

PRESCRIPCIÓN NO ELECTRÓNICA



Grupo de trabajo:

Buenas prácticas en el uso de medicamentos



DECLARACIÓN DEL PROBLEMA DE IMPACTO

En los estudios multicéntricos de referencia que se han realizado en diferentes países y que han analizado de forma global los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, los acontecimientos relacionados con el uso de los medicamentos han constituido un porcentaje elevado del total de acontecimientos adversos registrados. ⁽¹⁾

En servicios médicos, la principal causa de Evento adverso hospitalario son los relacionados con reacciones adversas a medicamentos (28,75%).⁽²⁾

Los errores de medicación pueden producirse en cualquier punto del proceso de utilización de los medicamentos: prescripción, transcripción, dispensación o administración.

La prescripción constituye, en la mayor parte de los estudios publicados, la fase del proceso en la que se evidencia un mayor número de errores⁽³⁾. La naturaleza de los errores en la prescripción es muy amplia: indicación incorrecta, duplicidades terapéuticas, interacciones, dosis excesivas, insuficientes o no ajustadas a las características específicas del paciente (insuficiencia renal, ancianos), ⁽⁴⁾ y fallos de interpretación provocados por el uso de abreviaturas, acrónimos y símbolos no estandarizados para indicar el medicamento o expresar la dosis, vía y frecuencia de administración, que producen una lectura errónea por existir varios significados para una misma abreviatura o acrónimo o porque esta se realiza por profesionales no familiarizados.

Estos fallos se ven favorecidos por una escritura poco legible o por una prescripción incompleta. Hay estudios publicados que muestran que los errores de prescripción se deben en muchas ocasiones a alguna de estas causas.⁽⁵⁾

Contribuye a todas estas posibles causas el hecho de que muchos medicamentos tienen nombres parecidos ⁽⁶⁾

El estudio descriptivo realizado por Ana Elisa Bauer y cols sobre los puntos frágiles durante la prescripción, dispensación y administración de medicación identifica que el mayor número de errores producidos durante la prescripción se deben a que estas son incompletas, con abreviaturas, y realizadas con distracciones ⁽⁷⁾

Si la incidencia de errores de medicación es la más frecuente en adultos, en niños hospitalizados esta se triplica; En Barcelona se realizó un estudio prospectivo sobre 122 pacientes en una unidad de neonatología a fin de determinar la incidencia real de errores de medicación en los procesos de prescripción y transcripción. Las tasas de errores en prescripción y transcripción fueron de 35,2% y 21,3% respectivamente. Los errores más frecuentes en la prescripción fue la dosificación y en la transcripción la ausencia de vía de administración ⁽⁸⁾



Antecedentes y temas

Aunque dentro de las prácticas seguras para el uso adecuado de medicación se recomienda la utilización de una prescripción informatizada, su elevado coste no hace posible hoy por hoy su implantación a corto plazo en todas las instituciones sanitarias, por lo que es necesario determinar medidas que contribuyan a minimizar o evitar errores provocados por una prescripción manual.

Las recomendaciones irían encaminadas a la elaboración de un registro que contengan todos los datos básicos del paciente, que permita visualizar toda la historia farmacoterapéutica del paciente durante su estancia hospitalaria y que evite la transcripción de la orden de tratamiento a otro tipo de registro

También se recomienda la educación de los profesionales de atención hospitalaria sobre el importante riesgo de los errores de medicación, porque la formación inadecuada puede ser un fracaso en la solución del problema

Medidas sugeridas

Las siguientes estrategias deberán de ser tenidas en cuenta por todos los hospitales del SSPA:

1. Asegurar que los registros de prescripción no electrónica contengan:
 - a. La información básica del paciente (nombre, unidad de hospitalización, número de historia clínica, fecha de nacimiento, médico, enfermera referente, etc.) deberá ser clara y fácilmente visible para todas las prescripciones transmitidas al servicio de farmacia, o en aquellas que estén incluidas en la historia del paciente, ya sea mediante etiquetas adhesivas o similares sobre las copias de papel⁽¹⁾.
4 PUNTOS
 - b. Todos los impresos de prescripción incluirán avisos visibles que destaquen las alergias del paciente y que sirvan como recordatorio para los prescriptores (inicialmente los prescriptores relacionan las alergias en los impresos de prescripciones médicas y posteriormente, y de manera sistemática, el personal de la unidad asistencial transfiere esta información a los sucesivos impresos de prescripciones médicas conforme se van necesitando⁽²⁾.
8 PUNTOS
 - c. Todos los impresos de prescripciones incluirán el peso del paciente para su consideración por los profesionales sanitarios que le atienden. ⁽³⁾
8 PUNTOS
 - d. Contemplará los apartados:

¹ Punto 4 del cuestionario de evaluación de hospitales del ISMP

² Punto 8a del cuestionario de evaluación de hospitales del ISMP

³ Punto 12 a del cuestionario de evaluación de hospitales del ISMP



- i. Medicación habitual: se registrará en este apartado todos los medicamentos que debe de tomar el paciente con pauta estandarizada (tanto la prescrita en el hospital por diferentes especialistas, como la medicación que toma en casa).
 - ii. Medicación PRN : medicación opcional que se le administra al paciente en caso de que se den las circunstancias descritas para ello, ej: si dolor.
 - iii. Medicación puntual: medicación única que se administra al paciente en el momento prescrito.
- e. La orden de tratamiento debe de especificar: nombre completo del medicamento, dosis, vía, duración de la pauta, tiempo de administración (fecha de inicio, fecha de cese)⁽⁹⁾
 - f. El registro debe de contemplar un apartado donde la enfermera deje registrado el día y la hora en que se ha administración el tratamiento, o en caso de no administración las causas que lo han motivado, de forma que se evite la transcripción del registro de prescripción a otro tipo de registro distinto.
 - g. El contenido y el formato del registro de administración de medicamentos de enfermería se estandariza y se diseñaran entre enfermeras y el farmacéutico para asegurar que son claros y distintivos, y que no tienen abreviaturas que puedan dar lugar a errores, así como evitar que la información que no sea esencial provoque errores. (p.ej. NEMÓNICOS informáticos y otros códigos farmacéuticos)⁽⁴⁾

4 PUNTOS

2. Para el uso adecuado del registro, la institución debe de desarrollar una guía de uso adecuado, donde se deben contemplar al menos los siguientes contenidos:

- a. Complimentación con letra legible.
- b. Una lista de ABREVIATURAS PROCLIVES A ERRORES prohibidas (p.ej. µg, acrónimos de esquemas de quimioterapia, etc.) y de formas incorrectas para la expresión de las dosis (por volumen o número de comprimidos, utilización de coma seguida de cero para dosis enteras, o falta de cero inicial para dosis inferiores a uno, etc.) en todas las prescripciones médicas o información sobre la medicación, incluyendo prescripciones preimpresas, hojas de registro de administración de enfermería, etiquetas de medicación, y en formatos electrónicos [Ver ISMP- España <http://www.ismp-espana.org> e ISMP <http://www.ismp.org>].⁽⁵⁾

4 PUNTOS

- c. Indicaciones de que al ingresar el paciente en el hospital o al trasladarlo a una unidad asistencial diferente dentro del propia institución (p. ej. traslado a UCI), los médicos deberán escribir una prescripción completa con toda la terapia medicamentosa. No se aceptan las prescripciones de “continuar con los mismos

⁴ Punto 75 del cuestionario de evaluación de hospitales del ISMP

⁵ Punto 57 del cuestionario de evaluación de hospitales del ISMP



medicamentos” o “tomar la medicación de casa”.⁽⁶⁾

4 PUNTOS

- d. Recomendaciones que garanticen la obtención de una historia farmacoterapéutica completa de todos los pacientes hospitalizados o ambulatorios cuando ingresan o acuden a consulta, que incluye los medicamentos con y sin receta, vitaminas, plantas medicinales y sustancias de abuso.⁽⁷⁾

4 PUNTOS

- e. Uso sistemático de un procedimiento estandarizado para conciliar los medicamentos que el paciente ha recibido antes y después de su traslado dentro del centro a otra unidad asistencial o servicio diferente.⁽⁸⁾

16 PUNTOS

- f. Premisas de uso sistemático de un procedimiento estandarizado para conciliar los medicamentos que el paciente ha estado tomando antes del ingreso con los medicamentos prescritos en el ingreso y al alta.

8 PUNTOS ⁽⁹⁾

- g. Para ayudar a distinguir los medicamentos con nombres similares, los médicos incluirán la indicación clínica en todas las prescripciones de los pacientes ambulatorios, así como en las prescripciones “si precisa” (prn) (p. ej. “si dolor”, “si náuseas”, etc.) correspondientes a los pacientes ingresados.⁽¹⁰⁾

8 PUNTOS

- h. Horario estandarizado de administración de la medicación programada para su aplicación sistemática en todas las unidades asistenciales de la institución. Excepción: medicamentos específicos prescritos en lactantes y niños pequeños⁽¹¹⁾

4 PUNTOS

- i. Establecimiento de unos parámetros (p.ej. intervalos de hora de administración) para facilitar a las enfermeras la administración de la mayor parte de la medicación dentro del horario normalizado establecido, incluso si la primera dosis se administra fuera del mismo⁽¹²⁾

4 PUNTOS

- j. Indicaciones para que las enfermeras confirmen con sus iniciales en la hoja de registro de administración de medicamentos manual, la realización de un doble chequeo independiente de la dosis calculada por el médico en las prescripciones

⁶ Punto 54 del cuestionario de evaluación de hospitales del ISMP

⁷ Punto 21 del cuestionario de evaluación de hospitales del ISMP

⁸ Punto 22 del cuestionario de evaluación de hospitales del ISMP

⁹ Punto 23 del cuestionario de evaluación de hospitales del ISMP

¹⁰ Punto 74 del cuestionario de evaluación de hospitales del ISMP

¹¹ Punto 89 del cuestionario de evaluación de hospitales del ISMP

¹² Punto 90 del cuestionario de evaluación de hospitales del ISMP



PRESCRIPCIÓN NO ELECTRÓNICA

Buenas prácticas en el uso de medicamentos

pediátricas de medicamentos, antes de su administración **(13)**
2 PUNTOS

- k. Indicaciones para que las enfermeras confirmen con sus iniciales en la hoja de registro de administración de medicamentos manual la realización de un doble chequeo independiente de la dosis de quimioterapia calculada por el médico **(14)**
2 PUNTOS

- 3.** Los protocolos vigentes, directrices, escalas de dosificación y listas de control para la medicación de alto riesgo (p. ej. Citostáticos, anticoagulantes, opioides, insulina, soluciones de electrolitos con potasio, magnesio, sodio o fosfato) deben de ser de fácil acceso para los médicos, farmacéuticos y enfermeras, y se utilizan cuando se prescriben, estos medicamentos de alto riesgo.**(15)**
8 PUNTOS

Desarrollar prescripciones preimpresas para ayudar en la prescripción de los medicamentos más habituales protocolizados en situaciones concretas (p. ej. en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas), para procedimientos complejos (p. ej. ingresos en unidades de atención crítica) y para los medicamentos de alto riesgo (p. ej. quimioterapia donde son especialmente útiles, ya que los esquemas de tratamiento con estos medicamentos son complejos y cambiantes, lo que facilita la aparición de errores).**(16)**

16 PUNTOS

- 4.** El uso de protocolos logra disminuir la dependencia de la memoria y permite que el personal recién incorporado a la plantilla pueda realizar, de manera segura, un proceso que no le resulte familiar. **(10)**
- 5.** El servicio de farmacia introduce o verifica el registro de la prescripción médica en el sistema informatizado de farmacia, y los medicamentos se preparan utilizando una copia de la prescripción que se compara con el listado generado por el ordenador, antes de dispensar los medicamentos.**(17)**

8 PUNTOS

- 6.** El registro de prescripción debe de estar accesible en todo momento por cualquier profesional sanitario.

¹³ Punto 217.1 del cuestionario de evaluación de hospitales del ISMP

¹⁴ Punto 217.2 del cuestionario de evaluación de hospitales del ISMP

¹⁵ Punto 31 del cuestionario de evaluación de hospitales del ISMP

¹⁶ Punto 53 b del cuestionario de evaluación de hospitales del ISMP



Expectativas

Tener en cuenta que estas recomendaciones se establecerán como paso intermedio hasta que la institución tenga implantada una prescripción electrónica asistida en todas sus unidades asistenciales.

Aplicabilidad

Todos los hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz

Oportunidades de participación del paciente y de la familia

Animar a los pacientes a que soliciten que quede anotado en el registro de prescripción el tratamiento domiciliario.

Animar a los pacientes a que soliciten que se registre su peso y sus alergias en el registro de prescripción

Animar a los pacientes a que soliciten la comprobación de sus datos personales registrados en la orden de tratamiento

Solidez de la evidencia

Opinión/consenso de expertos

Barreras potenciales para la implementación

Preferencias personales de quienes prescriben, y su falta de disposición para cumplir con un formulario limitado

Legibilidad de la letra del prescriptor

Disponibilidad del registro por todos los profesionales durante las 24 horas

Uso sistemático de marcas en lugar de denominaciones comunes

Cambio a una cultura de seguridad

Falta de protocolos institucionales que determinen como se ha de prescribir

Riesgos de consecuencias no deliberadas

Orden de tratamiento incorrecta como resultado de una lista potencialmente inexacta proporcionada por el paciente



TOTAL PUNTUACIÓN PRACTICA SEGURA: 112

REFERENCIAS

1. Otero MJ. "La gestión de riesgos en la prevención de los errores de medicación". En: Modulo IV Formación continuada en farmacoterapia de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (S.E.F.H.). Madrid. Arán Ediciones, S.L.; 2007. p. 109-51.
2. Estrategia para la seguridad del paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2006
3. Otero MJ, Martín R, Robles MD, Codina C. Errores de medicación. En: Farmacia Hospitalaria, 3ª ed. Madrid 2002;713-47.
4. Durán García ME, Jiménez Muñoz AB, Martínez Fernández-Llamazares C, Cantero Caballero M, Sanjurjo Saéz M, Rodríguez Pérez P. Evaluación de un programa para la prevención de errores de prescripción y de transcripción en un hospital terciario 2005,15;3:31-41
5. Otero MJ. "Nuevas iniciativas para mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos en los hospitales". Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 323-339 N.º 3 · Mayo-Junio 2004
6. Soluciones para la seguridad del paciente; Centro colaborador de la OMS sobre soluciones para la seguridad del paciente
7. Ana Elisa Bauer de Camargo Silva; Silvia Elena de Bertoli Cassiani, Adriana Inocente Miaos; Simona Perufo Opitz; problemas de comunicación una posible causa de error de medicación, Acta Paul Enferm 2007;20(3):272-6
8. A. Campino Villegas; Mª. C. López Herrera, M. García Franco; I. López Heredia y Goya y A. Valls i Soler; Errores en la prescripción de medicación en una unidad de neonatal; Anales de pediatría (Barc) 2006; 64(4):330-5
9. Medication management guideline , approved and adopted Oct 2006, Revised 03/2007 Best practice Committee of the health care associations of New jersey
10. Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo MSPS Diciembre 2007