

# IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

## "La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

### EFFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

**Autor principal** MARÍA AISLÍN LÓPEZ PÉREZ

**CoAutor 1** VICTORIA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ

**CoAutor 2**

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Médica

**Palabras clave** Efectos Adversos                      Gestión de seguridad                      Hospitales                      Errores de medicación

#### » Resumen

El objetivo de esta revisión bibliográfica es dar a conocer la importancia de los efectos adversos (EA) relacionados con los errores de medicación (EM) en el ámbito hospitalario y la prevención de incidencias estableciendo unas líneas estratégicas de actuación. Para ello se realiza una búsqueda bibliográfica a partir de las palabras clave, en las siguientes bases de datos: SCielo, Medline, Ibecs y la biblioteca Cochrane. Llegamos a la conclusión que la mayoría de los EM registrados se originan en el proceso de prescripción médica, Los tipos de errores observados más frecuentes son medicamentos erróneos y dosis incorrecta.

Las principales causas a las que se atribuyen los EM son los factores humanos; dentro de ellos resaltaremos la falta de conocimiento o información del medicamento por parte del profesional, despistes, errores de cálculo de dosis, velocidad de infusión y sobrecarga de trabajo. Se establecen 9 categorías de gravedad para clasificar los EMs y se elaboran 12 importantes líneas estratégicas para prevenir los EMs.

#### » Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

El famoso proverbio hipocrático *primun non nocere* (ante todo no perjudicar) ha guiado la práctica de la medicina y de la farmacia; así como el desarrollo de la terapéutica farmacológica a través de la historia.

En Grecia en el siglo V a.C. ya eran conscientes de la paradoja los medicamentos producen efectos beneficiosos y riesgos perjudiciales, por lo que utilizaban el término *phármakon* para denominar a toda aquella sustancia utilizada con fines terapéuticos los cuales tenían un doble sentido: remedio y veneno.

Abraham Maslow dentro de su pirámide de necesidades habla de las necesidades de seguridad y reaseguramiento, como un segundo escalón cumplidas las necesidades fisiológicas. Esta necesidad de sentirnos seguros es una preocupación constante que deseamos durante toda la vida y la cual debe estar presente continuamente en nuestro entorno.

En la década de los 90 comienza una nueva etapa denominada seguridad de los medicamentos. En este periodo surgen numerosos estudios que reflejan el compromiso con la seguridad de los pacientes.

Recientemente, la OMS en su 55ª asamblea, manifiesta la falta de una normalización internacional en cuanto a terminología, métodos de medida y sistemas de notificación de acontecimientos adversos reales y potenciales. También cabe destacar que en una reunión de expertos del Consejo de Europa, se vaticinaba que: en el ámbito europeo es necesario consensuar una terminología sobre EM, que facilite el intercambio de información.

En los últimos años se han realizado diversos estudios dirigidos a calcular la incidencia de los EAs e identificar aquellos prevenibles y sus causas. Se ha comprobado que los EAs prevenibles tienen una gran repercusión tanto nivel económico como asistencial.

En España en el ámbito hospitalario la incidencia de pacientes con EAs fue del 8,4%. El 33,4% de estos EAs son debidos a fallos relacionados con la medicación. El 42,8% de los EAs se consideraron evitables. Las personas mayores de 65 años tienen un riesgo dos veces superior de sufrir un EA.

Un estudio realizado en España, el ENEAS 2005, determinó que los medicamentos fueron la causa más frecuente de acontecimientos adversos detectados y que estuvieron implicados en el 37,4% del total de los casos observados. Una proporción elevada de EAs registrados, en todos estos estudios resultaron ser prevenibles. Aproximadamente un 1,8% de los pacientes hospitalizados sufren durante su estancia en el hospital un EA por errores de medicación. Cada EA causado por un error de medicación causa entre 4,7-5,3% de los ingresos hospitalarios y alarga la estancia de los pacientes, aumentando el gasto del ingreso (costo medio por estancia próximo a 3000 euros). La tasa de EM en pacientes hospitalizados es del 12,9% cuando se incluyen errores de transcripción, dispensación y administración.

#### » Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Los errores de medicación (EMs) son una de las principales causas de efectos adversos prevenibles en los hospitales.

Un efecto adverso (EA) se puede definir como un accidente imprevisto e inesperado que le causa algún daño o complicación al paciente. Como consecuencia directa de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad que padece.

Los acontecimientos adversos o EAs se pueden clasificar en dos categorías:

Prevenibles: EAs causados por errores de medicación. Supone para el paciente daño y error.

No prevenibles: EAs que producen daño sin error a pesar del uso apropiado de los medicamentos y se corresponden con las denominadas reacciones adversas de los medicamentos (RAM)

Los errores de medicación que producen sufrimiento en el paciente son considerados a efectos de su notificación como reacciones adversas, excepto los derivados del fallo terapéutico por omisión de un tratamiento.

Una revisión de 10 estudios entre 1994-2001 estima que un 1,8 % de los pacientes ingresados sufren EAs prevenibles. Los EMs más frecuentes observados son la prescripción de un medicamento inapropiado, dosis incorrecta y falta de seguimiento de los tratamientos.

Algunos estudios científicos establecen que entre un 1-10% de los ingresos hospitalarios son debidos a EMs.

Un EM se define como cualquier incidente prevenible que puede causar algún daño al paciente, por una utilización inapropiada de los medicamentos cuando están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente.

Estos incidentes pueden estar relacionados con las prácticas profesionales, productos, procedimientos o sistemas; e incluyen fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización de los medicamentos. Esta definición expresa el carácter prevenible de los errores y el hecho de que suponen cualquier fallo que se produce en cualquiera de los procesos del sistema de utilización de los medicamentos.

Es de suma importancia crear una cultura de seguridad en el sistema de utilización de medicamentos; porque la prescripción de medicamentos es el EA más frecuente; por lo tanto los EAs derivados del uso clínico de medicamentos son los efectos iatrogénicos más comunes.

La seguridad clínica es definida como la ausencia de lesiones accidentales durante la atención sanitaria. Abarca todas aquellas actividades dirigidas a evitar, prevenir o disminuir los EAs que podrían derivar de la actividad sanitaria.

La seguridad del paciente es un principio fundamental en el cuidado del individuo y un elemento crítico en los procesos de gestión de calidad. Los profesionales de enfermería estamos directamente implicados en la dotación de un ambiente seguro, en el cual las personas puedan expandirse sin sufrir daños y en los que perciban una sensación de seguridad. La seguridad del paciente es un tema que ha sido motivo de análisis, diálogo y reflexión para progresar en actitudes y habilidades éticas en las tareas de enfermería centrada en el cuidado.

**» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?**

A partir de los palabras claves seleccionadas en los descriptores en ciencias de la salud se realiza, una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: SCielo, Medline, Biblioteca virtual de la salud (Ibecs) y la biblioteca Cochrane.

La mayoría de los EM registrados se originan en el proceso de prescripción médica. Los tipos de errores observados más frecuentes son medicamentos erróneos y dosis incorrecta.

Las principales causas a las que se atribuyen los EM son los factores humanos; dentro de ellos resaltaremos la falta de conocimiento o información del medicamento por parte del profesional, despistes, errores de cálculo de dosis, velocidad de infusión y sobrecarga del trabajo. Se consideran medicamentos de alto riesgo: insulina, opiáceos, heparina, anticoagulantes orales, antidiabéticos orales, CIK, NaCl >09%, citostáticos, Ca y Mg, antagonistas adrenérgicos (p. ej. Propranolol), agonistas adrenérgicos (p.ej. adrenalina), agentes de contrastes IV, sedantes IV (p.ej. midazolam), lidocaína y bloqueantes neuromusculares. El hecho de estar incluido en esta relación no supone que los errores con estos medicamentos sean más frecuentes, sino que las consecuencias, en el caso de producirse, son más graves.

Se establecen 9 categorías de gravedad de los EM, como se define en la siguiente tabla.

**CATEGORÍA DEFINICIÓN**

Categoría A Circunstancias e incidentes capaces de causar error.

Categoría B El error se produjo pero no alcanzó al paciente

Categoría C El error alcanzó al paciente, pero no se produjo daño.

Categoría D El error alcanzó al paciente, pero no se produjo daño, pero preciso monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño

Categoría E El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención.

Categoría F El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó prolongación de la hospitalización.

Categoría G El error contribuyó o causó daño permanente al paciente.

Categoría H El error comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida.

**» Barreras detectadas durante el desarrollo.**

El sistema sanitario actual donde prima la reducción de costes, tanto humanos como materiales, hace que los profesionales presenten un grado de desgaste físico y psicológico a la hora de trabajar y una sobrecarga de trabajo que nos lleva a cometer diferentes tipos de errores de medicación. La barrera detectada que más influye en esta temática es la falta de formación en los profesionales sanitarios y el uso de determinados tecnicismos no estandarizados es otra importantes barrera detectada en el desarrollo de esta revisión bibliográfica.

**» Oportunidad de participación del paciente y familia.**

Educar al paciente y la familia. Teniendo especial atención en los cuidadores principales. Fomentar la participación activa de pacientes y familias en la atención como una estrategia de seguridad.

**» Propuestas de líneas de investigación.**

1. Formación en el uso seguro de medicamentos, creando una cultura de seguridad en el centro hospitalario. Mantener niveles de formación y un número adecuado de profesionales. Los sanitarios recibirán formación continuada sobre prevención de EM y sobre seguridad en la utilización de medicamentos.
2. Uso de nuevas tecnologías que ayuden a pasar los procesos previos a la validación: Sistemas a prueba de errores. Técnicas de doble chequeo (una persona revisa el trabajo de otra para verificar, detectar y conseguir los errores). Son práctica de eficacia probada.
3. Reconocer medicamentos recetados que suenan igual o se parezcan. Detección de EMs relacionados con la prescripción médica ilegible o incompleta, similitud de envases o errores en la dispensación. Elaborar y actualizar anualmente una lista de medicamentos con nombres similares utilizados en la institución.
4. Prestar especial atención a los medicamentos considerados de alto riesgo. Establecer protocolos estandarizados de prescripción, almacenamiento, dispensación, preparación y administración de medicamentos de alto riesgo.
5. Importancia de la conciliación de la medicación en los distintos métodos asistenciales. Como por ejemplo MAFG (Desarrollo de un programa de conciliación de la medicación en los pacientes hospitalizados).
6. Cumplir los protocolos. NO TOMAR ATAJOS.
7. Informar de los fallos para mejorar el proceso. NOTIFICAR A LAS AUTORIDADES COMPETENTES.
8. Controlar las condiciones del trabajo: luminosidad, ruido, estrés, carga de trabajo, interrupciones, etc. Para facilitar el análisis, la reflexión, toma de decisiones y prevención, los expertos en seguridad, manifiestan que la cultura y el clima organizacional inciden de manera significativa en la prevención y el abordaje de errores. Mantener espacios de trabajo donde se preparen medicamentos limpios, ordenados, bien iluminados y sin confusión.
9. Colaboración de los siguientes profesionales sanitarios: médico (prescripción), farmacéutico (validación) y enfermero (administración). Los farmacéuticos deben participar de manera activa en el sistema, incluyendo como mínimo estar disponibles para interconsultas, interpretar y revisar prescripciones, preparar y dispensar los medicamentos.
10. 5correctos (vía de administración, dosis, fármaco, hora y paciente).
11. Crear una cultura de seguridad. Facilitar la transferencia de información y comunicación clara. Las prescripciones verbales deben ser

**» Bibliografía.**

Castillo Villareal E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud uniorte. Barranquilla (col.) 2007; 23(1):112-119.

Gómez de Salazar ME, Dominguez-Gil Hurlé A, Moreno Álvarez PJ. Seguridad de medicamentos. Prevención de errores de medicación. Farmacia Hosp(Madrid)2002; 26(4):250-254.