

EVALUACIÓN DE LOS ERRORES EN LA DISPENSACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN LA CADENA TERAPÉUTICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Autor principal:

MARÍA
LÓPEZ
MUÑOZ

Segundo co-autor:

IRENE
LOPEZ
MUÑOZ

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el Área de Enfermería Médica

Palabra clave 1:

medicamento

Palabra clave 2:

errores en la medicación

Palabra clave 3:

dispensación y administración

Palabra clave 4:

seguridad del paciente

Resumen:

Objetivo:

Evaluar la importancia en los errores de dispensación y administración de fármacos, sus causas y su impacto en la seguridad del paciente.

Material y Método:

Se trata de una revisión sistemática en la que se describen las principales características de los trabajos de investigación en los que se abordan los diferentes errores de medicación, haciendo especial hincapié a los cometidos durante el proceso de dispensación y administración de fármacos, principalmente en países de habla Hispana y con especial relevancia los llevados a cabo en España durante el período 2000-2012.

Resultados y conclusiones:

Los sucesivos trabajos realizados en este sentido señalan que no existe una tendencia clara respecto al porcentaje de aparición de los diferentes tipos de errores. El porcentaje de errores de dispensación está en torno al 13,2% y el 48% según los diferentes estudios, mientras que los errores de administración fluctúan entre un 9% y un 31,62% . A pesar de esto, las causas enumeradas en los mismos apuntan a que el componente humano es un factor importante a tener en cuenta. Asimismo, mediante este tipo de estudios se puede conocer mejor el funcionamiento de la cadena terapéutica y la necesidad de diferentes acciones para evitar este tipo de errores.

Antecedentes/Objetivos:

Tal como define el National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) define los errores de medicación (EM) (1) como “cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o del consumidor.” Como vemos en la definición, este tipo de errores pueden causar efectos adversos evitables en el paciente, de gravedad variable, pudiendo originar desde un daño imperceptible hasta el exitus del paciente. Por tanto, es fundamental para la seguridad del paciente un adecuado manejo de los medicamentos durante el proceso de prescripción, transcripción, dispensación, preparación y administración de cualquier fármaco. Dentro de la cadena terapéutica, hemos elegido estas las fases de dispensación y administración, debido a que consideramos que son en las que la enfermera tiene un papel relevante.

La importancia de la seguridad del paciente durante su tratamiento es imprescindible para ofrecer una calidad de cuidados y como reflejo de esa calidad puede ser un marcador importante el número de errores que se producen, ya que a mayor número de errores mayor es la probabilidad de generar un efecto adverso en el paciente que puede incluso poner en riesgo su vida.

Por ello, el objetivo es evaluar la importancia en los errores de dispensación y administración de fármacos, sus causas y su impacto en la seguridad del paciente.

Descripción del problema - Material y método:

Estrategias de búsqueda:

La búsqueda bibliográfica se realizó entre febrero y marzo del 2016. Originalmente se realizó una búsqueda general a través del buscador Google Académico para efectuar una aproximación general y realizar un primer acercamiento y obtener una serie de datos base para desarrollar el tema. Posteriormente, por medio de motores de búsqueda más específicos, como el SERVIER, MEDLINE y CUIDEN y haciendo uso de las palabras claves anteriormente descritas, se amplió la información encontrada y complementamos la búsqueda con las referencias encontradas en la

bibliografía de los diferentes artículos consultados para conseguir un abordaje completo de la materia de estudio.

Criterios de inclusión/exclusión de los estudios a revisar:

Para esta revisión se han tenido en cuenta los siguientes aspectos para la inclusión:

- Las Guías de Práctica Clínica, revisiones sistemáticas relacionadas con el proceso de dispensación y administración de fármacos.
- Hemos priorizado aquellos artículos en las que la investigación se haya dado en Sistema Sanitario Español para que los resultados sean representativos de nuestro entorno.
- Han tenido preferencia los estudios que analizan este tipo de errores y sus causas y aporten datos con el fin de permitir una valoración objetiva de los mismos.
- Se excluyen todos aquellos artículos que no cumplan los criterios anteriormente mencionados y que sean anteriores al año 2000 excepto revisiones sistemáticas y metaanálisis en los que la búsqueda se amplía a 10 años.

Resultados y discusión:

En base a las búsquedas realizadas se encontró que según el estudio llevado a cabo por Otero et al. (2) los EM (n=423) que afectaron al proceso de dispensación y administración supusieron un 13,2% y un 10,4% respectivamente, debido fundamentalmente a factores humanos, los cuales motivaron un 56,8% de los errores anteriormente descritos. Dentro de ellos, los más frecuentes fueron la falta de conocimiento o información sobre los medicamentos (38,6%), los lapsus y despistes (24,6%), los errores de cálculo en la dosis o en la velocidad de infusión (11,2%) y la sobrecarga de trabajo (7,4%).

Por otro lado, Jornet-Montana et al (3) resaltan en su estudio que los EM (n=400) relacionados con la dispensación representaron un 41% y los debidos a la administración un 27%. En el primer caso, las causas a destacar fueron la falta de concentración y la falta de lectura de la totalidad de los listados de trabajo y el hecho de confundir los medicamentos entre sí, responsable en muchas ocasiones la industria farmacéutica ya que es muy frecuente últimamente el hecho de que todas las especialidades que realiza un mismo laboratorio vengan rotuladas con el mismo diseño y color. Respecto a los errores de administración, la causa a destacar es la no administración de los fármacos a los pacientes y el motivo principal fue la falta de transcripción de la orden médica a la hoja de enfermería (36%). Aunque hubo mucha diferencia entre las plantas estudiadas. Esta diferencia se ha relacionado con la falta de revisiones de tratamiento que se realizan en una planta de estudio respecto a la otra.

El estudio posterior llevado a cabo por Pastó-Cardona et al (4) en el que de los EM (n=1.984) que se produjeron, un 48 % se dieron en la fase de dispensación y un 9 % en la fase de administración. Respecto a las causas, tenemos que en la fase de dispensación se señalan de forma relevante la insatisfacción del personal, poca relación con la supervisión, descansos escasos durante el trabajo, falta de atención, mala iluminación, equipamiento inadecuado, y horas de sueño insuficientes. Según los investigadores, estos elementos causan tensión mental y distracciones, con lo que se incrementa el número de errores. Curiosamente, sin embargo, no encontraron relación con la carga de trabajo. Respecto a la administración, no se establecen las causas.

Por último, en el estudio llevado a cabo por Salamano et al (5) tenemos que los EM (n=506) en la fase de dispensación representan el 16,4% y en la fase de administración un 31,62%. En este último caso como causas de estos errores se señalan: comunicación escrita incorrecta/incompleta/ambigua, falta de conocimientos/información sobre el paciente y falta de seguimiento de procedimientos de trabajo.

En virtud de los diferentes artículos encontrados, seleccionados y analizados se observa

variabilidad en los porcentajes de errores teniendo en cuenta el tipo de estudio, lo cual puede deberse no solo a la sistemática para la recolección de datos de los tipos de EM, sino también al lugar de la toma de muestras y a los diferentes protocolos de trabajo operantes en cada hospital. Si incidimos en profundidad en las causas generadoras de este tipo de errores vemos que el factor humano es una de las piedras angulares para la prevención de este tipo de fallos, por lo que la adecuada gestión de los equipos de trabajo y el desarrollo de prácticas enfocadas a evitar factores tales como la fatiga, la sobrecarga de trabajo, la falta de formación del personal, resultan claves para la mejora de la calidad en este ámbito.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

Con la realización de este tipo de estudios podemos conocer los elementos del sistema que necesitan mejora y así establecer medidas correctoras que disminuyan el porcentaje de errores durante la cadena terapéutica con el objetivo de incrementar la calidad y seguridad de los servicios prestados al paciente.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

Comprobar si el establecimiento de medidas encaminadas a desarrollar pautas y puntos de control en el circuito terapéutico, y elementos tales como el uso de los avances tecnológicos en el caso de la dispensación y el registro de actividades en el caso de la administración, podría resultar una mejora significativa.

Bibliografía:

1. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. <http://www.nccmerp.org/about-medication-errors> (último acceso 18 abril 2016).
 2. Otero MJ, Codina C, Tamés MJ, Pérez M. Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. Resultados de la beca Ruiz-Jarabo 2000. Farm Hosp. 2003;27:137-149.
 3. Jornet Montana S, Canadell Vilarasa L, Calabuig Muoz M, Riera Sendra G, Vuelta Arce M, Bardaji Ruiz A, et al. Detección y clasificación de errores de medicación en el Hospital Universitari Joan XXIII. Farm Hosp. 2004; 28:90-96.
 4. Pastó-Cardona L, Masuet-Aumatell C, Bara-Oliván B, Castro-Cels I, Clopés-Estela A, Pàez-Vives F et al. Estudio de incidencia de los errores de medicación en los procesos de utilización del medicamento: prescripción, transcripción, validación, preparación, dispensación y administración en el ámbito hospitalario. Farm Hosp. 2009;33(5):257-68.
 5. Salamano M, Palchik V, Botta C, Colautti M, Bianchi M y Traverso ML, Seguridad del paciente: aplicación de gestión de calidad para prevenir errores de medicación en el circuito de uso de medicamentos. Rev Calid Asist. 2013;28(1):28-35.
-