

ESTUDIO DE ERRORES DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS POR ENVASADO SIMILAR EN EL SERVICIO DE FARMACIA

Hathiramani Sánchez, M; Acosta Artiles, M; Acosta Artiles, P; Oliva Hernández, L; Mirchadani Jagwani, J; Cobreros Varela, L

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVO

Detectar posibles errores en la ubicación de medicamentos parecidos visualmente por embalaje similar, en los distintos almacenes de nuestro Servicio de Farmacia (SF).

RESULTADOS

	ERRORES	%
OBJETO DE ESTUDIO	4	0.9
NO OBJETO ESTUDIO	5	1
TOTAL	9	1.9

MATERIAL Y MÉTODO

Se eligieron un total de 58 medicamentos distintos que podían dar lugar a error de ubicación por su envasado de apariencia similar realizado por la industria farmacéutica o por reenvasado en el SF. Estos 58 medicamentos se agruparon en un total de 32 parejas que pudieran ser causa de error (algunos medicamentos formaban parte de más de una pareja). Ocho parejas eran reenvasados realizados en el SF y 24 mantenían el embalaje de la industria. En nuestro SF la medicación se encuentra almacenada en un total de 4 kardex (3 son verticales usados principalmente para la dosis unitaria y 1 horizontal que constituye el almacén general), 2 cámaras frigoríficas, 1 nevera y 4 congeladores.

Los medicamentos elegidos estaban ubicados entre los 4 kardex y una de las cámaras frigoríficas.

Durante un período de 2 meses (febrero y marzo 2009) se hizo un control semanal de estos medicamentos. Cada medicamento se revisaba en sus distintas ubicaciones. En cada control se revisaba que en cada una de las ubicaciones de los 58 medicamentos no hubiese mezclado ningún otro medicamento, perteneciera a las parejas elegidas o no.

Durante los 2 meses de seguimiento se hicieron 8 controles. Teniendo en cuenta que se revisaban 58 medicamentos por control, el total de medidas fue de 464.

El nº total de errores encontrados fue de 9 que expresado en porcentaje de error frente a las 464 medidas nos daba un 1,9%. Analizando este total encontramos: A) Cuatro tenían que ver con el objetivo de este estudio, es decir, se encontraron mezclados en un mismo cajetín o estantería medicamentos susceptibles de error por similitud. De estos 4 errores, 3 se produjeron en medicamentos que mantenían el envasado original, y 1 en un reenvasado realizado en el SF. Estos 4 errores supusieron un 0,9% del total. B) Los cinco restantes fueron debidos a medicamentos mezclados con los medicamentos elegidos pero que no tenían relación con el objetivo del estudio. Estos 5 errores supusieron un 1% de total.

CONCLUSIONES

1. Siguiendo las recomendaciones del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud en su "Estudio de Evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007)", revisar con regularidad el Boletín de Seguridad del ISMP-España y otras publicaciones para identificar los problemas con el etiquetado, envasado y nombres de los medicamentos y adoptar medidas para prevenir errores con estos productos.
2. Minimizar errores desde el SF en los reenvasados intentando marcar la diferencia, cuando la similitud es inevitable, resaltando la parte diferencial en negrita, subrayado o con letras mayúsculas. Cuando existen especialidades con diferentes dosis resaltar las distintas dosificaciones con colores diferenciados o impresiones en negativo.
3. Aunque los porcentajes de errores encontrados son bajos deberíamos establecer un protocolo de autoevaluación periódico para verificar si se siguen produciendo errores en el almacenamiento de este tipo de medicamentos.