprednisona gts c/8hs



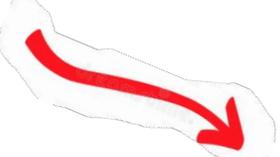
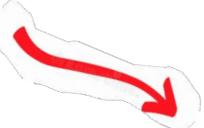
Coordinación interdisciplinaria

- ✓ **Comunicar a los médicos la importancia de documentar con precisión qué fármacos deben suspenderse.**
- ✓ **Facilitar la continuidad del tratamiento evitando errores en transiciones de cuidado (CAPS – hospital – domicilio)**

 **Interacciones, validación farmacéutica, conciliación (analizar tipo de error que se cometió)**

 **Elaborar Guía práctica para la madre**

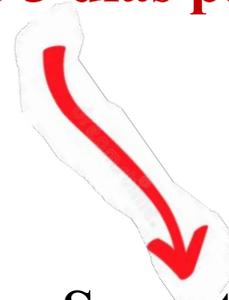
- ✓ **Guía de Medicación – Paciente Pediátrico**

 **Pero...¿Y Cómo?** 

NOMBRE Y APELLIDO- EDAD- PESO AL ALTA-FECHA DE INDICACIONES

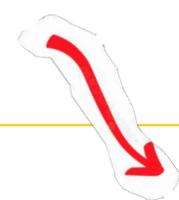
MEDICAMENTO Nombre y Presentación	HORARIOS DE TOMA DE MEDICACIÓN										OBSERVACIONES
	07:30	08:00	10:00	12:00	16:00	18:00	20:00	22:00	00:00	02:00	
Ac Fólico 1mg / ml gotas			20 gotas= 1mg 								
Sulfato Ferroso 125 mg / ml gotas			24 gotas 								Administrar separado de la leche (cambio a la mañana consensuado con médico)
Vitamina ACD gotas				0.6 ml 							
Budesonide aerosol		2 puff 						2 puff 			Administrar con aerocámara. Limpiar luego boca con agua y gasa
Omeprazol 0,2% suspensión	12,5 ml 										No administrar medicación ni alimentos a la misma hora
Fenobarbital 15 mg comprimido			7,5mg=1 / 2 comp 					15mg=1 comp 			Triturar la dosis del comprimido y diluir en agua, luego administrar. No suspender sin indicación de neurólogo

La paciente queda internada durante 3 días para estabilización y control.



Primero: Fenobarbital IV  **Luego:** Se restablece su dosis habitual de fenobarbital: 7,5mg TM y 15 mg TN

- ❑ Se monitoriza la evolución neurológica
- ❑ No se reinicia difenhidramina ni meprednisona, dado que el cuadro respiratorio agudo ya había remitido.
- ❑ Se realiza educación a la madre sobre conciliación y continuidad de la medicación crónica.

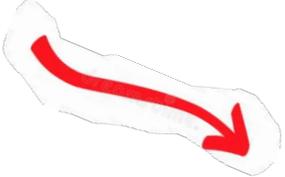


ALTA HOSPITALARIA CON FICHA DE CONCILIACIÓN!!

Pero..la historia no termina ahí..

- **Una semana luego del alta hospitalaria:** La niña ingresa en guardia nocturna por tos persistente, disnea y sibilancias, además de fiebre y dificultad respiratoria.

Evaluación médica:

- T°: 38,7 °C  febril
- Frecuencia respiratoria (FR): 37/min  taquipnea
- Saturación de oxígeno (SpO₂): 90%  hipoxemia
- Signos asociados: tiraje intercostal, aleteo nasal, tos persistente
- Auscultación pulmonar: sibilancias + crépitos bibasales
- Radiografía de tórax: infiltrado intersticial difuso con consolidación en lóbulo inferior derecho 

Diagnóstico: NIH (Neumonía intrahospitalaria)

Neumonía intrahospitalaria (NIH)

Justificación: el cuadro respiratorio aparece 7 días después del alta hospitalaria (precedida por internación de 3 días), lo que cumple criterios de infección asociada a la atención en salud.



Discusión breve:

La NIH en pediatría suele asociarse a gérmenes como *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*.

□ Factores predisponentes de la niña:

- Internación reciente.
- Uso previo de corticoides sistémicos (meprednisona).
- DBP (displasia broncopulmonar) como antecedente de base.

Plan terapéutico

1. Soporte general:

- **Oxigenoterapia:** iniciar con cánula nasal para mantener $SpO_2 > 94\%$.
- **Tratamiento respiratorio:** **Salbutamol aerosol 2 puff c/6hs** y **Budesonide 2 puff c/12 hs** con aerocámara
- **Hidratación y control de fiebre:** **Paracetamol 10mg/kg/dosis c/6hs**
- **Monitorización estricta de signos vitales y saturación.**

2. Tratamiento antibiótico empírico hasta obtener resultado de cultivo y según epidemiología intrahospitalaria:

Cobertura frente a gérmenes gramnegativos multirresistentes y *Staphylococcus aureus*

Ampicilina-sulbactam 300mg/kg/día c/6hs



3. Cobertura antiviral empírica **Oseltamivir 3mg/kg/dosis c/12 hs**

Evolución



A las 48–72 h, se reciben resultados de laboratorio de Hemocultivo / cultivo de secreciones respiratorias:

- **Positivo para Haemophilus influenzae productor de β -lactamasas : continúa con Ampicilina /Sulbactam**
 - **Negativos para influenza, VSR + : suspende oseltamivir**

Tratamiento respiratorio: Salbutamol aerosol 2 puff c/6hs y Budesonide 2 puff c/12 hs con aerocámara

La paciente a los 6 días de internación presenta mejoría clínica: disminuye la fiebre, mejora la saturación de oxígeno y disminuye la frecuencia respiratoria.

Evolución



Se realiza cambio de vía IV a VO con:

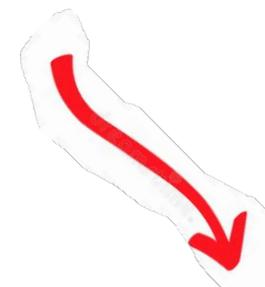
Amoxicilina-clavulánico 80-90 mg/kg/día dividido c/12 hs.

Se indica completar un total de 14 días de antibiótico

Tratamiento respiratorio: Salbutamol aerosol 2 puff c/6hs y **Budesonide 2 puff c/12 hs** con aerocámara e interconsulta con Neumología  **Ofrezco servicio de conciliación**



ALTA HOSPITALARIA



¿Conciliamos?

¿Conciliamos?





NOMBRE Y APELLIDO- EDAD- PESO AL ALTA-FECHA DE INDICACIONES

MEDICAMENTO Nombre y Presentación	HORARIOS DE TOMA DE MEDICACIÓN										OBSERVACIONES
	07:30	08:00	10:00	12:00	16:00	18:00	20:00	22:00	00:00	02:00	
Ac Fólico 1mg / ml gotas			20 gotas= 1mg 								
Sulfato Ferroso 125 mg / ml gotas			24 gotas 								Administrar separado de la leche (cambio a la mañana consensuado con médico)
Vitamina ACD gotas				0.6 ml 							
Budesonide aerosol		2 puff 						2 puff 			Administrar con aerocámara. Limpiar luego boca con agua y gasa
Omeprazol 0,2% suspensión	12,5 ml 										No administrar medicación ni alimentos a la misma hora
Fenobarbital 15 mg comprimido			7,5mg= 1 / 2 comp 					15mg= 1 comp 			Triturar la dosis del comprimido y diluir en agua, luego administrar. No suspender sin indicación de neurólogo
Amoxicilina / Clavulanico 400 mg / 57mg en 5ml Suspensión		6,5ml 						6,5ml 			Termina el día 04/10. Avisar si comienza con diarrea.
Salbutamol aerosol		2 puff 		2 puff 		2 puff 		2 puff 			Administrar con aerocámara. Limpiar luego boca con agua y gasa

James Clear

*Roma no se construyó en un día,
pero se ponían ladrillos cada hora.
Hoy no tienes que hacerlo todo.
Sólo hay que poner un ladrillo.
Así es como se construye un
imperio.*

MUCHAS GRACIAS