

“Prevalencia y epidemiología del error de prescripción de medicamentos en un hospital argentino con sistema informático electrónico”

Fajreldines, A; Davide, L; Pellizzari, M, March, A
Hospital Austral. Buenos Aires, Argentina.

Abstract

Introducción: el error de medicación (EM) es el más frecuente en la hospitalización porque el medicamento es la intervención más frecuente en la decisión clínica. El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) ha elaborado una taxonomía de EM en donde se consignan los tipos de error, los elementos asociados a él, las áreas donde se detectan, los puntos de origen, entre otros. El estudio de Bobb et al 2004 menciona que los errores de prescripción están asociados a causas multifactoriales, la epidemiología del error en el estudio de Avery et al (2013) menciona mayor error en población añosa y en pediatría, y en casos de polimedicación y el estudio de Bates et al (2007) menciona que los sistemas de prescripción electrónica constituye una de las intervenciones más consistentes para la reducción de los EM. La Joint Commission International consigna en la justificación de sus estándares que los EM producidos por un grupo específico de fármacos son letales y a ellos les llama Fármacos de alto riesgo (oncológicos, insulina, anticoagulantes, morfínicos entre otros) **Objetivos:** medir la prevalencia del error de prescripción y analizar las variables asociadas a ello en un sistema de prescripción electrónica (PE). **Material y métodos:** análisis de una muestra de prescripciones de medicamentos obtenida de una muestra aleatoria de todo el año 2013. Los datos fueron obtenidos de de la PE de cada paciente. Se relevaron los datos de cada paciente y sus variables independientes según un protocolo interno de recolección, definición y categorización del error según NCCMERP. Se uso una plantilla pre-impresión con las siguientes variables: numero de historia clínica, sexo, edad, patología según ICD-10, complejidad de la sala de internación, días de estada del paciente, entrenamiento del médico prescriptor, tipo de error de prescripción según el estándar, numero de medicamentos prescritos/día, medicamentos involucrados en el error, medicamentos de alto riesgo presentes en el error, tipo de infusión continua o discreta en el caso de drogas intravenosas. Los datos fueron analizados con el programa SPSS 21. **Resultados:** se analizaron 840 pacientes (adultos y pediátricos), distribución por sexo: 490 mujeres (58.3%) y 350 varones (41.66%), media de edad: 46.3 años, rango: 1-84 años. Población adulta: 660 pacientes (78.6%), pediátrica: 180 (21.45). Total de días de estada: 7728 días, con una media de: 9.2días/paciente. El error promedio mensual fue de 3.09% (IC95%: 2.72-3.41) rango: 2.86-6.5%. Los errores más frecuentes fueron: medicamento no justificado para patología 46.15 (n=12), dosis incorrecta: 30.77 (n=8), interacción medicamentosa: 11.53 (n=3) otros: 11.53 (n=3). Las variables asociadas al error fueron: pacientes mayores de 65 años: p=0.001, pacientes polimedcados (más de 5 fármacos concomitantemente): p=0.004, sala de baja complejidad: p=0.003, pacientes con más de dos días de hospitalización: p=0.002. Se hallo más frecuentemente en el error drogas de alto riesgo: p=0.001 respecto a drogas no alto riesgo. Las demás variables analizadas no mostraron niveles de significación (entrenamiento del médico, turno fin de semana vs semana y sexo del paciente). **Discusión:** los resultados demuestran que hay que estudiar el tema sistémicamente para profundizar aun más en las causas que se asocian al error. El entrenamiento del médico prescriptor no parece estar asociado al error contrario a lo que se menciona en la literatura ya que la institución del estudio entrena al personal sistemáticamente y de modo uniforme, habría que estudiar en mayor profundidad la asociación de error a baja complejidad de sala de atención. Las demás variables asociadas al error están mencionadas en la literatura: Bates et al (2007), Bobb et al (2004), y Avery et al (2013) entre otros.

Bibliografía

1. Bates et al Lessons learned from implementation of computerized provider order entry in 5 community hospitals: a qualitative study. 2013.
2. Avery et al "The prevalence and nature of prescribing and monitoring errors in English general practice: a retrospective case note review" 2013.
3. Norstrom PE, Brown CM. Use of patients' own medications in small hospitals. American Journal of Health-System Pharmacy. 2002
- 2.Lummis H, Sketris I, Veldhuyzen van Zanten S. Systematic review of the use of patients' own medications in acute care institutions. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 2006
- 3.Grissinger M. Patients Taking Their Own Medications While in the Hospital. Pennsylvania Patient Safety Advisory. 2012
4. Nielsen TRH, Kruse MG, Andersen SE, Rasmussen M, Honoré PH. The quality and quantity of patients' own drugs brought to hospital during admission. European Journal of Hospital Pharmacy: Science and Practice. 2013.
5. Políticas y procedimientos del Hospital Universitario Austral, versiones 2013.
7. Boletines y ficheros disponibles en www.ismp.es consultado el día: 15/04/2014
8. The impact of computerized on reduction medication errors. Bates, D. JAMA J Am Med Inform Assoc. 1999.
9. Relationship between medication errors and adverse drug events. Bates, D. [Journal of General Internal Medicine](#). April 1995.
10. Lessons learned from implementation of computerized provider order entry in 5 hospitals. Bates, D et al. BMC Med Inform Decis Mak, 2013
11. Return on investment for vendor computerized physician order entry in four community hospitals the importance of decision support. Bates, D et al. J Gen Intern Med. 2013.