

Oscar Castañeda-Sánchez^{1a}, Lourdes Barraza-Gómez^{2b}, Dora Silvia Bajo-Insunza^{2c}, Raquel Ramos-Ramírez^{2d}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, Coordinación de Planeación y Enlace Institucional. Tlaxcala, Tlaxcala, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades, Jefatura de División de Calidad. Ciudad Obregón, Sonora, México

Comité Local de Investigación en Salud 2602 del IMSS con el número de registro R-2012-2602-52

Doi: 10.5281/zenodo.18020296

Resumen

ORCID

0000-0002-9995-583X^a

0009-0000-3372-875X^b

0009-0001-9684-6996^c

0000-0002-0927-9090^d

Introducción: los errores de medicación son prevenibles y sus efectos pueden causar daño al paciente hospitalizado. El proceso de medicación incluye las fases de prescripción y transcripción, las cuales se interrelacionan en la práctica de los profesionales de la salud.

Objetivo: describir los errores frecuentes en las fases de prescripción y transcripción del proceso de medicación en pacientes hospitalizados.

Metodología: estudio descriptivo transversal en el que se analizaron 105 expedientes clínicos. Se revisó el proceso de medicación para identificar errores en la prescripción consignada en la nota médica y en la transcripción registrada en la hoja de registros clínicos de enfermería. Las variables analizadas fueron servicio, categoría, turno, tipo de prescripción y tipos de errores. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: en la fase de prescripción, el error por omisión más frecuente fue el registro de la presentación del medicamento (87.7%), seguido de la omisión del nombre (44%) y de la firma del médico (60.2%). En la fase de transcripción, los errores más frecuentes fueron la omisión de la presentación del medicamento (77.2%), la ilegibilidad (25.8%), la omisión del nombre del paciente (12.5%), la transcripción de medicación sin prescripción (6.7%) y el registro de medicamentos con nombres similares (1%).

Conclusiones: existe una correlación positiva débil, pero significativa, entre la prescripción y la transcripción; no obstante, la prevalencia de error por ilegibilidad fue elevada en la fase de transcripción.

Palabras clave (DeCS):

Prescripciones de Medicamentos
Medicamentos bajo Prescripción
Errores de Medicación
Registros Médicos
Registros de Enfermería

Abstract

Introduction: Medication errors are preventable, and their effects may cause harm to hospitalized patients. The medication-use process includes the prescribing and transcribing phases, which are interrelated in healthcare professionals' practice.

Objective: To describe the most frequent errors in the prescribing and transcribing phases of the medication-use process in hospitalized patients.

Methodology: A descriptive cross-sectional study in which 105 medical records were analyzed. The medication-use process was reviewed to identify errors in prescribing documented in the medical notes and in transcribing recorded on nursing clinical record sheets. The variables analyzed were service, category, shift, type of prescription, and types of errors. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

Results: In the prescribing phase, the most frequent omission error was failure to record the medication formulation (87.7%), followed by omission of the physician's name (44%) and signature (60.2%). In the transcribing phase, the most frequent errors were omission of the medication formulation (77.2%), illegibility (25.8%), omission of the patient's name (12.5%), transcription of medications without a prescription (6.7%), and recording of medications with similar names (1%).

Conclusions: There is a weak but statistically significant positive correlation between prescribing and transcribing; however, the prevalence of illegibility errors was high in the transcribing phase.

Correspondencia:

Oscar Castañeda Sánchez

Correo electrónico:

dr.oscarcastanedas@gmail.com

Fecha de recepción:

24/06/2025

Fecha de aceptación:

10/10/2025

Introducción

El propósito de un plan terapéutico para la prescripción de medicamentos es contribuir a la curación y a la reducción de las molestias, mejorando la condición de salud del paciente. Con base en el uso seguro de los medicamentos, se evitan los errores de medicación,¹ los cuales son considerados eventos adversos y un problema de salud pública² debido al incremento de las muertes hospitalarias. Los errores de medicación se clasifican en menores —sin causar daño— y mayores, que provocan daños graves e incluso la muerte; además, se asocian con costos sanitarios y sociales más amplios.³

Los errores de medicación se han definido como “*cualquier evento prevenible que pueda causar o conducir a un uso inadecuado de medicamentos o daños al paciente, mientras el medicamento está bajo el control del profesional de la salud, el paciente o el consumidor*”⁴.

Los errores de medicación están relacionados con la práctica de los profesionales de la salud.⁵ Pueden presentarse en cualquiera de las fases del sistema de medicación,⁶ desde la prescripción,⁷ la transcripción, validación, preparación, distribución y administración.⁸ Los errores pueden ocurrir en cualquiera de estas fases.⁹ Se ha reportado una prevalencia del 9.1% al 17% en hospitales de México;¹⁰ el 27% de los pacientes ambulatorios ha presentado eventos adversos a la medicación,¹¹ como factor asociado a una de cada 854 muertes de pacientes hospitalizados,¹² lo cual representa un costo mundial de 42 000 millones de dólares anuales.¹³

Uno de los errores más comunes ocurre durante la prescripción,¹⁴ donde inicia el proceso de medicación, entendido este como el momento de la atención en el que el profesional médico selecciona el fármaco idóneo y lo registra de forma manual o electrónica en el formato de indicaciones.¹⁵ En esta etapa, el factor de ilegibilidad puede generar una interpretación equivocada y un cambio en el medicamento prescrito.¹⁶ A su vez, la elección del medicamento debe ser adecuada a las necesidades clínicas del paciente, con la dosis correcta y por un periodo de tiempo sustentado.¹⁷

La prescripción representa un punto relevante en el sistema de medicación, ya que constituye más del 50% de los errores de medicación.¹⁸ El personal de enfermería es el encargado de transcribir la prescripción de medicamentos de la hoja de indicaciones médicas a la hoja de enfermería;¹⁹ la transcripción es un error común y representa el 0.2% de esta fase.^{20,21} Las múltiples transcripciones au-

mentan la posibilidad de errores de medicación, de forma que constituyen una de las principales causas de eventos adversos en pacientes hospitalizados,^{22,23} ocasionando un aumento en la estancia hospitalaria y un incremento en los costos de atención.²⁴

Con base en la declaración de la Organización Mundial de la Salud respecto a la seguridad de la medicación, así como en el tercer desafío mundial para la seguridad del paciente,²⁵ además de considerar los sistemas electrónicos para la prescripción de medicamentos y el aporte tecnológico en la prevención de eventos adversos,²⁶ se estableció el presente estudio.

Por lo anterior, el propósito fue describir los errores frecuentes en las fases de prescripción y transcripción del proceso de medicación en pacientes hospitalizados.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal de 105 expedientes clínicos, que incluyó notas médicas y hojas de registros de enfermería. Se excluyeron los casos en los que no se encontraron ambos documentos.

El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula de proporción para poblaciones infinitas, con un intervalo de confianza del 95%, con un margen de error del 10% y precisión del 5%.

En los casos seleccionados se revisaron conjuntamente la nota médica y la hoja de registros clínicos y esquemas terapéuticos de enfermería. Para la recolección de los datos se diseñó una lista de verificación con base en los estándares del Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General, Estándares para implementar el modelo en hospitales, 2015 (**cuadro I**).

En las transcripciones correspondientes al Modelo de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiN-aCEAM), de los Estándares para implementar el modelo en hospitales (2018), y en seguimiento al procedimiento, se evaluaron los siguientes aspectos:

1. Verificación y registro, en ambos documentos, del nombre del paciente, número de seguridad social (como datos de identificación), nombre del medicamento, presentación, dosis, vía y frecuencia de administración; en su caso, volumen de infusión o concentración, dilución o diluyente y tiempo de infusión, además del registro del número de ciclo en la prescripción de antibióticos y la duración del tratamiento.

Cuadro I Sistemas críticos para la Seguridad del paciente – Manejo y uso de los medicamentos (MMU)

Estándar	Descripción	Propósito	Elementos medibles
MMU.6	Se ha definido un proceso para la prescripción segura de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • El personal médico, de enfermería, de farmacia y administrativo colabora para diseñar y controlar dicho proceso. • El personal está capacitado en las prácticas correctas para prescribir. • Como las prescripciones de medicamentos ilegibles, incompletas o confusas ponen en peligro la seguridad del paciente y podrían retrasar el tratamiento. • La organización define acciones para prevenir errores y cuasi fallas de medicación relacionadas con la ilegibilidad de la prescripción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha implementado un proceso que guía las acciones a seguir ante la prescripción de medicamentos incompleta, ilegible o confusa. • El personal relacionado está capacitado en las prácticas correctas para prescribir. • El personal relacionado está capacitado en las acciones a seguir ante la prescripción de medicamentos ilegible, confusa o incompleta.
MMU.6.1 (Estándar indispensable)	Existe un proceso para la prescripción completa de medicamentos basado en las barreras de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la variabilidad y mejorar la seguridad del paciente. • La organización define cómo deben de realizarse las prescripciones para que sean completas y generen alertas que disminuyan la probabilidad de que se presenten errores de medicación a partir de esta fase. 	<p>Se define un proceso para la prescripción completa y segura de medicamentos que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos necesarios para identificar al paciente con exactitud. • Requisitos de cada prescripción de medicamentos acorde a la legislación aplicable vigente. • Utilización segura de prescripción “por razón necesaria” y/o “previa valoración médica”. <p>Requisitos especiales para prescribir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos con aspecto o nombre parecidos. • Medicamentos de alto riesgo. • Medicamentos que se basan en la dosis por peso o por área de superficie corporal. • Medicamentos que el paciente puede autoadministrar. • Medicamentos que el paciente trae consigo. • Muestras de medicamentos. • Tipos especiales permitidos (urgentes, permanentes, suspensión automática, entre otros). <p>Las prescripciones de medicamentos se realizan acorde al proceso definido por la organización.</p>
MMU.6.3 (Estándar indispensable)	Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de error	<ul style="list-style-type: none"> • La transcripción es el proceso mediante el cual las indicaciones plasmadas por el personal autorizado por la organización (prescripción), son escritas en otro documento (por ejemplo, de las indicaciones médicas al kárden de enfermería, de una indicación médica al perfil farmacoterapéutico, actualización de indicaciones, entre otros). • El personal médico, de enfermería, farmacéutico y administrativo colabora para identificar aquellos momentos en donde se realizan las transcripciones y los plasman en un listado. • Se define el proceso para disminuir la probabilidad de error en estas transcripciones. • El personal está capacitado en las prácticas correctas para transcribir la prescripción, ya sea personal de enfermería, médico en formación, químico, nutriólogo o por personal médico autorizado para realizarlo. Establecer las acciones para disminuir los riesgos identificados y prevenir errores de medicación. 	<p>La organización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificó y realizó un listado en donde se definen los momentos en que se realizan transcripciones de medicamentos. • Ha definido un proceso para transcribir de manera segura. • Ha implementado un proceso que guía las acciones a seguir ante transcripciones incompletas, ilegibles o confusas. <p>Capacita al personal relacionado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con las prácticas correctas para transcribir. • Con las acciones a seguir ante transcripciones de medicamentos ilegibles, confusas o incompletas.

Fuente: Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General. Estándares para implementar el modelo en hospitales, 2015

- Revisión del uso de abreviaturas (nombre del medicamento, presentación, dosis o vía de administración), ilegibilidad de los registros, registro de la fecha, nombre del médico y de la enfermera, así como la firma de ambos.
- En el caso de la transcripción, revisión de medicamentos con nombres similares en el mismo formato, registro de medicamentos sin prescripción y omisión de medicamentos prescritos.

El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética 2602 de la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades “Lic. Luis Donaldo Colosio Murrieta” del IMSS, en Ciudad Obregón, Sonora. Registro número R-2012-2602-52.

Los datos fueron capturados y codificados en una base de datos, y analizados con ayuda del paquete estadístico SPSS para Windows, utilizando frecuencias y proporciones para las variables cualitativas.

Resultados

Del total de 105 expedientes, se revisaron conjuntamente la nota médica y la hoja de registros clínicos y esquemas terapéuticos de enfermería. La mayor proporción correspondió a los servicios de cardiología (38.1%), medicina interna (21%) y ortopedia (18.1%). Solo tres expedientes (2.9%) correspondieron al turno vespertino; el resto correspondió al turno matutino ([figura 1](#)).

El 89.5% (94) de las notas se realizaron en formato electrónico, el 3.8% (4) de forma manual y el 6.7% (7) en ambas modalidades. En el 5% de las notas se identificaron omisiones en el registro del nombre del paciente (1%) y del número de seguridad social (3.8%).

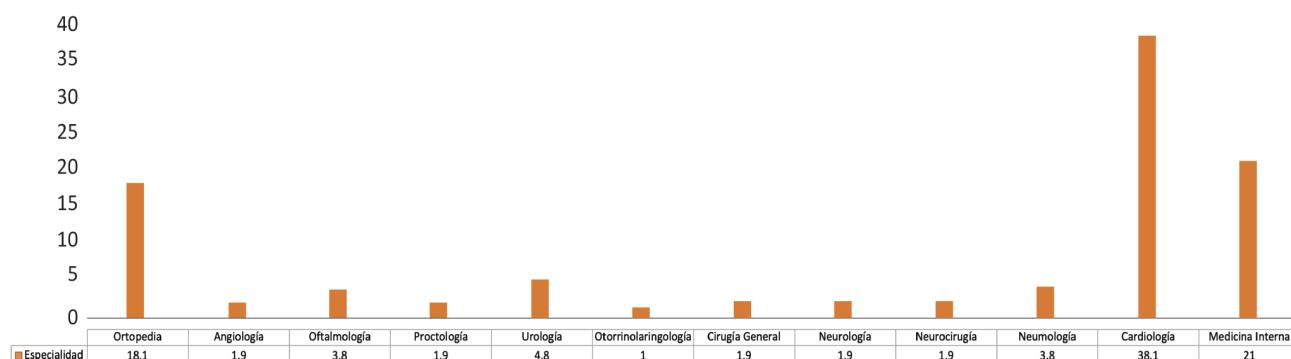
Respecto al registro de los datos generales de los medicamentos, la presentación se consignó en el 12.4% (13) de los casos; la dosis y la vía de administración, en el 98.1% (103); y la frecuencia de administración, en el 100% (105). Otros datos, como volumen de infusión, dilución o diluyente y tiempo de infusión, se registraron en el 8.6% (9) del total de los casos.

De los 68 casos (64.8%) en los que se prescribieron antibióticos, en 60 (88.2%) se registró el número de ciclo y en 3 (4.4%) el tiempo de duración de la infusión. En todos los casos se identificaron abreviaturas en las notas, y solo en 6 (5.7%) fueron ilegibles. En el total de las notas, el médico registró la fecha; consignó su nombre en 59 (56.2%) y su firma en 42 (40%). En 13 casos (12.4%) se registró otro tipo de anotación.

En la [figura 2](#) se presentan cuatro prescripciones especiales; la más frecuente fue el esquema de insulina (61.5%), seguida de las prescripciones por razón necesaria (23.1%) y, con un 7% cada una, mismas indicaciones y falta de conciliación.

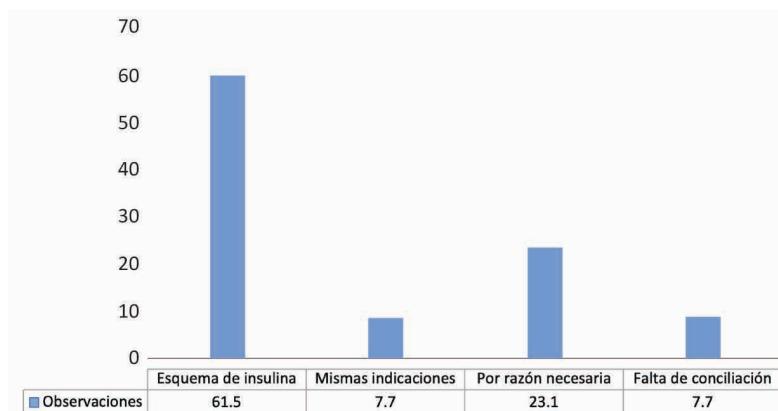
La transcripción de la prescripción en la hoja de registros clínicos de enfermería fue realizada en el 50.5% (53) de los casos por personal auxiliar de enfermería y en el 49.5% (52) por enfermeras generales o especialistas. En todos los casos, el registro se realizó de forma manual e incluyó el nombre del paciente y el número de seguridad social. En 24 (22.9%) casos se registró la presentación del fármaco; en 104 (99%), la dosis; y en el 100% de los casos, la vía y la frecuencia de administración. En todos los registros se identificaron abreviaturas, y la ilegibilidad estuvo presente en 27 (25.7%) de ellos. En la prescripción de antibióticos, en 46 (67.7%) casos se registró el número de ciclo. El total de los registros en la hoja de enfermería

Figura 1 Revisión de expedientes clínicos por servicio hospitalario (n = 105)



Fuente: elaboración propia

Figura 2 Prescripciones especiales identificadas en las notas (*n* = 105)



Fuente: Elaboración propia

incluyó la fecha; en 92 (87.6%), el nombre; sin embargo, no se consignó la firma ([cuadro II](#)).

Los errores de transcripción promediaron el 18.8%. Solo en un caso se registró un medicamento con nombre similar; en 7 (6.7%) casos, la transcripción del medicamento se realizó sin prescripción previa; y en 8 (7.6%) se identificó la omisión del medicamento ([cuadro III](#)).

Discusión

La implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica busca, como parte de la

cultura de calidad y seguridad del paciente, minimizar los eventos adversos y centinela.²⁷

La comprensión de los estándares para el manejo y uso de medicamentos tiene como finalidad vincular las acciones necesarias para el cumplimiento de las metas relacionadas y la mejora continua del proceso de farmacoterapia.²⁸

A diferencia de lo reportado por Jiménez Muñoz *et al.*,¹⁶ en el presente estudio no se aborda la prevalencia global de los errores del proceso de medicación o de sus fases; en cambio, se analizan las causas o momentos específicos de las fases de prescripción y transcripción que condicionan la presencia de errores.

Cuadro II Errores de prescripción por servicio hospitalario (*n* = 105)

Error de prescripción	Ortopedia	Angiología	Oftalmología	Proctología	Urología	Otorrinolaringología	Cirugía General	Neurología	Neurocirugía	Neumología	Cardiología	Medicina Interna
Nombre del paciente	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Número de seguridad social	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2.9	0
Presentación del fármaco	17.1	1.9	2.9	1.9	0	1	1.9	1.9	1.9	3.8	34.3	19.1
Dosificación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.9	0
Vía de administración	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.9	0
Ilegibilidad	0	0	0	0	0	0	0	0	1.9	0	3.8	0
Falta de nombre del médico	6.7	1	0	0	1.9	0	0	1	1	0	25.7	6.7
Falta de firma del médico	17.1	1.9	0	1	1	0	1.9	1	1	2.9	18.1	14.3

Fuente: elaboración propia

Cuadro III Errores de transcripción por servicio hospitalario (*n* = 105)

Error de transcripción	Ortopedia	Angiología	Oftalmología	Proctología	Urología	Otorrinolaringología	Cirugía General	Neurología	Neurocirugía	Neumología	Cardiología	Medicina Interna
Presentación del fármaco	17.1	1.9	3.8	1.9	4.8	1	1.9	1.9	1.9	3.8	21.9	15.3
Dosificación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Vía de administración	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ilegibilidad	1	0	0	0	0	0	1	0	1.9	1	11.4	9.5
Falta de firma de la enfermera	0	0	0	0	0	0	0	0	1.9	1	7.7	1.9
Transcripción sin prescripción	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1.9	1.9	1.9
Fármaco con nombre similar	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Omisión de medicamento	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.9	3.8

Fuente: elaboración propia

Por una parte, el análisis del cumplimiento de la prescripción, con base en una serie de requisitos, permite garantizar la seguridad del fármaco indicado, tales como el nombre del medicamento (genérico o comercial), cantidad, presentación, concentración, dosis y vía de administración, así como el nombre del médico, su matrícula y firma.²⁹

Por otra parte, la transcripción de la prescripción de medicamentos se enfoca en aspectos como la legibilidad y la fidelidad, así como en la omisión del registro de los medicamentos prescritos conforme a su presentación, concentración, dosis y vía de administración. Rivas y Bustos³⁰ documentan que el 3% de las transcripciones fueron ilegibles, el 4.4% no incluyó la totalidad de los medicamentos prescritos y, en el 2.6% de los casos, el personal de enfermería transcribió fármacos sin prescripción. Cabe señalar que, durante la transcripción, se identificó una acción incorrecta en el 20% de los casos, dos acciones incorrectas en el 5.6%, tres acciones incorrectas en el 4% y todas las acciones incorrectas en el 3.2%.³¹

Con la aplicación de los estándares MMU.6.1 y MMU.6.3 del sistema crítico de medicamentos, se identificaron aspectos susceptibles de mejora, así como los procedimientos y políticas correspondientes. De esta forma, con base en los resultados obtenidos, se evidencian errores de medicación tanto en la fase de prescripción como en la fase de transcripción.

En este estudio, un beneficio del uso de la tecnología fue que, en 94 de cada 100 notas, el registro se realizó de forma electrónica, lo cual contribuyó de manera notable

a la disminución de errores por ilegibilidad (menos de 1 de cada 10) y al cumplimiento general de los requisitos de prescripción. No obstante, es importante que el seguimiento y la continuidad de la prescripción se realicen también de forma electrónica, ya que se identificó que, en la valoración médica subsecuente, el registro de las prescripciones se realiza de manera manual e ilegible. Esta falta de registro subsecuente es considerada por otros autores como una deficiencia en la prescripción electrónica.²⁵

En el reporte de Casuriaga³² se documentan errores en la prescripción, tales como la falta de registro de fecha y hora, así como la omisión de datos de los medicamentos. Cabe señalar que, en el presente estudio, todas las notas de prescripción presentaron dichos registros, por lo que no se consideraron como variables de análisis.

Un requisito no documentado en otros estudios es el dato de la presentación del medicamento; en este estudio, este fue el error más frecuente en la fase de prescripción en los servicios de cardiología, medicina interna y ortopedia. La omisión en el registro correcto de este dato puede favorecer la incidencia de eventos adversos, debido a la amplia variedad de medicamentos con diferentes presentaciones y dosis similares, por lo que resulta relevante y necesario especificar si se trata de tableta, gragea, cápsula o ampolla. Este tipo de error se define como *omisión de componentes de la medicación*.²⁵

Con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, uno de los requisitos es la firma de la persona que prescribe. En este estudio, dicho requisito se identificó como error en 6 de cada 10

notas de prescripción en todos los servicios de hospitalización, con excepción de oftalmología y otorrinolaringología. De acuerdo con los estándares de calidad, otro requisito de la prescripción es el registro del nombre del médico(a), lo cual permite corroborar si cuenta con la autorización para realizar la prescripción y, en conjunto con la firma, verificar si el médico adscrito revisó y avaló la prescripción del personal médico en formación o especialización. La omisión del nombre y la firma de quien prescribe se considera un incumplimiento del protocolo, relacionado con falta de formación, procesos de prescripción no estandarizados o conocimientos inadecuados.²⁵ Linden *et al.*²⁶ lo consideran fallas en el uso y en las habilidades de los prescriptores.

De acuerdo con Abdel *et al.*,¹⁵ los servicios hospitalarios con mayor frecuencia de errores de prescripción fueron cardiología y medicina interna. Grow Volpe *et al.*³³ reportan la ausencia del nombre y la firma del médico en el 98.3% de los casos revisados; esta situación ha mejorado con la prescripción electrónica en lo que respecta al nombre, aunque no así para la firma.

En cuanto a los errores en la fase de transcripción, el registro de la vía de administración es uno de los más documentados en la literatura.³¹ Al igual que en la prescripción, la falta de registro de la presentación del medicamento fue el error más frecuente, seguido de la omisión en el registro de medicamentos y de la transcripción de medicamentos no prescritos. Al respecto, Kuitunen *et al.*³⁴ argumentan que estos errores pueden repetirse hasta diez veces.

En relación con los requisitos de los estándares de calidad y la NOM del expediente clínico, un error frecuente es la omisión del nombre y la firma de la enfermera que transcribe. En el caso del registro en la hoja de enfermería, el error por ilegibilidad debe considerarse debido a que este se realiza de forma manual.

Tal como lo comentan Rivas *et al.*,³⁰ la ilegibilidad, a pesar de presentar una correlación positiva débil, puede ser un factor asociado a la presencia de errores, no solo en la transcripción, sino también en la dispensación y administración de medicamentos. Lugo *et al.*³⁵ reportan una ilegibilidad del 5% de los casos estudiados en un periodo de seis meses. Por ello, el uso de expedientes o sistemas electrónicos incrementa la seguridad en el uso de medicamentos, avala la capacidad de la prescripción electrónica y contribuye a la reducción de errores médicos.³⁶

El proceso de prescripción incluye requisitos especiales que, al no ser explícitos, pueden favorecer la presencia

de errores en la medicación. En particular, se evaluaron cuatro requisitos: a) regímenes insulínicos, b) indicaciones por causa necesaria, c) “mismas indicaciones” y d) falta de conciliación.

En estudios como el de Jiménez *et al.*¹⁶ se reporta una prevalencia de errores de medicación del 4.79% en la fase de prescripción y del 14.61% en la fase de transcripción; en ambos casos, la prevalencia es menor a la observada en el presente trabajo. Bohórquez *et al.*²⁴ señalan que, en una revisión de 53 expedientes, los errores por omisión se presentaron en 1 de cada 100 casos; de estos, los más frecuentes fueron la omisión del registro de dosis (20.3%) y de la vía de administración (86.1%). El registro de la dosis es un dato que también se reporta en el estudio de Osmani *et al.*¹⁴

Las intervenciones enfocadas a minimizar los errores de medicación son necesarias;²⁵ la prescripción electrónica representa una alternativa eficaz para reducir los eventos adversos relacionados con la prescripción y la transcripción.³⁷ Garantizar la seguridad en el uso de los medicamentos es esencial para el logro de resultados óptimos en materia de salud.³⁸

Conclusiones

Existe una correlación positiva débil, pero significativa, entre la prescripción y la transcripción; no obstante, la prevalencia de error por ilegibilidad fue elevada en la fase de transcripción.

En la fase de prescripción, son frecuentes los errores por omisión en el registro de la presentación del medicamento, así como del nombre y la firma del médico. En la fase de transcripción, predominan los errores por omisión en el registro de la presentación del medicamento y de flexibilidad.

Puede considerarse que no haber tenido en cuenta el número de medicamentos por hoja de prescripción favorece la presencia de errores en la transcripción; es decir, la evaluación de las generaciones de transcripción constituye un factor que puede incrementar el error, al igual que el número de matriculaciones por especialidad.

Este tránsito de la prescripción a la transcripción puede abordarse mediante un estudio longitudinal que permita el seguimiento temporal y la evaluación de prescriptores y transcriptores, así como el análisis de los factores humanos, procesuales y materiales que influyen en la prevalencia de errores.

Referencias

1. Machado-Duque ME, Machado-Alba JE, Gaviría-Mendoza A, et al. Detección de errores de medicación mediante un programa de seguimiento y minimización en pacientes ambulatorios de Colombia, 2019-2019. *Biomed.* 2021;40(1):79-86. Disponible en: <https://doi.org/10.7705/biomedica.5544>
2. Poblete-Troncoso MC, Miño-González CG, Marchant-Fuentes C, et al. Sobrecarga, equivocación, falta de capacitación: factores contribuyentes en errores de medicación en un hospital público chileno. *Index Enferm.* 2020;29(3):112-6.
3. Elliot RA, Camacho E, Jancovik D, et al. Economic Analisys of the prevalence and clinical and economic burden of medication error in England. *BMJ Qual Staf.* 2021;30:96-105. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010206>
4. Oñatibia-Astibia A, Aizpurua-Arruti X, Malet-Larrea A, et al. El papel del farmacéutico comunitario en la detección y disminución de los errores de medicación; revisión sistemática exploratoria. *Ars Pharm.* 2021;62(1):15-39.
5. Bohórquez-Moreno C, Manotas-Castellar M, Ríos-Paternina A, et al. Errores de medicación en pacientes hospitalizados: una revisión sistemática. *Ars Pharm.* 2021;62(2):203-2018. Disponible en: <https://doi.org/10.30827/ars.v62i2.16166>
6. Castro-González LV, Martínez-Contreras AM, Caro VJ, et al. Errores de medicación en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. *Med Int Mex.* 2020;36(6):751-8. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/mim.v36i6.3410>
7. Torres Y, Rodríguez Y, Pérez E. Procedimiento para el análisis y la prevención de errores de medicación usando el enfoque de la ergonomía. *Rev Fac Nac Salud Publica.* 2022;1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp>
8. Verduguez-Guzmán B, Gómez-Verduguez CA. Errores en el registro de datos del sistema hospitalario de distribución de medicamentos. *Rev Cient Cienc Med.* 2021;24(1):37-42.
9. Garrido-Carro B, Otero MJ, Jiménez-Lozano I, et al. Errores de medicación en niños que acuden a los servicios de urgencias pediátricas. *Farm Hosp* 2023;47(4):141-147. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.farma.2023.06.001>
10. Ayuso del Valle NC, González-Camid N, Villegas-Macedo FF, et al. Impacto del servicio de farmacia en la disminución de errores de medicación en pediatría. *Rev OFIL-ILAPHAR.* 2021;31(2):161-165. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-714X2021000200009>
11. Young R, Fulda K, Espinoza A, et al. Ambulatory medication safety in primary care: a systematic review. *J Am Board Fam Med.* 2022; 35(3):610-28. Disponible en: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.03.210334>
12. Fajreldines A, Bazzano M, Pellizzari M. Una estrategia para reducir el error de prescripción de medicamentos en pacientes hospitalizados. *Medicina.* 2021;81(2):224-8.
13. Pilquino-Cárcamo AM, Vieira-Tourinho FS, Fávero-Alves T. Factores de riesgo en errores de medicación en un hospital público chileno de alta complejidad. *Texto Contexto Enfermagem.* 2020;29(Spe):1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0241>
14. Osmani F, Arab ZM, Shahali Z, Lotfi F. Evaluation of the effectiveness of electronic prescription in reducing medical and medical errors (systematic review study). *Ann Pharm Fr.* 2023;81:433-45. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2022.12.002>
15. Abdel RW, Mardawi G, Obaidat A, et al. Prescribing errors in an ambulatory care setting: mitigating risks in outpatient medication or-
- ders, cros-sectional review. *Glob J Qual Saf Health.* 2024;7(4):175-81. Disponible en: <https://doi.org/10.36401/JQSH-24-2>
16. Jiménez-Muñoz AB, Martínez-Mondéjar B, Muñoz-Miguez A, et al. Errores de prescripción, transcripción y administración según grupo farmacológico en el ámbito hospitalario. *Rev Esp Salud Pública.* 2019;93:1-14.
17. Rebouças-de Souza AF, de Queiroz JC, Nunes-Vieira A, et al. Os erros de medicação e os fatores de risco associados a sua prescrição. *Enferm Foco.* 2019;10(4):12-16.
18. Salvador-Ortega MJ. Cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción de medicamentos en recetas atendidas en el hospital público de Lima. *Rev Peru Investig Matern Perinat.* 2021;10(3):25-9. Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.2021247>
19. Moncada-Gómez K, Febré-Vergara N. Uso de abreviaturas inseguras en la prescripción médica y errores de medicación: una revisión narrativa. *Rev Med Chile.* 2020;148(6):842-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/50034-98872020000600842>
20. Romero-Gutiérrez DL, Almiray-Soto AL, Ensaldó-Carrasco E. Intervenciones en la administración de medicamentos de alto riesgo. *Rev CONAMED.* 2020;25(2):95-97. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/94393>
21. Carrasco-Fernández JA, Diaz-Manchay RJ, Cervera Vallejos MF, et al. Percepción de las enfermeras sobre la seguridad durante la administración de fármacos al niño hospitalizado. Ene. 2021;15(1):1-25.
22. Camacho E, Gavan S, Keers RN, et al. Estimating the impact on patient safety of enabling the digital transfer of patients' prescription information in the english NHS. *BMJ Qual Saf.* 2024;33:726-37. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2023-016675>
23. Rincón-Alarcón AC, Guerrero-Coronel MP, Villalón-Muñoz PA. Errores de medicación como principales discrepancias de conciliación farmacéutica en un hospital de Ecuador. *Rev Cuabana Farm.* 2022; 55(1):1-13.
24. Bohórquez-Moreno C, Suárez Rivera M, Molinares-Ávila A, et al. Errores de prescripción e interacciones farmacológicas en personas adultas hospitalizadas en una unidad de cuidados intensivos en Barranquilla (Colombia). *Rev Esp Salud Pública.* 2023;(97):2-10.
25. Naseralallah L, Stewart D, Price M, et al. Prevalence, contributing factors, and interventions to reduce medication errors in outpatient and ambulatory settings: a systematic review. *Int J ClinPharm.* 2023; 45(6):1359-77. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11096-023-01626-5>
26. Lindén LC, Kivivuori SM, Lehtonen L, et al. Implementing a new electronic health record system in a university hospital: the effect on reported medication errors. *Healthcare.* 2022;10:1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare10061020>
27. Quiroz-Flores CP. La gestión de equipo médico en los retos del Sistema Nacional de Salud: una revisión. *Rev Mex Ing Biomed.* 2020; 41(1):141-50.
28. Herrera-Huerta EV, Pacheco-Ramón LA, Escutia-Gutiérrez R, et al. Certificación de hospitales en México: estándares internacionales. *Rev Med Univ Costa Rica.* 2015;9(1):12-19.
29. Vera-Carrasco O. Uso racional de medicamentos y normas para las buenas prácticas de prescripción. *Rev Med La Paz.* 2020;26(2):78-93.
30. Rivas RE, Rivas LA, Bustos LM. Errores en prescripción y transcripción de medicamentos endovenosos en servicios pediátricos, Hospital Dr. Hernán Enríquez Aravena, Temuco, 2008-2009. *Rev Med Chile.* 2010;138(12):1524-9.
31. Rivas RE, Rivas LA, Bustos ML. Bioseguridad en la prescripción y

- transcripción de terapia medicamentosa endovenosa. Cienc Enferm. 2010;16(2):47-57.
32. Casuriaga A, Giachetto G, Gutiérrez S, et al. Auditoría de historias clínicas: una herramienta de evaluación de la calidad asistencial. Hospital Pediátrico – Centro Hospitalario Pereira Rossell. Arch Pediatr Urug. 2018;89(4):242-50. Disponible en: <https://doi.org/10.31134/ap.89.4.3>
33. Grou-Volpe CR, Magalhães-de Melo EM, Barbosa-de Aguiar L, et al. Factores de riesgo para errores de medicación en la prescripción electrónica y manual. Rev Latino-Am Enfermagem. 2016;24:1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0642.2742>
34. Kuitunen S, Niittynen I, Airaksinen M, et al. Systemic causes of in hospital intravenous medication errors: a systematic review. J Patient Saf. 2021;17(8):1660-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000632>
35. Lugo G, Maidana G, Acostan P, et al. Errores en las prescripciones de pacientes ambulatorios recibidos en la farmacia interna de un centro asistencial público. Rev Cs Farm Bioq. Disponible en: 2018; 6(2):51-62.
36. Fernández-Oliviera C, Martínez-Roca C, Ávila-Álvarez A, et al. Impacto de la implantación de la prescripción electrónica asistida en la seguridad del paciente pediátrico. An Pediatr. 2020;93(2):103-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.12.018>
37. Cassidy C, Boulos L, McConnell E, et al. E-prescribing and medication safety in community settings: a rapid scoping review. Explor Res Clin Soc Pharm. 2023;12:1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2023.100365>
38. Um I, Clough A, Tan E. Dispensing error rates in pharmacy: a systematic review and meta-analysis. Res Social Adm Pharm. 2024;20(1):1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2023.10.003>

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Castañeda-Sánchez O, Barraza-Gómez L, Bajo-Insunza DS et al. Tránsito de la prescripción a la transcripción: errores frecuentes en el proceso de medicación de pacientes hospitalizados. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2026;34(1):e1561. doi: 10.5281/zenodo.18020296