

Seguridad del Paciente

SECCIÓN A CARGO DE *SUBCOMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE*

Errores de medicación: Una inquietud a nivel mundial

Los errores relacionados con la medicación causan la muerte de una persona al día y dañan a 1,3 millones de personas al año, sólo en Estados Unidos, según datos aportados por la OMS.

En países menos desarrollados pareciera que el impacto es dos veces mayor. El costo mundial asociado a los errores de medicación se estima en 42 mil millones de dólares anualmente, es decir, alrededor del 1% del gasto sanitario mundial.

Tal es la preocupación por las cifras mencionadas que dicha organización ha realizado, el 29 de marzo de este año, el lanzamiento de su tercera iniciativa mundial llamada "*Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge*", a fin de reducir en un 50%, en 5 años, los daños graves y evitables asociados a los medicamentos. Las anteriores iniciativas desarrolladas se denominaron *Clean Care is Safer Care* en el año 2005 y la segunda *Safe Surgery Saves Lives* en el 2008.

Se define error¹ como un fallo ante una acción que no se completa como se planeó (error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para cumplir un objetivo (error de planeamiento). Un error puede suceder por comisión o por omisión.

Error de medicación es cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios, del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado,

envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización².

Por otro lado, una reacción adversa a un medicamento (RAM) se define como "todo efecto perjudicial y no deseado que se presenta después de la administración de un medicamento a las dosis normalmente utilizadas en seres humanos para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o con objeto de modificar su función biológica"³. Las RAM no suponen un mal uso de los medicamentos, es decir, que no se producen por un error.

Los errores de medicación pueden ocurrir en cualquiera de las siguientes etapas⁴: prescripción, transcripción, dispensación, administración y monitorización (*Ver Tabla 1*).

Las causas de los errores obedecen a múltiples factores que tienen relación con la organización, procedimientos y condiciones de trabajo. El ISMP (Institute of Safe Medications Practice) tiene un programa de notificación de errores de medicación (MERP) de donde se extraen las principales causas de errores de medicación:

- Falta de información sobre los pacientes.
- Falta de información sobre los medicamentos.
- Factores ambientales y sobrecarga de trabajo.
- Problemas de transcripción de las prescripciones médicas y otros problemas de comunicación.
- Problemas en el etiquetado, envasado y denominación de los medicamentos. Medicamentos LASA (Look-alike-sound-alike)
- Sistemas de almacenamiento, preparación y dispensación de medicamentos deficientes.
- Problemas con los sistemas de administración de los medicamentos.
- Falta de formación e implantación de medidas de seguridad en el uso de medicamentos.
- Falta de información a los pacientes sobre los medicamentos.

Diversas organizaciones mundiales, particularmente de Estados Unidos, que se dedican a la seguridad del paciente y tienen gran experiencia en esta temática, han diseñado una tabla con re-

Subcomité de Seguridad del Paciente HNRG.

Integrantes: MIRIAM AGUIRRE, CLAUDIA BERRONDO, VIRGINIA BIERMAYR, PAULINA CENDRERO, MARCOS CHUNFLIN, MARÍA INÉS FERNÁNDEZ ACHAVAL, JOSEFINA FERNÁNDEZ DÍAZ, MÓNICA GAREA, JULIA GRUNBAUM, IN JA KO, MARÍA ANA MEZZENZANI, ANA NIEVA, CECILIA ROBLEDÓ, SILVIA ROUCH, SILVANA SALERNO, FABIÁN SALGUEIRO, ANGELA SARDELLA, LORENA TORREIRO.

Contacto: subcomiteseguridadhnr@gmail.com

Tabla 1. Tipo de errores de medicación. Clasificación de la ASHP.

ERROR RELACIONADO CON:	DEFINICIÓN
La prescripción	1) A la hora de prescribir el medicamento: error al cambiar la vía de administración, error de las dosis comercializadas del medicamento prescrito, error en la frecuencia de administración, error de dosis en el paso de vía endovenosa a vía oral. 2) Prescripción incompleta, ambigua, escritura ilegible, así como utilización inadecuada de abreviaturas. 3) Orden escrita en la historia de un paciente erróneo. 4) Procedimiento inadecuado (p.e. modificar una orden después de enviada a farmacia en los servicios con dosis unitarias).
La transcripción de orden médica	1) Identificación errónea del paciente. 2) Error en el mismo proceso de transcripción. 3) Error de interpretación de la orden médica. 4) Fallo o retraso en enviar la orden a Farmacia.
La dispensación	1) Medicación dispensada incorrectamente o no dispensada. 2) Interpretación errónea de la orden de tratamiento. 3) No comprobación de la fecha de caducidad, o etiquetado incorrecto.
La administración	1) Medicación mal colocada en la unidad de hospitalización. 2) Identificación inadecuada del paciente. 3) Medicación incorrecta y/o Forma farmacéutica equivocada. 4) Errores en la preparación del medicamento. 5) Administración de una dosis mayor o menor que la prescrita, o dosis duplicadas. 6) Administración de la medicación fuera del período de tiempo preestablecido en el horario programado de administración. 7) Error en la técnica de administración. 8) Avería de los equipos de administración.
El fabricante	1) Similitud en el nombre registrado o genérico. 2) Errores de etiquetado o envasado parecido o inadecuado.
El entorno	1) Conflictos de asignación. 2) Interrupciones. 3) Cambios de turnos. 4) Entrenamiento insuficiente. 5) Excesiva carga de trabajo. 6) Falta de normalización del procedimiento. 7) Violación de normas de procedimiento. 8) Falta de información sobre condiciones particulares del paciente.
El cumplimiento	1) Conducta inapropiada del paciente en cuanto a cumplimiento de la medicación pautaada.

Recomendación	Recomendado por
1. Adoptar una cultura de seguridad enfocada a la mejora del sistema que incluya la implantación de un programa voluntario de notificación de errores.	AHA, AHRQ, ASHP, GAO, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA
2. Estandarizar la prescripción médica.	AHA, IHI, IOM, ISMP, JCAHO
3. Estandarizar otros procedimientos: horarios de administración, límites de dosis, envasado y etiquetado, almacenamiento, etc.	AHA, GAO, IHI, IOM, ISMP, JCAHO
4. Estandarizar los equipos de infusión.	AHA, IHI, IOM, ISMP
5. Suministrar los medicamentos intravenosos de alto riesgo preparados desde el Servicio de Farmacia.	AHA, IOM, ISMP, JCAHO, MHA
6. Desarrollar protocolos de uso y procedimientos especiales para manejar los medicamentos de alto riesgo.	AHA, AHRQ, GAO, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA
7. Asegurar la disponibilidad continuada de asistencia farmacéutica.	AHA, ASHP, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA
8. Incorporar un farmacéutico clínico al equipo asistencial.	AHA, AHRQ, ASHP, IHI, IOM, ISMP, GAO
9. Hacer accesible la información más relevante sobre el paciente en todas las unidades asistenciales.	IHI, IOM, ISMP, JCAHO
10. Asegurar la disponibilidad de información actualizada sobre medicamentos.	AHA, ASHP, GAO, IHI, ISMP, JCAHO, MHA
11. Educar a los pacientes sobre su tratamiento.	AHA, ASHP, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA
12. Establecer un sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias.	AHA, AHRQ, ASHP, GAO, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA
13. Establecer la prescripción electrónica y a ser posible la prescripción asistida.	AHA, AHRQ, ASHP, GAO, IHI, IOM, ISMP, MHA
14. Implementar nuevas tecnologías que permitan mejorar los procesos de dispensación y administración.	AHA, AHRQ, ASHP, GAO, IOM, ISMP, MHA

AHA: American Hospital Association; ASHP: American Society of Health-System Pharmacists; AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality; GAO: General Accounting Office, Health, Education and Human Services Division; IHI: Institute for Healthcare Improvement; IOM: Institute of Medicine, Committee on Quality Health Care in America; ISMP: Institute for Safe Medication Practices; JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; MHA: Massachusetts Hospital Association.

comendaciones generales para evitarlos o minimizarlos, como puede verse a continuación:

“Prevenir los errores de medicación ahorra dinero y salva vidas”, dijo Margaret Chan, directora general de la OMS, en el lanzamiento de esta tercera iniciativa el 29 de marzo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Preventing Medication Errors. The National Academy Press. 2006. www.nap.edu.
2. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Instituto para el uso seguro de los medicamentos Grupo Ruiz-Jarabo 2000. Terminología disponible en <http://ismp-espana.org/ficheros/FICHERO26.pdf>. visto 27/03/2017.
3. Idem 2.
4. Sukhmeet S. Panesar Andrew Carson-Stevens Sarah A. Salvilla Azi Sheikh. Patient Safety and Healthcare Improvement at a Glance. Wiley Backwell 2014.
5. Otero López, MG. Errores de Medicación y Gestión de Riesgos. Revista Española de Salud Pública. Vol.77 Nº 5. Oct. 2003.