

# VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Impacto Positivo de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria al Ciudadano"

## SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN ENFERMERÍA

**Autor principal** VERÓNICA GARCÍA MEDINA

**CoAutor 1** LAURA SAETA MARTOS

**CoAutor 2** CELIA ROMÁN PÉREZ

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Médica

**Palabras clave** Seguridad del paciente Errores de medicación Administración Enfermería

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

La seguridad del paciente supone una preocupación a nivel mundial. Actualmente, existen muchas prácticas hospitalarias que suponen un riesgo para la población, entre ellas destaca la administración de medicación. El objetivo principal de este estudio es revisar la literatura disponible acerca de la seguridad del paciente en la administración de la medicación en enfermería. Se ha realizado una búsqueda en diversas bases de datos y para ello se han utilizado los siguientes criterios de inclusión: artículos en inglés, español y portugués y estudios y revisiones no precedentes al año 2010. Se han incluido tres estudios y una revisión, en los que se han evaluado los tipos de errores, sus causas, y la notificación de estos. Como conclusión, es importante señalar que la enfermería tiene un papel primordial en el proceso de administración de medicación, ya que al ser el último eslabón, puede interceptar el fallo y servir de guía para futuras acciones.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

Objetivo general

Revisar la literatura disponible acerca de la seguridad del paciente en la administración de la medicación.

Objetivos específicos

-Analizar el papel que desempeña el profesional de enfermería en la administración de la medicación.

-Determinar los tipos y factores relacionados con los errores de medicación.

-Mostrar posibles mejoras de actuación en el ámbito de la seguridad del paciente y la administración de medicación.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

La seguridad del paciente constituye, hoy en día, un problema muy importante de salud pública a nivel mundial, ya que está presente en todos los ámbitos de actuación sanitaria. Por ello, organizaciones sanitarias consideran este tema un punto clave para disminuir la morbimortalidad, aumentar la calidad asistencial y reducir los costes humanos y económicos.(1, 2)

Dentro de los ámbitos de la seguridad del paciente, la administración de medicación es una de las prácticas en las que se cometen errores con más frecuencia, llegando incluso a alcanzar el 56,7% de probabilidad de error.(2)

El error de medicación se define como cualquier evento evitable que puede causar o inducir al uso inapropiado de medicamento o perjudicar al paciente mientras el medicamento está bajo el control del profesional de salud, del paciente o del consumidor.(3) Este incidente puede ser debido a la práctica enfermera, prescripción médica, traspaso de información verbal, uso de abreviaturas o símbolos y defectos en los productos.(2, 3)

Cabe destacar que el ciclo del medicamento es un proceso multidisciplinar que consta de diferentes etapas entre las que encontramos prescripción, dispensación y administración, debido a esto, se incrementa la producción de errores.(3)

Por lo tanto, la principal motivación para llevar a cabo esta revisión ha sido la complejidad del tema y la reflexión sobre el rol que desempeña la enfermería para asegurar que la administración de medicación sea una práctica segura para el paciente. Por eso, es necesario conocer los tipos de errores y los factores de riesgo para garantizar la seguridad del paciente.(4)

**METODOLOGÍA**

Se ha realizado una revisión narrativa de la literatura disponible usando una metodología claramente definida, buscando minimizar los errores en las conclusiones.

La búsqueda se realizó entre los meses de febrero y marzo. Se consultó en las principales bases de datos electrónicas de enfermería y de ciencias de la salud: Cochrane Plus, Literatura Latinoamericana y Ciencias de la Salud del Caribe (LILACS), Cuiden Plus, Scientific Electronic Library Online (ScELO),Pubmed, Scopus y Enfispo.

Por otro lado, se han consultado guías de sitios webs como es la Junta de Andalucía.

Las palabras clave utilizadas fueron: Errores de medicación, Seguridad, Medicación, Seguridad del paciente, Administración, Enfermería.

Los descriptores MESH que se han usado se exponen a continuación:

Descriptores en español: Seguridad; Seguridad del paciente; Errores de medicación.

Descriptores en inglés: Safety; Patient safety; Medication errors.

Se limitó la búsqueda en Cochrane Plus a publicaciones en los últimos 5 años. En Scopus, debido a la gran cantidad de resultados obtenidos, se limitó sólo al año 2014.

En aquellas bases de datos en la que la historia de búsqueda no aportaba suficientes resultados, como son: LILACS, Pubmed, Cuiden, Enfispo, no se restringió la misma, procurando luego en la selección de artículos escoger aquellos que no tuvieran una antigüedad mayor de 9-10 años. A continuación, se especifican las palabras claves y/o descriptores utilizados en cada base de datos al igual que la historia de búsqueda y los artículos encontrados en cada una de ellas.

Para Errores De Medicación se encontraron los siguientes resultados:

- COCHRANE: 14, LILACS: 96, CUIDEN: 220, SCIELO: 45, ENFISPO: 0  
 Para Seguridad AND Medicación se encontraron los siguientes resultados:  
 - COCHRANE: 22, LILACS: 151, CUIDEN: 174, SCIELO: 46, ENFISPO: 11  
 Para Safety AND Medication se encontraron los siguientes resultados:  
 - COCHRANE: 1862, LILACS: 251, CUIDEN: 77, SCIELO: 61, SCOPUS: 15327  
 Para Seguridad del paciente se encontraron los siguientes resultados:  
 - COCHRANE: 528, LILACS: 96, CUIDEN 1402, SCIELO: 25, ENFISPO: 133  
 Para Seguridad AND Administración AND Enfermería se encontraron los siguientes resultados:  
 - COCHRANE: 15, LILACS: 156, CUIDEN: 184, SCIELO: 14  
 Para Seguridad del paciente AND Administración se encontraron los siguientes resultados:  
 - COCHRANE: 36, LILACS: 28, CUIDEN: 167, SCIELO: 4, ENFISPO: 3  
 Para Errores de administración AND Enfermería se encontraron los siguientes resultados:  
 - COCHRANE: 3, LILACS: 0, CUIDEN: 108, SCIELO: 7, ENFISPO: 0  
 Para Medication errors AND Patient safety se encontraron los siguientes resultados:  
 - COCHRANE: 46, LILACS: 7, CUIDEN: 44, SCIELO: 3, PUBMED: 16, SCOPUS: 274  
 De la base de datos COCHRANE no se revisó ningún artículo encontrado. Se revisaron 48 artículo de la base de datos LILACS; 114 de CUIDEN; 36 de SCIELO; 16 de PUBMED; 50 de SCOPUS y 34 de ENFISPO.  
 Los criterios de inclusión establecidos para la revisión han sido los siguientes:  
 -Artículos en los idiomas inglés, español y portugués.  
 -Estudios y revisiones no precedentes al año 2010.

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

## RESULTADOS

Nogueira et al4 en su estudio encontró que el error más común fue administrar la medicación al paciente equivocado con un porcentaje del 19%, al 17% se le administró un medicamento de forma equivocada, al 12% en la hora equivocada, al 15% se le administró un medicamento equivocado y en el 9% se usó una dilución incorrecta. Cada destacar, que del total de encuestados, el 19% eran enfermeros.

En otro estudio, llevado a cabo por Santi et al3, se detectó un 24,3% de errores relacionados con administrar una dosis equivocada respecto a la requerida en la prescripción. Un 22,9% corresponde a la administración en un horario diferente al establecido. Un 13,5% fueron casos en los que se le administró al paciente un medicamento que no estaba prescrito. Los errores en las técnicas de administración corresponden con un 12,2%. Y un 2,7% de los errores están involucrados con errores de vías de administración, paciente incorrecto y omisión.

En otra investigación (Dopico et al2) se obtuvieron los siguientes resultados: un porcentaje de 24,3% pertenece a los errores en la dosis, un 22,9% al horario y el relativo a administración de medicamentos sin prescribir, 13,5%.

En un estudio descriptivo (Escobar et al5) se detectaron un total de 215 errores de dosis, de los cuales 207 (96,3%) se deben a la presencia de siglas y abreviaturas en las prescripciones. De ese total, 117 (54,4%) se debe a la ausencia del número de registros del paciente; la dosificación del medicamento estaba ausente en 39 (18,1%). Sin embargo, en otra investigación realizada en un hospital público, esta misma causa se detectó en un 30,1%.

El 13% de los profesionales que participaron en este estudio (Nogueira et al4) determinaron que la principal causa de la aparición de medicación fue la rutina en la preparación de esta. Las prescripciones verbales junto con error en el cálculo de dosis fueron citados por el 12% de los encuestados como los factores que llevaron a la aparición del error. Nombres similares y abreviaturas y distracción en la preparación fue citada por el 11% y 10%, respectivamente.

Autores en otra publicación (Dopico et al2) revelaron como principales causas relacionadas con los errores de medicación: prescripciones con letras ilegibles, malentendidos entre profesionales, falta de conocimientos sobre medicamentos, ambiente inadecuado, preparación incorrecta, fallos en identificaciones de medicinas y pacientes.

En este estudio (Santi et al3), los trabajadores citaron como sus errores más frecuentes la carencia de profesionales, el cansancio, prescripciones ilegibles, la distracción y charla en el momento de lectura de la prescripción del medicamento, preparación y administración del mismo.

Otros factores que predisponen al error serían el tiempo de experiencia en el área de trabajo, trabajo en turnos, problemas en el ambiente como la presencia de ruido y baja luminosidad, defectos en los productos e incluso problemas en las políticas y procedimientos. Además ha sido citada la falta de identificación de la persona que va a recibir la medicación.(3)

En uno de los estudios que hemos analizado se encontró que el 70% de los profesionales afirmaron haber cometido algún error. Cabe destacar, que solo el 18,6% de los encuestados eran enfermeros. Se observó que la mayoría de dichos errores se produjeron en el turno de noche, con un 56%, mientras que en el turno de mañana y tarde, un 23,3% y 20% respectivamente.(3)

Respecto a la notificación de los errores de medicación, de los encuestados totales, el 67% ha sido testigo. De este porcentaje, el 43% no se había notificado y el 57% sí. Cuando se preguntó por el responsable de la detección del error, el 37% de los profesionales dijo que dicho error fue detectado por un compañero de turno y el 10% dijo que lo había detectado el paciente.(4)

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Existen ciertas medidas que pueden reducir el número de errores como son: el uso de un sistema informatizado, uso de código de barras en el proceso de medicación, la identificación del paciente, informes de notificación de errores, formación del profesional y trabajo en equipo.(2, 4,5) Por otro lado, la falta de identificación del paciente por parte de la Enfermería puede estar relacionada con los errores de comunicación y excesiva carga de trabajo, lo que compromete la atención del profesional. Por lo tanto, es de vital importancia identificar a los pacientes, sobre todo a aquellos que reciben un mismo medicamento, pero en dosis diferentes, que pueden llevar a confusión, y como consecuencia recibir una dosis inadecuada.(2, 3, 5)

La capacitación y formación continuada del profesional, así como el reciclaje actualizado de los conocimientos, es otra medida que además de aumentar la seguridad, tanto del paciente como del profesional, posibilita la prevención del error.(2, 3, 4, 5)

Los estudios demuestran que el desarrollo de una cultura de seguridad en las instituciones sanitarias puede reducir los errores. Para ello es importante no usar el castigo, aprender del error, medidas que fomenten el uso de los cinco correctos (paciente, medicamento, vía, dosis y horario), y entender el proceso en su conjunto.(2, 3, 4)

Respecto al uso de los cinco correctos, hoy en día, algunos autores han llegado a añadir otros cuatro: registro, acción, forma y respuesta. Aunque el cumplimiento de todos ellos no garantiza que no se produzca el error, sino más bien la prevención de este, con su consecuente disminución.(3)

Los resultados de los estudios analizados coinciden en que la mayoría de los profesionales de enfermería que no notifican el error cometido, es debido a sentimientos de miedo, culpa, resignación, inseguridad y vergüenza que esto produce. Sin embargo, estos profesionales si buscan compartir el problema.(2, 4)

Estos resultados hacen necesaria la existencia de protocolos e informes de notificación, así como la educación del profesional ante la

importancia de dejar reflejados por escrito dichos errores cometidos.(2, 3, 4, 5)

Es de gran relevancia la formación del profesional responsable del proceso de administración de la medicación, así como el conocimiento que el propio paciente debe tener del tratamiento que está recibiendo, ya que ambas acciones son de bajo coste y sensibilizan a la población. Los errores más frecuentes fueron prescripciones con letra ilegible, falta de comunicación entre profesionales y de conocimientos técnicos sobre medicamentos.

Es importante señalar que la enfermería es el último eslabón del proceso de administración del medicamento y sus acciones pueden prevenir posibles errores, y una vez cometidos, la importancia de notificarlos para que puedan servir de guía para futuras actuaciones.

#### » **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

La realización de esta revisión bibliográfica aporta información actualizada sobre las causas y tipos de errores más frecuentes en la administración de medicación. Esto hace que el profesional pueda adquirir un mayor conocimiento y por tanto, mejorar sus actuaciones, lo que conlleva a un impacto positivo en la seguridad del paciente.

#### » **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

No se han detectado estudios suficientes que consideren al paciente como un sujeto activo en este proceso, ignorando el importante papel que éste puede tener en la prevención del error.

Investigar cómo influye la enseñanza que el paciente recibe por parte del profesional de enfermería sobre su propia seguridad en la administración de medicación, podría ser una posible línea de investigación para futuros estudios.

#### » **BIBLIOGRAFÍA.**

- 1)Observatorio para la Seguridad del Paciente. Junta de Andalucía. Buenas prácticas en preparación y administración de la medicación del paciente. Dispositivos electrónicos de administración de medicamentos. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.
- (2)Dopico L, Dos Santos R, Fraga M. Características e evidências da produção científica de enfermeiros sobre erros de medicação no ambiente hospitalar. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2012; 13(2):480-91.
- (3)Santi T, Beck C, Da Silva R, Zeitoune R, Tonel J, Do Reis D. Error de medicación en un hospital universitario: percepción y factores relacionados. Enfermería Global. 2014 Julio; 35: 160-171.
- (4)Nogueira J, Ribeiro G, D'Innocenzo M, Pompeo B. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. Revista Brasileira de Enfermagem. 2010 Nov-Dec; 63(6):927-32.
- (5)Escobar F, Sabóia M, Cardoso T, Bauer de Camargo AE, Perufe S, De Bortoli SH. Seguridad del paciente en la terapéutica medicamentosa y la influencia de la prescripción médica en los errores de dosis. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2010 Nov-Dec; 18(6).