

ERRORES DE MEDICACIÓN DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autor principal:

CELIA MARÍA
ANDREU
CONCHA

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería en Urgencias y Cuidados Críticos

Palabra clave 1:

Medication

Palabra clave 2:

Error

Palabra clave 3:

Enfermería

Palabra clave 4:

Cuidados críticos

Resumen:

La seguridad del paciente es una de las bases fundamentales de una atención sanitaria de calidad. Los efectos adversos, como los errores de medicación, pueden tener graves consecuencias, como la muerte del paciente, prolongar la estancia hospitalaria e importantes gastos sanitarios., y en su mayoría son evitables.

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es conocer cuál es la incidencia de errores de medicación en los servicios de medicina intensiva de hospitales españoles.

Los objetivos secundarios son:

1. Conocer las causas de errores de medicación.
2. Conocer la cadena terapéutica donde más se desarrollan los errores de medicación.

Método: Revisión bibliográfica en bases de datos.

Resultados: la administración de una dosis medicamentosa incorrecta a un paciente (menor o mayor) supone el error más frecuente en la etapa de administración. Entre las causas, las más destacadas son la polifarmacia del enfermo crítico, los frecuentes cálculos de dosificación, interrupciones a las que se ven sometidas las enfermeras durante la preparación y administración de los fármacos o la necesidad en ocasiones de una rápida actuación.

Antecedentes/Objetivos:

Los errores en la administración de medicación son un hecho que se produce en la práctica diaria enfermera, ya que es una tarea propia del personal de enfermería. Esto puede poner en

riesgo la seguridad del paciente y producirle daños en su salud y recuperación, así como importantes gastos económicos.

Así pues, el objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer cuál es la incidencia de errores de medicación en los servicios de medicina intensiva de hospitales españoles.

Los objetivos secundarios son:

1. Conocer las causas de errores de medicación.
2. Conocer la cadena terapéutica donde más se desarrollan los errores de medicación.

Descripción del problema - Material y método:

Se trata de un estudio descriptivo transversal mediante una revisión de la literatura de artículos científicos publicados en bases de datos, como Scopus o Pubmed.

En PubMed, utilizamos el descriptor de la salud (MESH) “medication error” obteniendo 781 artículos. En, Scopus (Elsevier), utilizando los mismos criterios que en la anterior, obtenemos un total de 4.384 artículos.

A partir de la lectura del título y resumen de éstos, selecciono 4 artículos para la elaboración de la revisión, con un máximo de 10 años de antigüedad

Criterios de inclusión:

- Artículos que estudien los errores de medicación, contemplando la fase de administración
- Artículos de errores de medicación en unidades de cuidados intensivos
- Artículos que analicen y cuantifiquen los errores de medicación

Criterios de exclusión:

- Artículos de más de 10 años de antigüedad
- Artículos que estudien errores de medicación de un fármaco concreto
- Estudios que analicen errores relacionados con una vía de administración concreta.

Las limitaciones halladas para la realización de la revisión ha sido el idioma de los artículos.

Resultados y discusión:

La incidencia de errores de medicación en las unidades de críticos es elevada, y se observan resultados variados en función del autor y estudio consultado.

Según Van Den Bemt et al. (2002) existe una tasa de incidencia del 44,6% de errores de medicación.

El investigador Rothchild et al. (2005) reportaron 149,1 errores serios de medicación por 1000 pacientes/día en un año de estudio. Un 11% de estos errores podrían haber peligrado la vida del paciente. El estudio IATROREF, liderado por Garrouste et al. (2009) y llevado a cabo durante 8 días en diferentes UCIs francesas, reportaron 2,1 errores de medicación por 1000 pacientes/día.

A nivel estatal y más recientemente, Merino et al. (2012) registraron 1,13 errores de medicación por 100 pacientes/día de estancia, de los cuales el 16% produjeron daño al paciente y 82% se consideraron “sin duda evitables”; la mayoría ocurrieron en la fase de prescripción (34%) y administración (28%).

En cuanto a los motivos de la alta incidencia de EM en UCIs puede ser el estado crítico del paciente y todo el entorno que lo rodea, como aparatos tecnológicos (bombas de infusión continua, ventilación mecánica, monitorización completa...), la polifarmacia del enfermo crítico, los frecuentes cálculos de dosificación, interrupciones a las que se ven sometidas las enfermeras durante la preparación y administración de los fármacos o la necesidad en ocasiones de una rápida actuación.

Los errores de medicación suponen uno de los tipos de incidentes que con más frecuencia se producen en el entorno del paciente crítico, siendo más habituales en las fases de prescripción y administración. Aunque la mayoría de estos errores no tienen consecuencias clínicas para el paciente, un porcentaje significativo producen un daño variable al paciente, siendo la mayoría de ellos evitables.

A pesar del creciente interés por la Seguridad del Paciente, todavía es general la falta de sensibilización respecto al problema que suponen los eventos adversos. La capacidad de notificar, analizar y aprender de la experiencia sigue gravemente mermada por la falta de uniformidad en los métodos de identificación y medida, la notificación de los eventos adversos es, en general, inadecuada, ya que preocupa innecesariamente la violación del carácter confidencial de los datos, se teme la exigencia de responsabilidades profesionales, y los sistemas de información son precarios. Sigue habiendo mucho desconocimiento acerca de la epidemiología de los eventos adversos, la frecuencia con la que ocurre, las repercusiones en la evolución de los pacientes y las medidas preventivas.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

Con la realización de este trabajo y tras la lectura del mismo por parte del personal de enfermería, se pretende, principalmente, concienciar al personal sobre la frecuencia de errores de medicación y la importancia de que estos sean declarados, siempre con el objetivo de crear una cultura de seguridad no punitiva que permita aprender de los errores, ya que la forma de mejorar los sistemas y prevenir los errores radica en analizar los propios EM que se producen, con el fin de identificar las causas que los originan. Para ello es preciso crear un ambiente profesional que deseche la idea de culpabilidad y favorezca la comunicación de los errores que se producen, el análisis de sus causas y la discusión de las estrategias necesarias para evitarlos.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

Tras la realización de esta comunicación, como propuesta de nuevas líneas de investigación planteo el hacer hincapié e incidir en la educación a los profesionales encargados de la atención sanitaria al paciente sobre la comunicación de los errores, incidiendo en el carácter no punitivo de los mismos, sino como medio para mejorar la calidad asistencial. De esta manera, se podrían abrir líneas de investigación dirigidas a la prevención de los motivos que propiciaron el error, contando así con datos no sesgados que permitieran avanzar hacia la seguridad en los errores de medicación.

Bibliografía:

1. Merino P, Martín M, Alonso A, Gutiérrez I, Álvarez J, Becerril F. Errores de medicación en los servicios de Medicina Intensiva españoles. *Med Intensiva* 2012;1-9.
 2. Garrouste-Orgeas M, François J, Vesin A, Schwebel C, Arnodo P, Yves J., et al. Selected medical errors in the Intensive Care Unit Results of the IATROREF study: parts I and II. *Am J Respir Crit Care Med* 2010;181:134-142.
 3. Rothschild J, Landrigan C, Cronin J, Kaushal R, Lockley S, Burdick Eea. The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Crit Care Med* 2008;33(8):1694- 1700.
 4. Mansour M, James V, Edgley A. Investigating the safety of medication administration in adult critical care settings. *Nurs Crit Care* 2012;17(4):189-197.
-