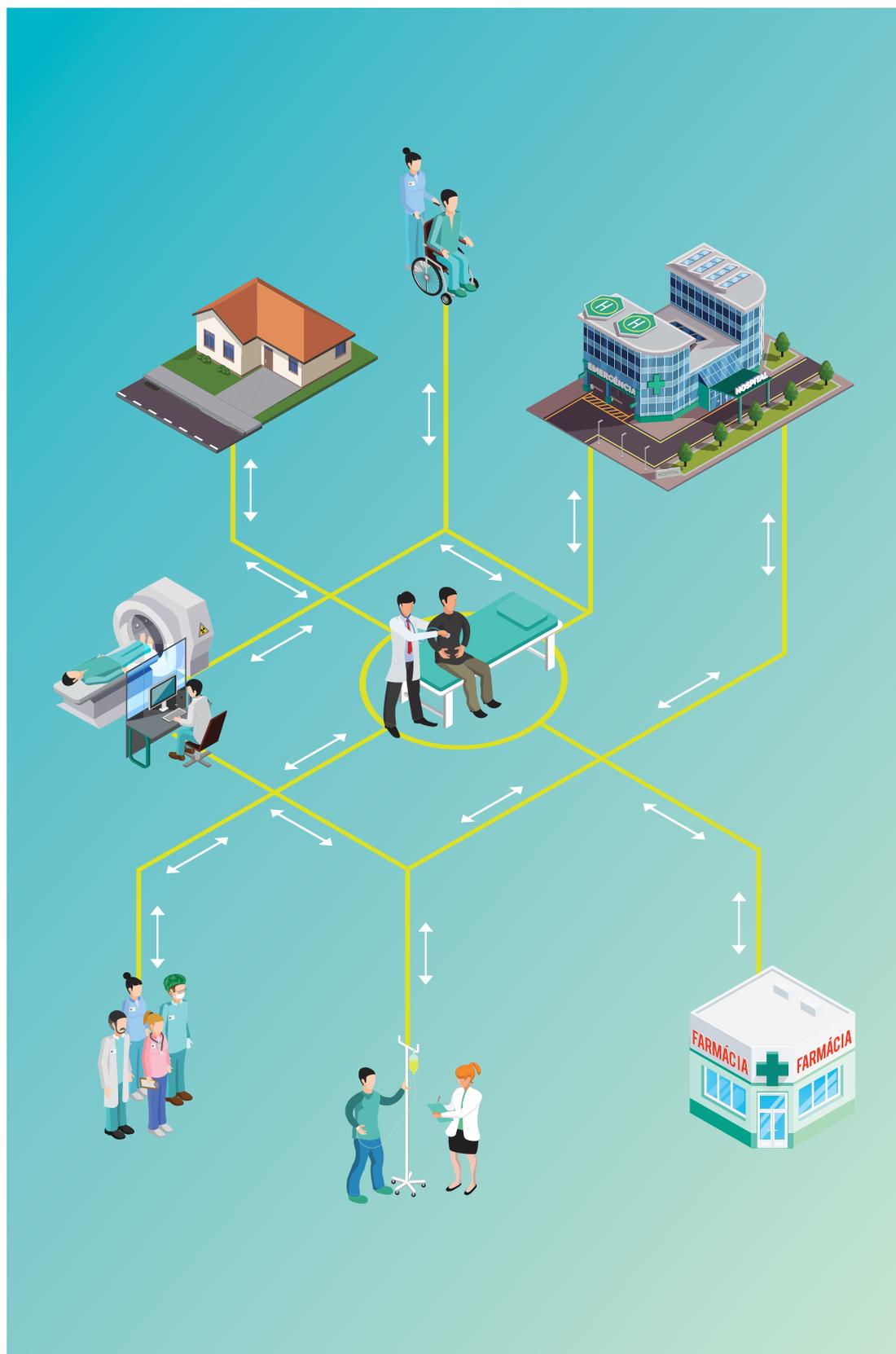


# RED LATINOAMERICANA PARA EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

Edición 05  
Febrero 2020

Prevencción de errores de medicación  
■ en la transición de cuidados



## Introducción

El Tercer Reto Mundial por la Seguridad del Paciente “Medicación sin daños” lanzado en 2017 por la Organización Mundial de Salud (OMS), tiene como objetivo general reducir los daños evitables relacionados al uso de medicamentos (para más información consulte el Boletín del ISMP Brasil)<sup>1,2</sup>. Para cumplir con ese objetivo, fueron propuestas acciones en diferentes áreas prioritarias: situaciones de alto riesgo (por ejemplo, los extremos etarios y los cuidados en áreas hospitalarias), polifarmacia (tratada en el último número del Boletín de ISMP Brasil), y la transición del cuidado<sup>4,3</sup>. En este Boletín, serán discutidos aspectos de la transición del cuidado y su importancia para la prevención de errores de medicación. Pero, alertamos que ellas no son áreas mutuamente excluyentes y muchos pacientes pueden estar expuestos a varias situaciones de riesgo simultáneamente<sup>2,4</sup>.

Cuando utilizamos el término transición de cuidado se refiere a un conjunto de acciones destinadas a asegurar la coordinación y continuidad del cuidado en salud cuando los pacientes son transferidos entre diferentes sectores, niveles de cuidado en una misma institución de salud,

o entre diferentes profesionales<sup>5,6</sup>. Los diferentes ambientes de salud, representativos para la transición del cuidado incluyen, aunque no se limitan, hospitales, instituciones de larga permanencia, diferentes niveles de atención en el sistema de salud, diferentes sectores de una misma institución de salud (emergencia, unidades de internación, centros de terapia intensiva, block quirúrgico, etc.) la casa de los pacientes, clínicas, consultorios, entre otros<sup>1,5,6</sup>. Idealmente, la transición del cuidado debería implicar una planificación, comunicación, ajuste y conciliación de un plan de cuidados generales, que incluya objetivos terapéuticos y terapias (medicamentosa o no) para alcanzar tales metas<sup>5</sup>.

Son crecientes los desafíos para una transición del cuidado segura frente al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y del envejecimiento de la población, además de la actual tendencia de la reducción de tiempo de permanencia hospitalaria y del aumento de la atención en domicilio<sup>7,8</sup>. Pacientes añosos, pacientes con enfermedades crónicas y pacientes con polifarmacia son más propensos a pasar por múltiples transiciones de cuidados con un mayor riesgo de exposición a incidentes de seguridad<sup>9,10,11</sup>. A menudo

las transiciones son acompañadas por cambios en el estado de salud de los pacientes, pudiendo estar relacionadas a un nuevo diagnóstico, tratamiento o un cambio en su estado funcional, que afecte su capacidad para gestionar sus propias condiciones fuera del ambiente de cuidados de salud<sup>10</sup>.

En lo que refiere específicamente a la terapia medicamentosa, es sabido que la transición del cuidado aumenta la aparición de errores de medicación, sobre todo errores de comunicación que involucran transición a ambientes hospitalarios que pueden causar daños graves a los pacientes<sup>1,6,12,13</sup>. Se estima que entre 40 y 67% de los pacientes admitidos en hospitales presentan por lo menos una **discrepancia\*** y estas tienden a continuar frecuentemente en el momento del alta. Para prevenir errores de medicación y garantizar una transición segura, sobre todo entre diferentes locales de cuidado de la salud, se recomienda el uso de estrategias de conciliación medicamentosa que pueden ser fácilmente implementadas en sistemas e instituciones de salud independientemente de su estructura, dimensión o aporte financiero<sup>1,6,12</sup>.

## Cuadro

# 1 Glosario de términos relacionados al proceso de conciliación medicamentosa<sup>15,16</sup>

**Discrepancia:** cualquier diferencia identificada en la farmacoterapia del paciente, documentada en diferentes lugares de cuidado de la salud. Ocurre cuando el prescriptor cambia, adiciona u omite un medicamento que el paciente estaba utilizando antes de la transición de cuidado.

**Discrepancia no intencional:** cuando el prescriptor modificó, adicionó u omitió un medicamento que el paciente estaba utilizando antes de la transición de cuidado de forma no intencional.

**Discrepancia intencional no documentada:** cuando el prescriptor toma una decisión intencional de cambiar, adicionar u omitir un medicamento que el paciente estaba utilizando antes de la transición del cuidado, pero su elección no está documentada de forma clara y completa.

**Mejor histórico de medicamentos posible** (del inglés *best possible medication history o BPMH*): es el listado de medicamentos del paciente obtenido por un profesional de salud, utilizando diferentes fuentes de información, que debe incluir un histórico completo de los medicamentos de uso regular (prescritos o no; de uso continuo, periódico o recreacional; uso de plantas medicinales).

La conciliación de medicamentos es el proceso formal en el cual el profesional de salud forma una asociación con el paciente para garantizar la transferencia de información completa y correcta de los medicamentos en uso en las diferentes transiciones de cuidado<sup>15</sup>. De esta forma la conciliación posibilita la identificación y corrección de discrepancias relacionadas a la farmacoterapia, y debe ser ejecutada en todas las etapas de transición de cuidado<sup>6,12,15,16</sup>. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la conciliación de medicamentos debe seguir siete principios rectores, siendo ellos<sup>15</sup>:

- **Principio 1** - Obtener una lista actualizada y precisa de los medicamentos del paciente

es esencial para garantizar una prescripción segura en cualquier ambiente que esté el paciente.

- **Principio 2** - Un proceso estructurado formal para la conciliación de medicamentos debe ser puesto en práctica en todas las interfaces del cuidado.
- **Principio 3** - La conciliación de medicamentos en la admisión es la base para la conciliación en todo el proceso de cuidado de la salud.
- **Principio 4** - La conciliación de medicamentos debe integrarse en los procesos existentes para la gestión de los medicamentos y flujo de los pacientes.

- **Principio 5** - El proceso de conciliación de los medicamentos es de responsabilidad compartida entre todos los profesionales del equipo multidisciplinar, que deben ser conscientes de sus atribuciones.
- **Principio 6** - Pacientes y familiares deben estar involucrados activamente en la conciliación de medicamentos.
- **Principio 7** - El equipo multidisciplinar debe ser capacitado constantemente para ser capaz de obtener el mejor histórico de medicamentos posible y ejecutar el proceso de conciliación.

Tales principios refuerzan el concepto de que la conciliación debe ser un proceso formal y detallado, que involucra a profesionales entrenados y pacientes y/o familiares, debiendo estar inserto en una estructura más amplia y completa de estrategias de promoción de seguridad del paciente<sup>12,14</sup>. La conciliación de medicamentos se debe realizar en todas las etapas de la transición del cuidado, pero debe ser priorizada en el momento de la admisión del paciente, en los períodos pre y post-quirúrgico, al alta y cuando el paciente utilice múltiples medicamentos y / o medicamentos potencialmente peligrosos (véase el Boletín de ISMP Brasil con la última versión de la Lista de Medicamentos Potencialmente Peligrosos de 2019)<sup>14,15,16,17</sup>.

La conciliación de medicamentos ha demostrado un impacto positivo en la reducción de la ocurrencia de eventos adversos prevenibles relacionados con medicamentos<sup>6,12,16</sup>. Sin embargo, es importante destacar que revisiones sistemáticas de la literatura demuestran que esta práctica aplicada de forma aislada presenta resultados limitados y controvertidos en la prevención de discrepancias no intencionales de forma general, entre otros resultados negativos (por ejemplo, re-ingresos, consultas en emergencia)<sup>12,18,19,20</sup>. Esto refuerza la necesidad de establecer múltiples barreras para prevenir daños relacionados con el cuidado de la salud y proporcionar transiciones de cuidado más seguro<sup>6,12,21</sup>.

En este escenario, se destacan estrategias que promuevan la comunicación efectiva, ya que se estima que cerca del 80% de los errores graves relacionados con la transición del cuidado involucra fallas en la comunicación entre los profesionales de la salud<sup>22</sup>. Se recomienda, por lo tanto, además del dimensionamiento profesional y de tiempo y espacio adecuado para una transición segura y efectiva, el uso de métodos estandarizados y de herramientas de comunicación durante este proceso, incluyendo mnemónicos (abreviaturas que guardan consejos de acciones a recordar)<sup>13</sup>. La mnemotecnia permite, de manera fácil y objetiva, la memorización y estandarización mínima de lo que debe ser comunicado entre miembros del equipo sobre el cuadro del paciente, incluyendo informaciones sobre la terapia medicamentosa<sup>23,24</sup>. Su uso promueve, por lo tanto, la efectividad de un buen trabajo y comunicación multiprofesional y, consecuentemente, la cultura de seguridad en la institución<sup>13</sup>. Existen, en la literatura, más de 20 mnemónicos descritos, siendo el **SBAR** (Cuadro 2) la herramienta más citada<sup>13,23,24</sup>.

El **SBAR** fue originalmente creado por la marina estadounidense y luego adaptado a la realidad de la salud, en 2003, para facilitar inicialmente la comunicación en situaciones de cuidado crítico<sup>25</sup>. Actualmente, el uso de este mnemónico validado y endosado por múltiples organizaciones de salud involucradas en seguridad del paciente (OMS, *Institute for*

*Healthcare Improvement - IHI, Agency for Healthcare Research Quality - AHRQ, Australian Commission for Safety and Quality in Health Care - ACSQHC, The Joint Commission International*) y puede ser utilizado como herramienta de comunicación en diferentes contextos y situaciones de salud<sup>13,25,26</sup>.

Una reciente revisión de la literatura describió los diferentes impactos del uso del **SBAR**, que incluyen mejora del proceso de conciliación y de la calidad en la comunicación, reducción de la ocurrencia de eventos adversos y readmisión, aumento del encaminamiento de pacientes que demandaban cuidados intensivos, satisfacción del paciente y de los profesionales de salud en el proceso de comunicación, entre otros<sup>25</sup>. El mnemónico es más efectivo en situaciones que involucran tiempo limitado para comunicación y en las cuales una decisión más rápida es demandada, siendo interesante su uso para comunicaciones de estado de salud breves y entre diferentes profesionales de salud o de diferente estatus jerárquico<sup>24</sup>. Sin embargo, justamente por ser una herramienta de aplicación objetiva, existen limitaciones en su uso para pacientes con historias de salud extensas y planes de cuidado más complejos, lo que llevó al desarrollo de herramientas más detalladas como el **I-PASS** (Cuadro 3)<sup>24,25</sup>.

## Cuadro

## 2 Herramienta SBAR

	Orientación	Ejemplo
<b>Situación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifíquese como profesional y el sector / unidad de dónde habla.</li> <li>• Identifique al paciente por su nombre e informe el motivo del contacto.</li> <li>• Describa la situación problema.</li> </ul>	“Buenos días, Dr. Juan. Soy la “profesional” (por ejemplo, enfermera o farmacéutica) María. El paciente Francisco José da Silva, internado en la unidad coronaria, se encuentra con prescripción de Diltiazem SR por sonda nasogástrica.”
<b>Resumen Historia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe las razones de admisión del paciente.</li> <li>• Cite aspectos importantes de su historia clínica (por ejemplo: diagnóstico principal, procedimientos realizados, medicamentos en uso, resultados de exámenes).</li> </ul>	“El paciente tiene 72 años y fue admitido con dolor precordial hace dos días. Antecedentes de hipertensión, dislipidemia y deglución comprometida. Se presenta un cuadro de angina inestable y está con indicación de metoprolol intravenoso, ácido acetilsalicílico y clopidogrel en dosis de mantenimiento, y diltiazem SR. Actualmente está con sonda nasogástrica. Electrocardiograma y troponina sin cambios.”
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe sobre los signos vitales del paciente y otros datos cuantitativos o cualitativos sobre su estado actual.</li> <li>• De su evaluación e impresiones sobre el cuadro clínico.</li> </ul>	“Frecuencia cardíaca 90ppm, presión arterial 150/80 mmHg, ECG y auscultación pulmonar realizados a la admisión sin cambios relevantes; analgesia ya realizada y el paciente todavía se queja de dolor precordial.”
<b>Recomendación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntee cuáles son las necesidades inmediatas para resolver el problema.</li> <li>• Comente su propuesta para la continuidad del cuidado.</li> </ul>	“Por ser de liberación prolongada, no se recomienda que el diltiazem SR sea administrado por sonda debido a la posible sobredosis. Por esto, sugiero la sustitución por el diltiazem comprimido común (que puede ser triturado) y ajuste en la posología para que la dosis pretendida sea alcanzada.”

Adaptado de NHS / ACT, 2018; y Müller et al., 2018 (27.28)

El **I-PASS** (Cuadro 3) fue creado con el objetivo primordial de ser utilizado en circunstancias de paso de turno y transiciones de cuidado entre profesionales y equipos, que, con frecuencia, son procesos realizados de forma casual y sin método o herramientas estandarizadas que apoyen el proceso consistente y completo de transmisión de informaciones fundamentales que de-

ben ser comunicadas de manera estandarizada<sup>13,14</sup>. A pesar de ser un mnemónico relativamente más reciente, algunos estudios ya apuntan impactos positivos del uso del I-PASS en la reducción de eventos adversos, errores de forma general, y en la mejora de la calidad de la comunicación entre profesionales, agregando principalmente valor en la etapa relacionada a la “síntesis del

receptor” en que se confiere la información más relevante y garantiza la confección del entendimiento del receptor acerca del contenido transmitido<sup>23,29-31</sup>. Sin embargo, aún no se han publicado estudios comparando el uso del I-PASS con el uso de otros más antiguos como el SBAR<sup>23,29-31</sup>.

## Cuadro

# 3 Herramienta I-PASS

	Orientación	Ejemplo
<b>I</b> – Gravedad de la enfermedad (del inglés “ <i>Illness severity</i> ”)	<p>Estado general del paciente relacionado.</p> <p>Nota: se debe clasificar por la gravedad de forma objetiva. Por ejemplo: inestable, estable o bajo observación.</p>	<p>Profesional 1:</p> <p>- Paciente más gravemente enfermo en la unidad de pediatría.</p>
<b>P</b> – Resumen del paciente (del inglés “ <i>Patient Summary</i> ”)	<p>Resumen de la historia del paciente.</p> <p>Nota: Debe contener información esencial, como el motivo de admisión, historial personal, evolución clínica, diagnóstico y plan de tratamiento</p>	<p>Profesional 1:</p> <p>- BS es un niño de cuatro años con antecedentes de parto prematuro (26 semanas de gestación), ingresado con hipoxia y dificultad respiratoria por neumonía del lóbulo inferior izquierdo. Tuvo tos y fiebre alta durante dos días antes de la admisión. Llegó a la sala de emergencias con empeoramiento de la condición respiratoria e hiponatremia (solo 130 mmol / L), probablemente secundario al agotamiento del volumen o secreción inadecuada de ADH. Se recibió líquido de bolo y se iniciaron 2,5 litros de oxígeno. Se está utilizando ceftriaxona.</p>
<b>A</b> – Acciones pendientes (del inglés “ <i>Action List</i> ”)	<p>Actividades programadas, horario y estado.</p> <p>Nota: corresponde a una lista de actividades programadas y / o pendientes para el día, como exámenes a realizar, consultas, retiro programado de dispositivos, entre otros.</p>	<p>Profesional 1:</p> <p>- Califique al paciente a las 10 p.m., asegúrese de que sus signos vitales no hayan cambiado y que la saturación de oxígeno sea estable. También verifique el resultado del hemocultivo.</p>
<b>S</b> – Situaciones preocupantes (del inglés “ <i>Situation awareness and contingency planning</i> ”)	<p>Resumen de la situación, planificación para resolver problemas potenciales / reales, expectativas.</p> <p>Nota: se deben informar las situaciones preocupantes preferiblemente con acciones preventivas que reduzcan los riesgos potenciales para el paciente.</p>	<p>Profesional 1:</p> <p>- Si el estado respiratorio empeora, solicite una nueva radiografía de tórax para verificar si hay derrame pleural.</p>
<b>S</b> – Síntesis del receptor (del inglés “ <i>Synthesis by receiver</i> ”)	<p>Síntesis del receptor: resumen de lo que se escuchó, hace preguntas, reafirma las actividades programadas.</p> <p>Nota: corresponde a un proceso conductual y cultural que no requiere registro. Sin embargo, el objetivo es para garantizar la confirmación de la comprensión del destinatario de la información prioritaria en la transición de la atención.</p>	<p>Profesional 2:</p> <p>- Ok, entonces, a mi parecer en relación con el paciente BS, con hipótesis diagnóstica de neumonía, que está usando ceftriaxona, oxígeno y fluidos. No debemos olvidar la evaluación respiratoria a las 22h y comprobar el resultado del hemocultivo. Si la afección respiratoria empeora, repetiré la radiografía para investigar un posible derrame pleural. ¿De acuerdo?</p> <p>Profesional 1:</p> <p>- Exactamente! Estos son los puntos relevantes para la continuidad de la atención para este paciente.</p>

Adaptado de Starmer et al, 201224.

Estas herramientas son útiles para ayudar a los profesionales a promover la transferencia de la responsabilidad del cuidado de manera coherente y asegurar que se compartan todos los datos críticos. Para utilizarlas adecuadamente, es indispensable contemplar todos los elementos necesarios para una comunicación efectiva, como ambiente, vía de comunicación y comunicadores involucrados (profesionales responsables, pacientes, familiares / cuidadores), así como entrenamiento adecuado y un entorno con promoción continua en seguridad. Además, lo ideal es que los pasajes sean realizados presencialmente, en un ambiente tranquilo, silencioso y libre de interrupciones, permitiendo un espacio para preguntas y aclaración de dudas. Sin embargo, ante la imposibilidad de comunicación cara a cara, las conversaciones por teléfono pueden ser útiles para evitar que los registros electrónicos o en papel sean la única fuente de información<sup>13</sup>.

Otras intervenciones que pueden ser efectivas para mejorar la seguridad del paciente en las transiciones de cuidado y reducir el riesgo de re-internaciones son la planificación del alta con criterios y protocolos definidos, la estandarización de los documentos de admisión y alta, y la realización de seguimiento de los pacientes, incluyendo llama-

das telefónicas y visitas domiciliarias, sobre todo cuando los pacientes poseen un medicamento potencialmente peligroso en su prescripción de alta (ver el Boletín del ISMP Brasil con la última versión de la Lista de Medicamentos Potencialmente Peligrosos de 2019)<sup>14,20,32,33</sup>.

Las informaciones mínimas que el profesional o servicio debe tener acceso al recibir un nuevo paciente son<sup>13,14,34</sup>:

- Información de contacto del profesional o equipo que ha derivado al paciente;
- Resumen del cuadro clínico del paciente, principales eventos que llevaron al enfermo a la internación, evolución y plan de cuidados;
- Evaluación de la enfermedad y la gravedad;
- Plan de acción a ser cumplido;
- Planes de contingencia;
- Alergias;
- Estado de salud;
- Lista de medicamentos en uso;
- Exámenes de laboratorio actualizados;
- Datos vitales actualizados;
- Lista de signos y síntomas que requieren atención especial por el paciente / familiar / cuidador.

En vista de la complejidad y los riesgos involucrados en la tran-

sición del cuidado, todas estas estrategias y otras complementarias deben ponerse en práctica con un esfuerzo multidisciplinario y la participación de profesionales debidamente entrenados para ello y conscientes de los impactos de la transición en los resultados en salud, garantizando así, una coordinación del cuidado adecuado<sup>5,6,15</sup>. Estos profesionales también deben comunicar y explicar al paciente cambios en la farmacoterapia y proporcionar un registro escrito del nuevo esquema medicamentoso<sup>1,6,15</sup>.

La participación activa del paciente o sus familiares / cuidadores también es esencial para una transición del cuidado segura, ya que el paciente es la única presencia constante en todos los escenarios de transición<sup>1,6,15</sup>. De esta forma, los pacientes deben ser incentivados a cuestionar a los profesionales si sospechan que ha ocurrido algún error con sus medicamentos, así como participar en el proceso de elección de su farmacoterapia<sup>5,7,14,15</sup>. También deben proporcionar información actualizada sobre los medicamentos en uso, trayendo consigo una lista de ellos, o incluso llevándolos a las consultas médicas, en la admisión hospitalaria y en todas las atenciones de salud (ver recomendaciones y cartel para el paciente en el Boletín del presente documento, ISMP Brasil sobre polifarmacia)<sup>3,6,15</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2017. [acceso en enero 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>
2. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Desafio global de segurança do paciente: medicação sem danos [Internet]. Boletim ISMP Brasil. 2018;7(1):1-8. [acceso en enero 2019]. Disponible en: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/02/ISMPBrasilDesafoGlobal.pdf>
3. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Polifarmácia: quando muito é demais? [Internet]. Boletim ISMP Brasil. 2018;7(3):1-8. [acceso en enero 2019]. Disponible en: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/12/541-BOLETIMISMP-NOVEMBRO.pdf>
4. Sheikh A, Dhingra-Kumar N, Kelley E, Kieny MP, Donaldson LJ. The third global patient safety challenge: tackling medication-related harm [Internet]. Bulletin of the World Health Organization. 2017;95(8):546-546A. [acceso en enero 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/8/17-198002/en/>
5. Coleman EA, Boulton C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. J Am Geriatr Soc. 2003;51(4):556-7.
6. World Health Organization. Transitions of care: technical series on safer primary care [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2016. [acceso en enero 2019]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252272/1/9789241511599-eng.pdf>
7. Tregunno D. Know your client and know your team: a complexity inspired approach to understanding safe transitions in care. Nurs Res Pract. 2013; 2013:305705.
8. Hesselink G, Schoonhoven L, Plas M, Wollersheim H, Vernooij-Dassen M. Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. Int J Qual Health Care. 2012;25(1):66-74.
9. Wheeler AJ, Scahill S, Hopcroft D, Stapleton H. Reducing medication errors at transitions of care is everyone's business. Aust Prescr. 2018;41(3):73-7.
10. Coleman EA, Min SJ, Chomiak A, Kramer AM. Posthospital care transitions: patterns, complications, and risk identification. Health Serv Res. 2004;39(5):1449-65.
11. Anderson G. Chronic care: making the case for ongoing care. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation [Internet]. 2010. [acceso en marzo 2019]. Disponible en: <https://www.rwjf.org/en/library/research/2010/01/chronic-care.html>
12. Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med. 2013;158 (5 Pt 2):397-403.
13. The Joint Commission. Sentinel Event Alert [Internet]. 2017. [acceso en marzo 2019]. Disponible en: [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA58HandoffComms9617FINAL\(1\).pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA58HandoffComms9617FINAL(1).pdf)
14. Institute for Safe Medication Practices. Delayed Treatment after Transitions of Care: A Multi-Incident Analysis [Internet]. ISMP Canada Safety Bulletin. 2016;16(7):1-7. Disponible en: <https://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/2016/ISMPCSB2016-07-DelayedTreatment.pdf>
15. The High 5s Project Standard Operating Protocol. Assuring medication accuracy at transitions in care: medication reconciliation [Internet]. 2014. [acceso en marzo 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5ssop.pdf>
16. Sponsler KC, Neal EB, Kripalani S. Improving medication safety during hospital-based transitions of care. Cleve Clin J Med. 2015;82(6):351-60.
17. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Medicamentos potencialmente perigosos de uso Hospitalar [Internet]. Boletim ISMP Brasil. 2019;8(1):1-9. [acceso en enero 2019]. Disponible en: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/02/615-boletimismp-fevereiro2019.pdf>
18. Redmond P, Grimes TC, McDonnell R, Boland F, Hughes C, Fahey T. Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. Cochrane Database Syst Rev. 2018;8:CD010791.
19. De Oliveira GS Jr, Castro-Alves LJ, Kendall MC, McCarthy R. Effectiveness of pharmacist intervention to reduce medication errors and health-care resources utilization after transitions of care: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Patient Saf. 2017 jun 30.

20. Rodrigues CR, Harrington AR, Murdock N, Holmes JT, Borzadek EZ, Calabro K, et al. Effect of pharmacy-supported transition-of-care interventions on 30-day readmissions: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother*. 2017;51(10):866-89.
21. Rochester Eyeguokan CD, Pincus KJ, Patel RS, Reitz SJ. The current landscape of transitions of care practice models: a scoping review. *Pharmacotherapy*. 2016;36(1):117-33.
22. The Joint Commission. Joint Commission Center for Transforming Healthcare Releases Targeted Solutions Tool for Hand-Off Communications. 2012;32(8):1-2.
23. Riesenber LA, Leitzsch J, Little BW. Systematic review of handoff mnemonics literature. *Am J Med Qual*. 2009;24(3):196-204.
24. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, Allen AD, Landrigan CP, Sectish TC, I-PASS Study Group. I-PASS, a mnemonic to standardize verbal handoffs. *Pediatrics*. 2012;129(2):201-4.
25. Shahid S, Thomas S. Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) communication tool for handoff in health care – a narrative review. *Safe Health*. 2018;4(1):7.
26. IHI – Institute for Healthcare Improvement. SBAR: Situation-Background-Assessment-Recommendation [Internet]. [acceso en marzo 2019]. Disponible en: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>
27. NHS/ACT Academy for their Quality, Service Improvement and Redesign suite of programmes. SBAR communication tool – situation, background, assessment, recommendation [Internet]. 2018. [acceso en marzo 2019]. Disponible en: <https://improvement.nhs.uk/documents/2162/sbar-communication-tool.pdf>
28. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg, K, Hautz, WE, Stock, S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(8):e022202.
29. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, West DC, Rosenbluth G, Allen AD, et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med*. 2014;371(19):1803-12.
30. Starmer AJ, Schnock KO, Lyons A, Hehn RS, Graham DA, Keohane C, et al. Effects of the I-PASS nursing handoff bundle on communication quality and workflow. *BMJ Qual Saf*. 2017;26(12):949-57.
31. Sheth S, McCarthy E, Kipps AK, Wood M, Roth SJ, Sharek PJ, et al. Changes in efficiency and safety culture after integration of an I-PASS-supported handoff process. *Pediatrics*. 2016;137(2):e20150166.
32. Russell LM, Doggett J, Dawda P, Wells R. Patient safety – handover of care between primary and acute care. Policy review and analysis. Canberra: National Lead Clinicians Group, Australian Government Department of Health and Ageing; 2013
33. Kamermayer AK, Leasure AR, Anderson L. The effectiveness of transitions-of-care interventions in reducing hospital readmissions and mortality: a systematic review. *Dimens Crit Care Nurs*. 2017;36(6):311-6.
34. Institute for Safe Medication Practices Canada. Hospital to home – Facilitating Medication Safety at transitions [Internet]. 2015. [acceso en marzo 2019]. Disponible en: <https://www.ismp-canada.org/transitions/>

**Editora jefe:**

Tânia Azevedo Anacleto

**Editores Científicos:**

Mariana Martins Gonzaga do Nascimento, Mário Borges Rosa

**Autores:**

Mariana Martins Gonzaga do Nascimento, Joyce Costa Melgaço de Faria

**Colaboradores:**

Danielly Botelho Soares, Pedro Henrique Guimarães, Deborah Marta dos Santos Oliveira

**Revisores:**

Djenane Ramalho de Oliveira, Adriano Max Moreira Reis, Tânia Azevedo Anacleto, Mário Borges Rosa, Sidiclei Machado Carvalho, Joyce Caroline Dinelli Ferreira, Maria Fernanda Santos Marques da Fonseca

**Revisores y traductores a versión en idioma español:**

Alicia Misa Sixto (Uruguay), Carmen Torres Acosta (Uruguay)

Este Boletín es una traducción autorizada del *“Boletim ISMP Brasil Prevenção de Erros de Medicação na Transição do Cuidado”*. ISSN: 2317-2312 volumen 8 | número 2 de Marzo 2019

**Instituciones Colaboradoras**

OFIL Uruguay, Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP Brasil)

