



“PROCEDIMIENTO DE CONCILIACION DE MEDICAMENTOS EN EL HGDC”

PROCESO: AGREGADORES DE VALOR

SUBPROCESO: FARMACIA Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaborado por:	Mgs. Andrea Villareal	Bioquímica farmacéutica	
	BQF. Cristina Guillén	Coordinador Técnico de Dispositivos Médicos	
	Mgs. Salomé Celi	Coordinador Técnico de Medicamentos	
Revisado por:	Dr. Danny Flores	Responsable de la Gestión Clínico Quirúrgica	
	Mgs. German Toapanta	Responsable de las Gestiones de Farmacia, Medicamentos, Insumos, Dispositivos y Reactivos Médicos	
	Lcda. Marisol Basantes	Responsable de la Gestión de Calidad	

	Lcda. Carolina Caizaluisa	Responsable de la Gestión de Enfermería	
	Lcda. Mirian Chillan	Coordinadora de Enfermería de Áreas Clínicas	
Validado por:	Dr. Silvano Bertozzi	Director Asistencial	
Aprobado por:	Dra. Andrea Prado	Gerente General	

16 de Febrero 2021

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración / revisión de este procedimiento”

CONTENIDO

1. OBJETIVOS:	4
2. ALCANCE:	4
3. RESPONSABLES:	4
4. DEFINICIONES:	4
5. DESCRIPCIÓN	6
5.1 Diagrama del Procedimiento	6
5.2 Desarrollo del Procedimiento	7
6. INDICADORES	12
7. REFERENCIAS	14
8. CONTROL DE CAMBIOS	15
9. ANEXOS	15

1. OBJETIVOS:

1.1. Objetivo General:

Garantizar que los pacientes reciban todos los medicamentos correspondientes a su medicación habitual en la dosis, vía y frecuencia correctas y que se adecúan a la situación del paciente y/o a la nueva prescripción realizada en otro punto del sistema sanitario (hospital, urgencias, consultas), con la finalidad de reducir los eventos adversos relacionados con el medicamento y los riesgos de una atención posterior innecesaria, a través de la conciliación.

1.2. Objetivo Específico:

- a. Comparar la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una transición asistencial o de un traslado dentro del propio nivel asistencial.
- b. Identificar, analizar, resolver y reducir las discrepancias de medicación detectadas a lo largo de toda la atención sanitaria, en los diferentes momentos de la transición sanitaria.

2. ALCANCE:

Todo el equipo de salud de los procesos involucrados en la transición de un paciente desde su ingreso hasta su egreso del Hospital General Docente Calderón.

3. RESPONSABLES:

Responsable de la Supervisión: Responsables de la Gestión de medicamentos y dispositivos médicos, Gestión de Enfermería, Gestión de Especialidades Clínico quirúrgicas y Gestión de Apoyo Diagnóstico Terapéutico.

Las gestiones mencionadas serán los responsables de velar por el cumplimiento del procedimiento.

Responsable de la Aplicación: Personal médico de los Procesos de Emergencia / Consulta Externa, Personal de Enfermería en actividades asistenciales y Profesionales farmacéuticos.

Responsable del Monitoreo del Indicador: Coordinador (a) técnico de medicamentos y la Unidad de calidad.

4. DEFINICIONES:

Conciliación: Es el proceso formal que valora el listado completo y exacto de la medicación previa que toma el paciente conjuntamente con la prescripción que ha tenido después de la transición asistencial, se debe realizar de forma especial en los momentos, que el tratamiento del paciente puede ser modificado por cambios en la medicación ya sea, por añadir un nuevo fármaco, o por suspensión de algún medicamento, es decir, conocer exactamente la medicación en el ingreso, durante la hospitalización, en sitios de transición y al alta hospitalaria. (1)

Cambio en la Dosis Frecuencia o Vía: De un medicamento que tomaba previamente, sin justificar esta modificación. (1,3)

Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 9 - Salud
Hospital General Docente de Calderón

Discrepancia: cualquier diferencia entre la medicación domiciliar crónica que el paciente tomaba previamente y la medicación prescrita en el hospital. Una discrepancia no constituye necesariamente un error. De hecho, la mayor parte de las discrepancias obedecen a la adaptación de la medicación crónica al nuevo estado clínico del paciente o a la realización de exploraciones y/o intervenciones con las que la medicación habitual pudiera interferir. (5)

Discrepancia justificada: Decisión médica de no prescribir un medicamento o cambiar su dosis, frecuencia o vía de administración, teniendo en cuenta la nueva situación clínica del paciente. (1,2)

Discrepancia de Omisión: no se prescribe un medicamento que el paciente necesita, sin que se justifique adecuadamente. (1,2)

Discrepancia de Comisión: se inicia un tratamiento que el paciente no se administraba antes, y no hay justificación clínica para su inicio. (1,3)

Duplicidad: se vuelve a pautar un fármaco o similar que tenía el paciente. (1,3)

Discrepancia intencionada documentada: el prescriptor decide añadir, cambiar o cesar un tratamiento y esta decisión se encuentra claramente documentada. (2)

Discrepancia intencionada no documentada: el prescriptor decide añadir, cambiar o cesar un tratamiento, pero esta decisión no se encuentra claramente documentada, y más bien se da alto valor a la experiencia. No se trata de un error de medicación, pero puede llevar a confusión, requiere un trabajo extra del siguiente profesional que atiende al paciente y podría, finalmente, derivar en un error de medicación. (2)

Discrepancia no intencionada o error de conciliación: el prescriptor, a pesar de ser informado de una discrepancia, se mantienen la prescripción inicial y asume que es un error y se corrige la prescripción. Se trata de errores de medicación potenciales que pueden provocar efectos adversos. (1,2)

Error de medicación: se define como un accidente que puede prevenirse y que puede lesionar al paciente u originar un uso inadecuado de los medicamentos, cuando están bajo control del personal sanitario, el paciente o el cuidador; puede estar relacionado con la práctica profesional, el material sanitario o los procedimientos. (2)

Error de Conciliación: toda discrepancia no justificada entre lo que el paciente tomaba y la nueva prescripción. No se considerarán errores de conciliación los derivados de una adecuación del tratamiento domiciliar a la nueva situación clínica del paciente, o la presencia de interacciones o contraindicaciones, cuya prevención será objeto de una adecuada validación farmacéutica de la prescripción. (3)

Interacción: entre la medicación que se toma de forma crónica y la actual. (1, 2, 3)

Listado de Medicamentos: Un listado completo es aquel que contiene toda la información sobre: dosis, vía de administración, posología y duración por cada medicamento de los que componen el tratamiento. Una lista de medicamentos se considera correcta si no existen discrepancias en el nombre, dosis y frecuencia entre ésta y la medicación que realmente toma el paciente en ese momento. Lista exacta sería aquella que es completa y correcta, y por tanto no presenta errores.

Mantenimiento: de una medicación en una situación que está contraindicada. (4)

No discrepancia: Inicio de medicación justificada para la situación clínica del paciente. (1)

Prescripción incompleta: información inadecuada respecto a dosis, vía o frecuencia de administración del tratamiento crónico. (1,4)



Ministerio de Salud Pública

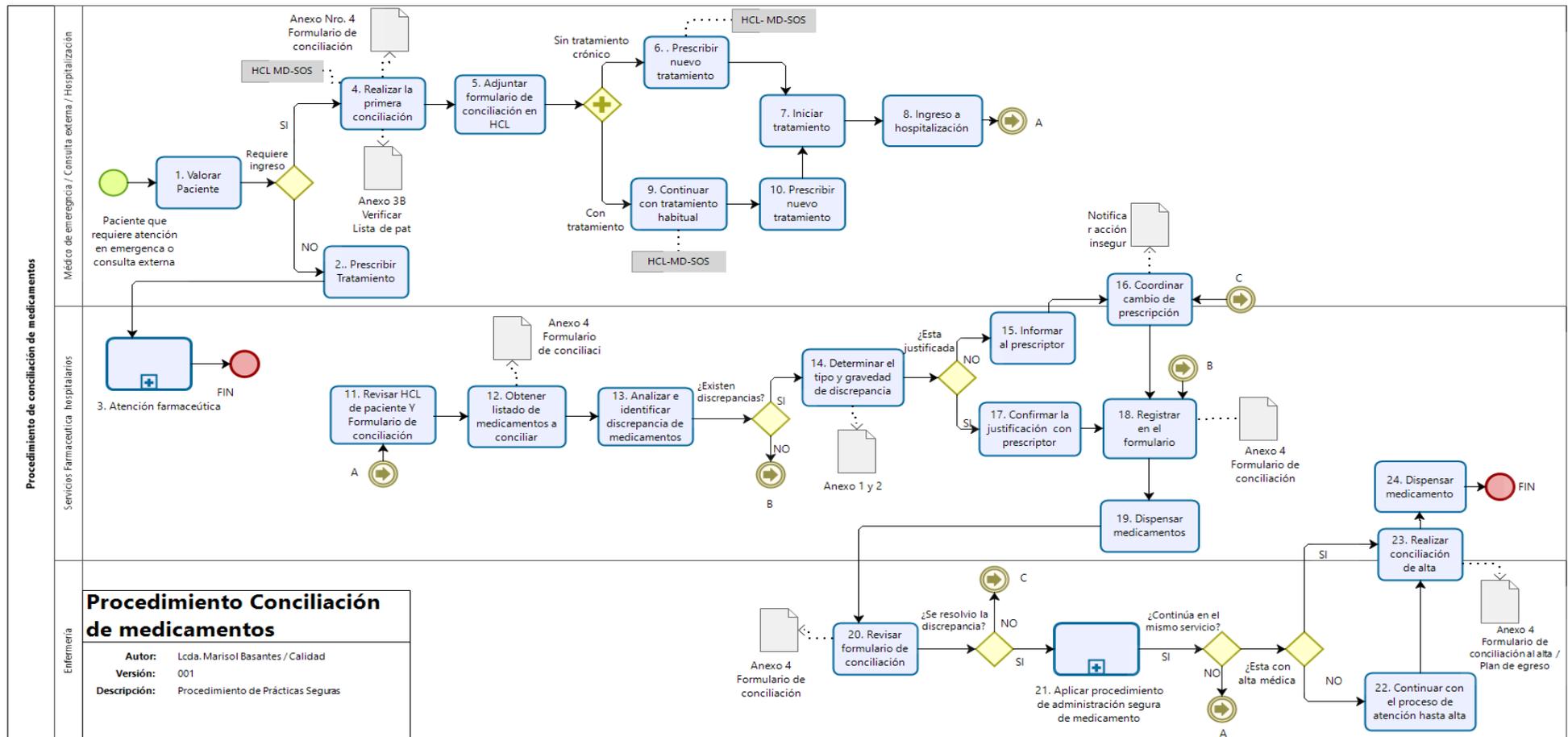
Coordinación Zonal 9 - Salud

Hospital General Docente de Calderón

5. DESCRIPCIÓN

5.1 Diagrama del Procedimiento

<https://drive.google.com/file/d/1wDaZlqbrffR64hQyP-3iHawfifsHBwLO/view?usp=sharing>



Dirección: Av. Capitán Giovanni Calles y Derbi, vía a Marianas, Calderón
 Código postal: 170201 / Quito Ecuador
 Teléfonos: (593 2) 3952 700 – www.hgdc.gob.ec



5.2 Desarrollo del Procedimiento

N° de Actividad	Responsable	Actividades realizadas	Salidas
	Disparador	Paciente que requiere atención en emergencia o consulta externa	Dispensar medicamento
1	Médico tratante	VALORAR AL PACIENTE Valorar al paciente, ¿Paciente requiere hospitalización? Si, pasa a la actividad 4 No, pasa a la actividad 2	Orden de internación firmada
2	Médico tratante	PRESCRIBIR TRATAMIENTO Si el paciente no requiere hospitalización se instaurará algún tratamiento, de acuerdo a su necesidad terapéutica. Pasar a actividad 3	Historia clínica Receta médica- Sistema MD-SOS
3	Servicios farmacéuticos hospitalarios	REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA El farmacéutico ofertará: <ul style="list-style-type: none">• Dispensación activa• Seguimiento Farmacoterapéutica• Farmacovigilancia• Fórmulas magistrales• Educación sanitaria FIN	
4	Médico tratante	REALIZAR LA PRIMERA CONCILIACIÓN En base al listado de patologías (Anexo 3b) indagar sobre los medicamentos previamente utilizados con el formulario de conciliación (Anexo 4-Conciliación en Emergencias o Consulta Externa) Pasar a actividad 5	Anexo 3b. (Lista de patologías) Anexo Nro.4 (Formulario de conciliación en Emergencias o Consulta Externa)
5	Médico tratante	ADJUNTAR FORMULARIO DE CONCILIACIÓN EN HISTORIA CLÍNICA	Anexo Nro. 4 (Formulario de conciliación de medicamentos)

Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 9 - Salud

Hospital General Docente de Calderón

		<p>Una vez realizada la primera conciliación se deberá adjuntar en la historia clínica. Paciente sin tratamiento crónico.</p> <p>Pasar a actividad 6. Paciente con tratamiento crónico. Pasar a actividad 9</p>	
6	Médico tratante	<p>PRESCRIBIR TRATAMIENTO NUEVO</p> <p>Se prescribirá el nuevo tratamiento requerido según el diagnóstico del paciente. Pasar a actividad 7</p>	<p>Historia clínica Receta médica- Sistema MD-SOS</p>
7	Médico tratante/Enfermería	<p>INICIAR TRATAMIENTO</p> <p>Conforme a la prescripción médica se iniciará el tratamiento prescrito. Pasar a actividad 8</p>	<p>Historia clínica Receta médica- Sistema MD-SOS Kardex</p>
8	Médico tratante	<p>INGRESO A HOSPITALIZACIÓN</p> <p>Realizar documentos para el ingreso a hospitalización Pasar a actividad 11</p>	<p>Orden de hospitalización</p>
9	Médico tratante	<p>CONTINUAR CON TRATAMIENTO HABITUAL</p> <p>De ser necesario se deberá continuar y prescribir el tratamiento habitual que el paciente tenga al ingreso. Pasar a actividad 10</p>	<p>Historia clínica Receta médica- Sistema MD-SOS</p>
10	Médico tratante	<p>PRESCRIBIR TRATAMIENTO NUEVO</p> <p>Se prescribirá el nuevo tratamiento requerido según el diagnóstico del paciente. Pasar a actividad 7</p>	<p>Historia clínica Receta médica- Sistema MD-SOS</p>

Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 9 - Salud

Hospital General Docente de Calderón

11	Bioquímico Farmacéutico	<p>REVISAR HISTORIA CLÍNICA Y FORMULARIO DE CONCILIACIÓN</p> <p>El farmacéutico revisará la historia clínica y junto al formulario de conciliación de medicamentos verificará los medicamentos prescritos en emergencias o consulta externa y hospitalización. También se dará seguimiento diario a las prescripciones durante la hospitalización.</p> <p>Pasa a la actividad 12</p>	Historia Clínica Anexo Nro.4 (Formulario de conciliación de medicamentos)
12	Bioquímico Farmacéutico	<p>OBTENER LISTADO DE MEDICAMENTOS A CONCILIAR</p> <p>Se deberá obtener el listado de medicamento a conciliar según las prescripciones registradas en la historia clínica. La información que se debe incluir es nombre genérico del medicamento, forma farmacéutica, dosis y horario de administración.</p> <p>Pasa actividad 13</p>	Anexo Nro.4 (Formulario de conciliación de medicamentos)
13	Bioquímico Farmacéutico	<p>ANALIZAR E IDENTIFICAR DISCREPANCIAS</p> <p>En el formulario de conciliación de medicamentos analizar e identificar si existen discrepancias.</p> <p>Si existe pasa actividad 14 No existe pasa actividad B y continúa con el proceso.</p>	Anexo Nro.4 (Formulario de conciliación de medicamentos)
14	Bioquímico Farmacéutico	<p>DETERMINAR EL TIPO Y GRAVEDAD DE DISCREPANCIA</p> <p>Revisar la lista de medicación habitual al ingreso y ver si coincide con la medicación prescrita en emergencias y hospitalización.</p> <p>Si el motivo de la discrepancia no está documentada, nos encontraremos ante una discrepancia no justificada.</p>	Historia clínica Anexo Nro.4 (Formulario de conciliación de medicamentos)

Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 9 - Salud

Hospital General Docente de Calderón

		<p>En virtud de la clasificación de discrepancias (Ver anexo 1) y clasificación de la gravedad de las discrepancias (Ver anexo 2) y determinar el tipo y gravedad.</p> <p>No está justificada Pasa a actividad 15</p> <p>Si está justificada Pasa a actividad 17</p>	
15	Bioquímico Farmacéutico/ Médico tratante	<p>INFORMAR AL PRESCRIPTOR</p> <p>Se conversará directamente con el Médico prescriptor para que revise, y confirme la discrepancia no justificada encontrada.</p> <p>Pasar a actividad 16</p>	<p>Historia clínica Anexo Nro.4 (Formulario de conciliación de medicamentos)</p>
16	Bioquímico Farmacéutico/ Médico tratante	<p>COORDINAR CAMBIO DE PRESCRIPCIÓN</p> <p>Luego del análisis del caso y los datos que se obtuvieron de la historia clínica y el formulario de conciliación de medicamento, se registrará los cambios que se requieran de las prescripciones médicas.</p> <p>Pasa a actividad 18</p>	<p>Historia clínica Anexo Nro.4 (Formulario de conciliación de medicamentos)</p>
17	Bioquímico Farmacéutico/ Médico tratante	<p>CONFIRMAR LA JUSTIFICACIÓN DE LA DISCREPANCIA CON EL PRESCRIPTOR</p> <p>Analizar si el motivo de la discrepancia está debidamente justificada y documentada en la historia clínica, en conjunto con el prescriptor</p> <p>Pasa a actividad 18</p>	<p>Historia clínica Anexo Nro.4 (Formulario de conciliación de medicamentos)</p>

Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 9 - Salud

Hospital General Docente de Calderón

18	Bioquímico Farmacéutico	<p>REGISTRAR EN EL FORMULARIO DE CONCILIACIÓN</p> <p>Una vez analizadas y resueltas las discrepancias registrar en formulario de conciliación.</p> <p>Pasar a actividad 19</p>	<p>Historia clínica Anexo Nro.4 (Formulario de conciliación de medicamentos)</p>
19	Bioquímico Farmacéutico	<p>DISPENSAR MEDICAMENTOS</p> <p>Se dispensará los medicamentos de acuerdo a la prescripción médica por dosis unitaria.</p> <p>Pasa actividad 20</p>	<p>Medicamentos entregados a enfermería</p>
20	Enfermería	<p>REVISAR HISTORIA CLINICA Y FORMULARIO DE CONCILIACIÓN</p> <p>Revisar la historia clínica y el formulario de conciliación, antes de llenar el formulario 022.</p> <p>Si está resuelta la discrepancia Pasa actividad 21</p> <p>No está resuelta la discrepancia Pasa a actividad 16</p>	<p>Historia clínica Anexo Nro.4 (Formulario de conciliación de medicamentos) Formulario 022 (Kardex)</p>
21	Enfermería	<p>APLICAR EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS</p> <p>Aplicar procedimiento de administración segura de medicamentos, hasta el cambio de servicio (traslado) o alta del paciente.</p> <p>Si el paciente ha cambiado de servicio, Pasa a la actividad 11</p> <p>Si el paciente no ha cambiado de servicio, y no está con el alta</p>	<p>Formulario 022 (Kardex)</p>

Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 9 - Salud

Hospital General Docente de Calderón

		<p>Pasa a la actividad 22 Si el paciente no ha cambiado de servicio, y si esta con el alta</p> <p>Pasa a la actividad 23</p>	
22	Enfermería	<p>CONTINUAR CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE</p> <p>Se mantendrán las prescripciones durante su hospitalización hasta el momento de su alta médica.</p> <p>Pasa a la actividad 23</p>	
23	Bioquímico Farmacéutico	<p>REALIZAR CONCILIACIÓN AL ALTA Se realizará una doble comparación de la lista obtenida al ingreso, así como las indicaciones médicas al alta (epicrisis y plan de egreso). Si hay discrepancias, se deberá revisar y corregir de ser necesario con el Médico prescriptor.</p> <p>Pasa actividad 24</p>	<p>Anexo Nro.4 (Formulario de conciliación de medicamentos) Epicrisis Plan de egreso</p>
24	Bioquímico Farmacéutico	<p>DISPENSAR MEDICAMENTOS AL ALTA Entregará los medicamentos al alta de acuerdo a la prescripción, y hará énfasis de los medicamentos conciliados, cuales son lo que se mantendrá y los cambios existentes. Se deberá entregar plan de egreso al paciente.</p> <p>FIN</p>	<p>Medicamentos prescritos entregados</p>

6. INDICADORES

Indicador	Porcentaje de conciliación de medicamentos en Emergencia/Consulta externa
Formula	Número de formularios de conciliación realizados en emergencias o consulta externa / Número total de pacientes con indicación de conciliación x 100
Frecuencia del Indicador	Mensual
Meta	100% de cumplimiento
Responsable de la Medición	Personal de salud de cada área
Fuente de información	Formulario de conciliación de medicamentos (Anexo 4)

Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 9 - Salud

Hospital General Docente de Calderón

Indicador	Porcentaje de conciliación de medicamentos en hospitalización
Formula	Número de formularios de conciliación realizados en hospitalización / Número total de pacientes con indicación de conciliación x 100
Frecuencia del Indicador	Mensual
Meta	100% de cumplimiento
Responsable de la Medición	Personal de salud de cada área
Fuente de información	Formulario de conciliación de medicamentos (Anexo 4)

Indicador	Porcentaje de conciliación de medicamentos al cambiar de servicio (traslado)
Formula	Número de formularios de conciliación realizados al cambiar de servicio (transición)/ Número total de pacientes con indicación de conciliación x 100
Frecuencia del Indicador	Mensual
Meta	100% de cumplimiento
Responsable de la Medición	Personal de salud de cada área
Fuente de información	Formulario de conciliación de medicamentos (Anexo 4)

Indicador	Porcentaje de conciliación de medicamentos al Alta médica
Formula	Número de formularios de conciliación realizados al Alta médica/ Número total de pacientes con indicación de conciliación x 100
Frecuencia del Indicador	Mensual
Meta	100% de cumplimiento
Responsable de la Medición	Personal de salud de cada área
Fuente de información	Formulario de conciliación de medicamentos (Anexo 4)

Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 9 - Salud

Hospital General Docente de Calderón

Indicador	Porcentaje de discrepancias no justificadas resueltas
Formula	Nro. de discrepancias no justificadas que fueron cambiadas por el prescriptor/Nro. total de discrepancias no justificadas identificadas x100
Frecuencia del Indicador	Mensual
Meta	100% de cumplimiento
Responsable de la Medición	Personal de farmacia y Médico prescriptor
Fuente de información	Formulario de conciliación (anexo 4) y formulario 005 (nota de evolución e indicaciones médicas)

7. REFERENCIAS

1. MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACINETE - USUARIO, año 2016, pp, 25-27
Link. <https://drive.google.com/file/d/1wm3pDeL6RO-4oy4s3x6T9lwq-BZ4k8sC/view?usp=sharing>
2. Calivar L. Conciliación terapéutica y seguridad del paciente. In: 1ª Jornadas de Farmacia Pediátrica Hospitalaria [Internet]. Buenos Aires - Argentina; 2012. p. 1–41. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/congresos/2012/medint/ppt/calivar.pdf>.
3. Calderón Hernanz B, Oliver Noguera A, Tomás Vecina S, Baena Parejo MI, García Peláez M, Juanes Borrego A, et al. Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias. Emergencias [Internet]. 2013; 25(3):204–17.
4. Gamundi Planas C, Sabin Urkía P. Documento de consenso en terminología y clasificación de los programas de Conciliación de la Medicación. 2012; 21(3):283–91.
5. Villamayor-Blanco L, Herrero-Poch L, De-Miguel-Bouzasy JCM, Freire-Vazquez C. Medicines reconciliation at hospital admission into an electronic prescribing program. Farm Hosp. 2016; 40(5):333–40.
6. Almasreh E, Moles R, Chen TF. The medication reconciliation process and classification of discrepancies: a systematic review. Br J Clin Pharmacol [Internet]. 2016; 645–58. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27198753>.
7. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JAE. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: A systematic review and meta-analysis. BMJ Open [Internet]. 2016; 6(2).
8. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JAE. Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: A systematic review and meta-analysis. J Clin Pharm Ther [Internet]. 2016; 41(2):128–44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26913812>
9. Llerena, Norma; Espiniza, Andrea; Chango O. Protocolo de seguridad de la paciente conciliación de medicamentos [Internet]. Cuenca - Ecuador; 2015.
10. Hospital San Juan de Dios. Conciliación de la medicación. 2015; 5(3):1–6. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/download/19921/20035>.
11. Junta de Andalucía - Buenas prácticas en el uso de medicamentos. Buenas Prácticas En La Conciliación De La Medicación En El Ingreso, Alta Y Transición Interservicios. 2014; 1–12.

Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 9 - Salud

Hospital General Docente de Calderón

12. Redfaster G. Guía para la Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias. 2011; Disponible en: https://www.serviciofarmaciamanchacentro.es/images/stories/recursos/recursos/docinteres/conciliacion/guia_conciliacion.pdf
13. Hospital Carlos Andrade Marín. Protocolo de conciliación de medicamentos [Internet]. Quito - Ecuador; 2017. Disponible en: https://hcam.iess.gob.ec/wp-content/uploads/ROP/v2/SGC-EN-POR-CMD-015_Conciliación_Medicamentos.pdf
14. Servicio Andaluz área norte de Almería. Protocolo conciliación de la medicación UGC salud mental [Internet]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/smalnorte/documentos/PROTOCOLO_CONCILIACION_MEDICACION.pdf
15. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Medication Reconciliation at Discharge: A Review of the Clinical Evidence and Guidelines. Can Agency Drugs Technol Heal [Internet]. 2012;(April):1–22. Disponible en: https://www.cadth.ca/media/pdf/htis/april-2012/RC0339_Medication_Reconciliation_Final.pdf
16. Saavedra-Quirós V, Montero-Hernández E, Menchén-Viso B, Santiago-Prieto E, Bermejo-Boixareu C, Hernán-Sanz J, et al. Conciliación de la medicación al ingreso y alta hospitalaria. Una experiencia consolidada. Rev Calid Asist [Internet]. 2016; 31:45–54.
17. Juanes A, Masip M, Farmacia CDE. Conciliación de la medicación en el paciente hospitalizado. 2014; 38(5). Disponible en: <http://medintensiva.org/es-conciliacion-medicacion-el-paciente-critico-articulo-resumen-S0210569113001289>.

8. CONTROL DE CAMBIOS

Fecha	Descripción del cambio	Sección que cambia	Versión
16/02/2022	Nuevo	N/A	001

9. ANEXOS

9.1 Anexo 1. Clasificación de discrepancias.

0. No discrepancias

- Inicio de medicación justificada por la situación clínica

1. Discrepancia justificada

- Decisión médica de no prescribir un medicamento o cambiar su dosis, frecuencia o vía en base a la nueva situación clínica
- Sustitución terapéutica según la guía Farmacoterapéutica del hospital y programas de intercambio terapéutico

2. Discrepancias que requieren aclaración

- Omisión del medicamento: el paciente tomaba un medicamento necesario y no se ha prescrito sin que exista justificación explícita o clínica para omitirlo

Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 9 - Salud

Hospital General Docente de Calderón

- Inicio de medicación (discrepancia de comisión) Se inicia un tratamiento que el paciente no tomaba antes y no hay justificación clínica, explícita ni implícita, para el inicio.
- Diferente dosis, vía o frecuencia de un medicamento: se modifica la dosis, vía o frecuencia que el paciente tomaba sin que exista justificación clínica explícita ni implícita, para ello.
- Duplicidad: El paciente presenta duplicidad entre la medicación crónica y la prescrita en el hospital
- Interacción: El paciente presenta una interacción clínicamente importante entre la medicación crónica y la prescrita en el hospital
- Mantener medicación contraindicada durante el ingreso: se continúa una prescripción crónica contraindicada durante la estancia hospitalaria debido a la nueva situación clínica del paciente
- Prescripción incompleta: La prescripción del tratamiento crónico se realiza de forma incompleta y requiere aclaración

Fuente: (Roure, Cristina; Gorgas, María; Delgado, 2009)

9.2 Anexo 2. Clasificación de la gravedad de las discrepancias.

Categoría A	No error, pero posibilidad de que se produzca
Categoría B	Error que no alcanza al paciente; no causa daño
Categoría C	Error que alcanza al paciente pero no es probable que cause daño
Categoría D	Error que alcanza al paciente y hubiera necesitado monitorización y/o intervención para evitar el daño
Categoría E	Error que hubiera causado daño temporal
Categoría F	Error que hubiera causado daño que requiera hospitalización o prolongación de la estancia
Categoría G	Error que hubiera causado daño permanente
Categoría H	Error que hubiera requerido soporte vital
Categoría I	Error que hubiera resultado mortal

Fuente: (Roure, Cristina; Gorgas, María; Delgado, 2009)

9.3 Anexo 3a. Listado de medicamentos de conciliación dentro 4 primeras horas.

Tabla 1. Fármacos cuyo tiempo de conciliación es inferior a 4 horas
• ADO, si dosis múltiples diarias
• Agonistas alfaadrenérgicos (clonidina, metildopa, moxonidina)
• Agonistas betaadrenérgicos, bromuro de ipratropio y corticosteroides inhalados
• Antiarrítmicos (amiodarona, quinidina, disopiramida, dronedarona)
• Antibióticos
• Antiepilépticos y anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, ácido valproico, oxcarbazepina, fenobarbital, pregabalina, topiramato)

Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 9 - Salud

Hospital General Docente de Calderón

• Antirretrovirales
• Azatioprina
• Betabloqueantes
• Calcio antagonistas
• Ciclofosfamida
• IECA o ARA-II, si dosis múltiples diarias
• Inhibidores leucotrienos (montelukast, zafirlukast)
• Insulina
• Metotrexato
• Nitratos
• Terapia ocular
ADO: antidiabéticos orales; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; ARAI: antagonistas del receptor de la angiotensina II.

Fuente: (Calderón Hernanz et al., 2013)

9.4 Anexo 3b. Listado de patologías a conciliar.

Ítem	Descripción
1	Diabetes mellitus
2	Hipertensión arterial
3	Neumopatías crónicas
4	Arritmias cardíacas
5	Infecciones que requieran antibióticos de uso restringido
6	Epilepsia
7	Neoplasias
8	Virus de la inmunodeficiencia humana

9.5. Anexo 5: Formulario de Conciliación de medicamentos.

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1ViO4o-epAQ6944pWWbNrvVzSvlg9u8DD/edit?usp=sharing&oid=115608287205553611029&rtpof=true&sd=true>

HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN															Ministerio de Salud Pública Coordinación Zonal 9 - Salud Hospital General Docente de Calderón									
FORMULARIO DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS																								
Nombre del paciente:			Edad:			Fecha de ingreso a emergencia:			Diagnósticos Primarios:															
Historia Clínica:			Información obtenida de:			Talla: cm			Peso: Kg															
Medicamentos:			Entrevista al Paciente:			OTROS:			Servicio de ingreso:			Cama:												
no refiere:			Entrevista al familiar:																					
Lista de Medicamentos Habituales - Tratamiento Crónico																								
In	Medicamentos (Principio Activo y Concentración)	Dosis	Via					Frecuencia	Fecha de inicio	Última dosis (Fecha - Hora)	Medicamentos Traídos desde el Hogar		Observaciones											
			Oral	Intravenoso	Intramuscular	Subcutáneo	Ótro				SI	NO												
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____															
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____															
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____															
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____															
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____															
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____															
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____															
EMERGENCIA																								
In	Medicamentos Cambiados y Nueva Prescripción	Dosis	Via					Frecuencia	Fecha de inicio	Prescripción Médica al ingreso			Tipo de Discrepancias					Observaciones						
			Oral	Intravenoso	Intramuscular	Subcutáneo	Ótro			Oral	Intravenoso	Intramuscular	Subcutáneo	Ótro	No hay	Hay	Hay		Hay	Hay	Hay	Hay	Hay	
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EMERGENCIA																								
Nombre:										Nombre:														
Cargo:										Farmacéutico:														
Firma:										Firma:														
CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HOSPITALIZACIÓN																								
In	Medicamentos Cambiados y Nueva Prescripción	Dosis	Via					Frecuencia	Fecha de inicio	Prescripción Médica al ingreso			Tipo de Discrepancias					Observaciones						
			Oral	Intravenoso	Intramuscular	Subcutáneo	Ótro			Oral	Intravenoso	Intramuscular	Subcutáneo	Ótro	No hay	Hay	Hay		Hay	Hay	Hay	Hay		
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HOSPITALIZACIÓN - TRASLADO A OTRO SERVICIO																								
In	Medicamentos Cambiados y Nueva Prescripción	Dosis	Via					Frecuencia	Fecha de inicio	Prescripción Médica al ingreso			Tipo de Discrepancias					Observaciones						
			Oral	Intravenoso	Intramuscular	Subcutáneo	Ótro			Oral	Intravenoso	Intramuscular	Subcutáneo	Ótro	No hay	Hay	Hay		Hay	Hay	Hay	Hay		
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas	E: _____ H: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS ALTA																								
In	Medicamentos Cambiados y Nueva Prescripción	Dosis	Via					Frecuencia	Duración del Tratamiento	Prescripción Médica al ingreso			Tipo de Discrepancias					Observaciones						
			Oral	Intravenoso	Intramuscular	Subcutáneo	Ótro			Oral	Intravenoso	Intramuscular	Subcutáneo	Ótro	No hay	Hay	Hay		Hay	Hay	Hay	Hay		
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada _____ horas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS ALTA																								
Nombre:										Nombre:														
Cargo:										Farmacéutico:														
Firma:										Firma:														