

Seguridad del paciente

SECCIÓN A CARGO DEL COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE HNRG^a

17 de setiembre de 2022 - Día Mundial de la Seguridad del Paciente September 17th 2022 - World Patient Safety Day

JULIA GRUNBAUM^b

El Día Mundial por la Seguridad del Paciente, 17 de setiembre, es uno de los días dedicados por la OMS a la salud pública mundial. Fue instituido en 2019 por la 72^a Asamblea Mundial de la Salud.

El lema de este año recuerda los daños evitables,¹ en la atención de la salud, producidos por errores de medicación y prácticas poco seguras con los medicamentos. “*Medicación sin daños*” es el tercer reto mundial por la Seguridad del Paciente, lanzado en 2017.

Los errores de medicación se producen cuando las deficiencias de los sistemas donde los medicamentos intervienen y diversos factores humanos como la escasez de personal, las malas condiciones ambientales o el cansancio afectan a la seguridad del proceso de su utilización. Esto puede provocar al paciente graves daños, discapacidad e incluso a la muerte.

Entre los objetivos de este lema se encuentran:

- AUMENTAR la concienciación mundial sobre la elevada carga de daños debidos a errores de medicación y prácticas de medicación poco seguras, y ABOGAR por una acción urgente para mejorar la seguridad de la medicación.
- IMPLICAR a las principales partes interesadas y a los asociados en los esfuerzos por prevenir

los errores de medicación y reducir los daños relacionados con la medicación.

- EMPODERAR a los pacientes y las familias para que se impliquen activamente en el uso seguro de los medicamentos.
- AMPLIAR la aplicación del Reto Mundial de la OMS por la Seguridad del Paciente: **Medicación sin daño.**

Podemos recordar algunos de los casos emblemáticos de errores de medicación, los cuales nos sirven para no olvidarnos de las recomendaciones en las distintas instancias del uso de los medicamentos: selección, prescripción, almacenamiento, dispensación, administración y monitoreo.

EL CASO DE LIBBY ZION²

Libby Zion falleció por paro cardíaco en el New York Hospital en marzo de 1984, por la interacción de dos drogas: un antidepresivo que ella tomaba y la indicación de meperidina que realizó un residente de dicho hospital. Luego de las vicisitudes del juicio iniciado por su padre, un importante abogado y periodista, se pusieron en evidencia por un lado, la gran cantidad de horas semanales trabajadas por los residentes con el consiguiente cansancio y por el otro, la falta de personal.

a. LIC. MIRIAM AGUIRRE, BQCA. SANDRA AYUSO, DRA. CLAUDIA BERRONDO, DRA. MÓNICA GAREA, FCA. JULIA GRUNBAUM, DR. WALTER JOAQUÍN, DRA. IN JA KO, FCA. MARÍA ANA MEZZENZANI, LORENA NAVARRO, DRA. ANA NIEVA, LIC. SILVIA RAUCH, DRA. SILVANA SALERNO, DR. FABIÁN SALGUEIRO, DRA. ÁNGELA SARDELLA, LIC. LORENA TORREIRO, FCA. MARÍA GUTIÉRREZ, ADM. LORENA NAVARRO, DRA. MARÍA VERÓNICA TORRES CERINO, DRA. MARIA ROSA GONZALEZ NEGRI.

Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Farmacéutica de planta, HNRG. Comité de Calidad y Seguridad del Paciente HNRG

En 1989 el Estado de Nueva York reguló el trabajo de los residentes mediante el Código de Salud del Departamento de Salud del Estado de Nueva York, Sección 405, también conocida como la Ley Libby Zion, no trabajar más de 80 horas a la semana o más de 24 horas consecutivas y los médicos asistentes debían estar físicamente presentes en el hospital en todo momento.

EL CASO DE BETSY LEHMAN³

En 1994, Betsy Lehman, periodista del Boston Globe, recibió una sobredosis de ciclofosfamida que provocó su muerte. Este incidente tuvo lugar en un prestigioso centro de tratamiento del cáncer en EEUU, el *Dana Farber Cancer Institute*. El error se debió a una orden médica ambigua (cyclophosphamide 4 g/m² over four day) que fue mal interpretada por diversos profesionales. Como era un protocolo de investigación, nadie se extrañó de la dosis y se administraron 4 g/m² durante cuatro días consecutivos en lugar de 1 g/m² que es lo que la orden debiera haber dicho.

EL CASO DE EMILY JERRY⁴

Emily Jerry fue diagnosticada con tumor de saco vitelino al año y medio. Luego de cirugías y quimioterapia el tumor desapareció. Aun así, debía recibir la última dosis para asegurar que no quedaran trazas del cáncer. El domingo 24 de febrero de 2006, con una farmacia oncológica con poco personal, sobrecargada; un sistema informático que no funcionaba y otras fallas latentes, la técnica prepara la droga en solución de cloruro de sodio hipertónica en lugar de solución fisiológica. El farmacéutico a cargo no supervisa por falta de tiempo. Emily Jerry muere al día siguiente.

EL CASO DE WAYNE JOVETT⁵

En 1999, Wayne Jovett fue diagnosticado con leucemia linfoblástica aguda. Tenía 18 años. Estaba ya en remisión con mantenimiento de vincristina EV y citosina intratecal cada 3 meses. Wayne tenía temor por el tratamiento y solía llegar tarde a sus citas, pero el personal trataba que no dejara de recibirlo. Su médico incluyó ambos fármacos en una sola orden, aunque era política de la farmacia no recibir prescripciones juntas de dos fármacos que tuvieran esas vías de administración, ni prepararlos el mismo día.

En ese momento se encontraba un médico de menor experiencia y no el de siempre. Si bien la vincristina estaba rotulada “no administrar por vía

intratecal”, la administración errónea se produjo y Wayne falleció.

Como estos casos, existen muchos más. Hasta el día de hoy no hemos logrado lo que el tercer reto propone, disminuir en un 50% los daños producidos por errores de medicación. Debemos recordar que son prevenibles. Por eso el llamamiento de la OMS a todas las partes que intervienen en el proceso de medicación a los pacientes.

Todavía se ven medicamentos muy parecidos en su aspecto, los LASA (*look-alike-sound-alike*) que producen muchísimas confusiones. Se debe diseñar un sistema de almacenamiento en el cual estén totalmente separados, lo cual no siempre resulta tan sencillo. La industria se encuentra incluida en este llamamiento, creando envases primarios y secundarios que no se presten a equivocación.

Con la prescripción electrónica se podrán disminuir las prescripciones ilegibles, tachaduras y correcciones que se prestan a malinterpretaciones, pero surgen otro tipo de errores que hay que tener en cuenta, como el copiar-pegar que puede mantener indicado un fármaco cuando se hubiera tenido que suspender.

Un trabajo argentino publicado en la revista Archivos Argentinos de Pediatría,⁶ evalúa disminución de errores de prescripción al utilizar la forma informatizada. Se realizó en dos hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, uno general y otro pediátrico y el resultado es un descenso del 30 % en la prevalencia de este tipo de error de manera global. Los errores relacionados con cálculos en la dosificación en relación al peso del paciente son frecuentes en pediatría. Si el sistema provee herramientas que resuelvan este aspecto, el sistema ya implica un beneficio en la seguridad de los niños.

Identificar a los profesionales que están preparando la medicación para no ser interrumpidos en su trabajo, no debería ser un detalle menor ya que es otra fuente de error. El uso de chalecos con identificación está siendo incorporado en el mundo

Una comunicación efectiva también ayuda a disminuir los errores. Utilizar la técnica: pregunto, escucho, repito y luego escribo. El emisor de la respuesta debe ser claro.

Es decir, existen muchas herramientas de ayuda, lo que se necesita es el compromiso de todos, absolutamente todos, los actores involucrados.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. OMS. Anuncio del Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2022. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/patient-safety/announcing-world-patient-safety-day-2022-es.pdf?sfvrsn=c5e32a09_34
2. Mayol J. Libby Zion: la chica que murió dos veces y cambió la medicina americana. Disponible en: <http://juliomayol.com/libby-zion-la-chica-que-murio-dos-veces-y-cambio-la-medicina-americana/>
3. Cajaraville G. Errores de Medicación en quimioterapia. *Farm Hosp* 1998; 22(1):43-45.
4. Jerry Foundation. Disponible en: <https://emilyjerry-foundation.org/emilys-story/>
5. Balen P. Gross negligence manslaughter: Wayne Jowett (deceased). *Clinical Risk*. 2004;10 (1):25-27.
6. Urtasun M, Takata M, Davenport MC, et al. Efecto del empleo de prescripciones informatizadas en la seguridad de pacientes pediátricos hospitalizados. *Arch Arg Pediatr* 2022;120 (2):111-117.