

Moya Gil A¹, Soriano Escobar LL², Lacal Espí M¹, Nieto Carrilero R², Pascual Martínez M¹, Aldaz Francés R¹

¹Servicio de Farmacia. ²Unidad de Cuidados Intensivos. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVO

Analizar los errores de medicación (EM) comunicados al Servicio de Farmacia (SF) como notificación voluntaria confidencial (NVC) por la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

MÉTODOS

Análisis descriptivo retrospectivo. Se incluyeron todos los EM comunicados por la UCI al SF durante 16 meses (enero de 2007-abril de 2008). Las variables recogidas fueron: fecha y hora del incidente, vía de administración, personal implicado, verificación de la administración al paciente y si tuvo alguna consecuencia, etapa de la cadena farmacoterapéutica en que ocurrió, tipo de incidente y sugerencias para evitarlo. Análisis estadístico con el SPSS v.13.0.

RESULTADOS

Se recibieron 47 NVC. El 79,1% de los EM ocurrieron en días laborables y distribuidos por la mañana (60,5%), por la tarde (31,6%) y por la noche (7,9%). Los residentes del SF rotaron por dicha unidad 5 meses en el periodo de estudio, durante este tiempo se comunicaron el 63,8% del total de NVC.

La vía de administración con más EM fue la intravenosa (66,7%) seguida de la oral (17,8%), la sonda PEG (4,4%), la subcutánea, la inhalatoria, la SNG y la transdérmica (2,2%) respectivamente.

El personal relacionado con los EM detectados se observa en la Figura 1. En el 17,0% de las NVC se implicó a más de un grupo.

El 68,1% de los EM llegaron al paciente; sólo el 21,3% tuvo alguna consecuencia: no le causó daño aunque precisó monitorización (30%), causó daño y precisó tratamiento o intervención (30%) o tuvo otras consecuencias como sueño, mareos, náuseas, pérdidas de niveles de eficacia o sin especificar (40%).

En la etapa de la cadena farmacoterapéutica relacionada con el EM se observa en la Figura 2. En el 6,4% hubo más de un proceso implicado.

La omisión de la dosis/vía/velocidad de infusión (32,6%) en la orden médica fue el incidente más frecuente. Otros EM registrados fueron: dosis incorrecta (21,3%), vía de administración errónea (13,0%), frecuencia de administración errónea (8,7%), medicamento deteriorado (6,5%), medicamento erróneo (4,3%), error en la preparación/manipulación (4,3%), técnica de administración errónea (4,3%), dispensación errónea por sistemas automáticos de dispensación (4,3%) y otros (2,2%): olvido de la prescripción al cambio de orden médica, día de la administración incorrecto y omisión de la administración. En el 10,9% de las NVC se detectó más de un tipo de incidente.

El doble chequeo con validación farmacéutica fue la sugerencia más prevalente (44,4%), también prescribir correctamente con letra clara sin usar correctores (38,9%), informar de errores anteriores y consejos de manipulación (27,8%), mejorar la comunicación (11,1%) y la correcta identificación de la fluidoterapia (5,6%).

Figura 1: PERSONAL RELACIONADO CON EM DETECTADOS CON NVC (enero 2007- abril 2008) (N= 47)

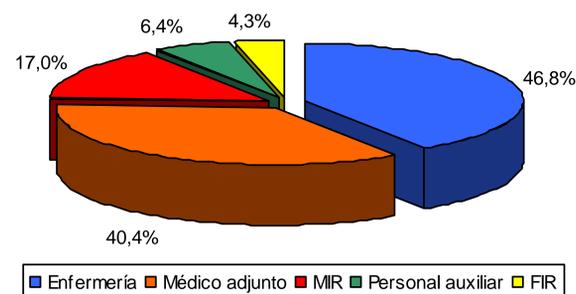
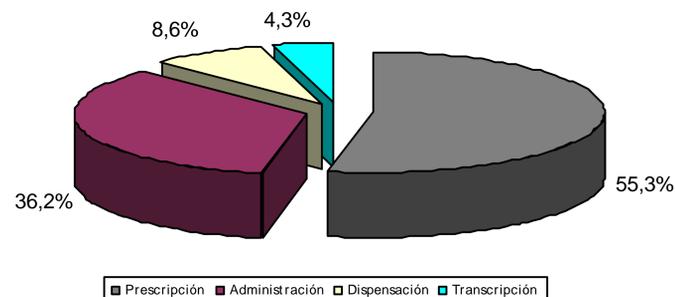


Figura 2: ETAPA DE LA CADENA FARMACOTERAPÉUTICA RELACIONADA CON EM DETECTADOS CON NVC (enero 2007- abril 2008) (N=47)



CONCLUSIONES

La etapa del circuito de un medicamento más implicada en los EM fue la prescripción, siendo la omisión de la dosis/vía/velocidad de administración el EM más prevalente. Se comunicaron más NVC en días laborables y en turnos de mañana y su número se vio aumentado cuando un farmacéutico rotaba por la unidad.

Conflicto de intereses: No procede.