

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS EN LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA AL PACIENTE

Autor principal VERÓNICA MÁRQUEZ HERNÁNDEZ

CoAutor 1 MARÍA DEL MAR LÓPEZ RODRÍGUEZ

CoAutor 2 ROCIO LOZANO HERNANDEZ

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

Palabras clave Errores de medicación seguridad del paciente Atención al paciente Atención de enfermería

» Resumen

Los errores de medicación constituyen un problema que provoca interés a nivel socio sanitario desde hace tiempo. Los estudios realizados en lugares como EE.UU o España, indican la alta prevalencia de errores que se producen debido a la medicación. Esto hace que la seguridad de los medicamentos se convierta en un problema fundamental a investigar. Existen diversas causas por las que se producen dichos errores como: diseño ambiguo de concentración en el etiquetado o presentación, nomenclatura del producto farmacéutico con apariencia o nombre similar, etc. Como medidas para este problema se han propuesto diversas actuaciones como: notificación voluntaria de incidentes, revisión de historias clínicas, técnicas de observación, así como la inclusión de cuidadores y familiares en el cuidado. A pesar de las medidas existentes, los errores de medicación siguen siendo un problema evidente en nuestra práctica diaria, por lo que se hacen necesarias investigaciones que vayan dirigidas

» 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?

Los errores de medicación constituyen un problema sociosanitario grave que provocan una importante repercusión social y económica. El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) definió los errores de medicación como cualquier incidente 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 o 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 utilización

Este interés por los errores de medicación se ha suscitado en gran medida por la publicación de dos informes elaborados por el Institute of Medicine en EE.UU. (To err is human: Bulding a safer health system y Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century). La publicación de uno de estos informes cifra de 7.000 las muertes ocasionadas cada año por este problema en EE.UU. Gracias a este tipo de estudios, podemos saber que los incidentes relacionados con los medicamentos suponen: el 8-10% de las admisiones hospitalarias (25% en personas de 65 años o más), el 10-15% de las visitas a urgencias en algunos centros urbanos, 4,5 errores de prescripción por cada 1.000 medicamentos prescritos, 50% de casos de incumplimiento de la prescripción médica, el 10% de errores de medicación en hospitales y 2 de cada 1.000 muertes en los hospitales.

Los estudios realizados en España indican que los efectos adversos motivados por los errores de medicación tienen una magnitud asistencial y económica similar a la registrada en Estados Unidos. Se ha observado que los errores de medicación motivan entre un 4,7% y un 5,3% de los ingresos hospitalarios, con un coste medio por estancia de 3.000 euros. Como se refleja en el estudio ENEAS 2006 el 43% de los acontecimientos adversos son evitables y la causa más frecuente fueron los medicamentos (37,4%). En el ámbito de atención primaria el estudio APEAS del año 2007 reveló que la frecuencia de efectos adversos es de un 11,18% y de ellos un 47% están relacionados con la medicación. Los errores de medicación se clasifican en función de la prescripción, dispensación y administración y ocurren en todas las etapas del proceso de utilización de medicamentos.

Entre las causas, por las cuales, se producen errores podemos citar las más frecuentes: diseño ambiguo de concentración en el etiquetado o presentación, nomenclatura del producto farmacéutico con apariencia o nombre similar, utilización de prefijos de letras o números y sufijos en los nombres de los medicamentos, fallo o mal funcionamiento del equipo de administración, escritura ilegible por parte del médico, transcripción errónea, cálculo no seguro de dosis, personal inadecuadamente entrenado, utilización de abreviaturas inapropiadas durante la prescripción, errores de etiquetado, carga excesiva de trabajo del personal sanitario, lapsus del individuo y finalmente medicación no disponible que el prescriptor sustituye por otras menos conocidas.

Por otro lado, Harwing et al, realizaron una clasificación de los niveles de gravedad de los errores de medicación.

0 No se ha producido error. Se incluyen las prescripciones interceptadas

1 Producido pero sin lesión para el paciente

2 El error produce un incremento de monitorización al paciente

3 Cambio en las constantes vitales o requirió extracciones adicionales de sangre para determinaciones analíticas

» 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?

El objetivo del presente estudio es realizar una revisión de la literatura existente sobre la seguridad de los medicamentos. Con esta revisión pretendemos analizar cuáles son los errores de medicación que más se producen en el ámbito sanitario y cuáles son las soluciones posibles que se puedan llevar a cabo para aumentar la seguridad y calidad de nuestras prácticas. Para realizar la búsqueda bibliográfica hemos utilizado las siguientes bases de datos: CUIDENS, LILACS, Elsevier Doyma, Cochrane Library, Medline y Google scholar (google académico). Como palabras claves hemos utilizado: errores de medicación, seguridad y atención al paciente, verificando que sean descriptores de ciencias de la salud. Como criterios de inclusión se han tenido en cuenta todos los documentos publicados entre el año 2000 y 2012, excluyendo aquellos que estaban fuera de dichas fechas.

En los artículos revisados, hemos podido constatar el impacto que tienen los errores de medicación en nuestro sistema sanitario.

También, en nuestra revisión, hemos podido observar que los errores de medicación se consideran incidentes que pueden prevenirse mediante

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

Se han publicado distintas formas de abordar la problemática de los errores de medicación. Una de ellas es dividir las medidas a llevar a cabo por niveles de actuación. De esta manera las actividades a realizar se desarrollarían en el ámbito de la prescripción, transcripción, dispensación y administración del medicamento. Para llevar a cabo esta práctica, es necesaria la involucración de los distintos profesionales de la salud que trabajan en este ámbito. Este método se considera actualmente el mejor en términos de precisión y fue diseñado por Barcker y McConell. Por otro lado, existen soluciones aportadas para cada ámbito, como en el de los profesionales de enfermería. Según Sala y Ugarte, los enfermeros deben:

1. Revisar el registro de administración de medicación del paciente. Verificar que todas las órdenes estén prescritas correctamente, que toda la información sea completa y que no se producen duplicidades terapéuticas, existan alergias o interacciones con otros posibles fármacos o con la patología del paciente.
2. El cálculo de la dosis debe comprobarse por duplicado con otra persona.
3. Documentar cuidadosamente y de forma inmediata todas las órdenes verbales recibidas de los prescriptores como órdenes nuevas, renovaciones o correcciones de una nueva orden.
4. Comprobar la medicación dispensada con la orden original antes de administrar la medicación; confirmar que sea la medicación, dosis y forma correctas.
5. Verificar la identidad del paciente antes de la administración de cada dosis. Cuando un paciente pregunta si se le debe administrar un fármaco, es preciso que la enfermera le escuche, responda a las preguntas y, si es adecuado, vuelva a comprobar la prescripción de la medicación.
6. Administrar todas las dosis según los tiempos del esquema de medicación, a no ser que el paciente no esté disponible o que haya problemas con la orden médica o con la medicación que sea necesario resolver.
7. Contactar con farmacia pidiendo dosis no disponibles, en vez de "quitar" de otro paciente o del botiquín de medicamentos no usados.
8. Familiarizarse con el funcionamiento de los dispositivos de administración de medicación y la posibilidad de errores en dichos dispositivos.
9. Proporcionar consejos a los pacientes o cuidadores sobre la medicación

Por otro lado, según Otero López, existen distintos métodos para detectar los errores de medicación que ocurren a nivel hospitalario.

Entre ellos se encuentran:

Notificación voluntaria de incidentes.

Revisión de historias clínicas.

Monitorización automatizada de señales de alerta.

Registro de intervenciones farmacéuticas.

Técnicas de observación.

El método básico es a través de un programa voluntario y no punitivo de notificación de errores de medicación en el hospital, que recoja las comunicaciones efectuadas por los profesionales sanitarios de los incidentes que observan en su práctica profesional.

Por último, Campino y colaboradores, nos dice que la estrategia para conseguir una mejor calidad asistencial basada en la seguridad de los pacientes, tiene que apoyarse en dos pilares fundamentales: a) un cambio en la cultura del buscar culpables, y b) en que los errores deben ser considerados fallos del sistema, no de las personas, debiendo ser notificados con el fin de mejorar la calidad asistencial, y jamás de castigar a nadie. Aunque el personal sanitario de manera habitual se encuentra implicado en el error de medicación, el fallo humano es sólo una pequeña parte del problema. Lo trascendente no es tanto analizar las consecuencias, que por desgracia se hayan podido producir; sino analizar los procedimientos de trabajo para establecer patrones de comportamiento que eviten posibles errores similares de mayor gravedad.

Sin embargo, a pesar de la existencia de múltiples publicaciones sobre las medidas a llevar a cabo para reducir los errores de medicación, estas no siempre son adoptadas. Según un estudio llevado a cabo por Donald Berwick, existen cuatro barreras que obstaculizan la adopción de estas medidas:

La primera es la «ceguera» de los profesionales: realmente los propios profesionales sanitarios no son capaces de ver y de reconocer los errores

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Uno de los principales obstáculos encontrados durante la realización de este trabajo es la diversa metodología llevada a cabo por los investigadores para el estudio del presente tema. Es necesaria una mayor unificación de criterios, ya que resulta complicado poder extrapolar los datos y compararlos con los de otros estudios. Además, el hecho de que la palabra error en nuestra cultura este asociada a elementos punitivos hace que no se declaren muchos de los errores cometidos en nuestra práctica diaria, por lo que dificulta recoger datos reales y realizar

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Dentro del ámbito sanitario, el paciente y la familia constituyen un pilar fundamental, por eso es necesario incluirlos siempre que sea posible en su proceso de enfermedad. En este caso, los errores de medicación pueden tener graves consecuencias sobre la salud del paciente, por lo que supone una mayor necesidad de implicación tanto del paciente como de su familia.

Según Otero López, los pacientes y la familia deben seguir las siguientes recomendaciones:

1. Conocer el nombre, dosis, duración o concentración, esquema de dosificación, propósito y apariencia de todas las medicaciones que toma o que se le administran al paciente.
2. Llevar una lista de las medicaciones que toma. La información de esta lista debe entregarse a los profesionales de la salud que cuidarán al paciente.
3. Comprender la preparación, sitio donde guardar, y técnicas de administración de los medicamentos, para obtener el máximo beneficio de los mismos
4. Comprender la importancia de las medicaciones que se toman, su utilidad y la duración en el tiempo.
5. Si el paciente tiene edad suficiente o cuando está presente el cuidador en el momento de la administración, debe preguntar sobre cada una de las medicaciones y el propósito de cada una de ellas.

» Propuestas de líneas de investigación.

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud recomienda la puesta en marcha de programas de gestión de riesgos sanitarios, la sensibilización cultural de los profesionales, impulsar sistemas de comunicación y análisis de incidentes, y establecer indicadores en materia de seguridad en los diferentes niveles organizativos del sistema, entre otras estrategias. Creemos que ese debería ser el camino a seguir de las nuevas investigaciones, observando en qué medida son eficaces estas propuestas.

Para finalizar, nos gustaría resaltar una frase de Mike Cohen, presidente del (ISMP), en la que se resume perfectamente el nuevo rumbo que deben tomar las siguientes investigaciones: Hay numerosas prácticas publicadas para mejorar la seguridad del uso de los medicamentos, elaboradas por organizaciones como el ISMP. Sin embargo, a pesar de este trabajo, muchas instituciones no incorporan estas prácticas a su sistemática de trabajo. Es necesario investigar para comprender qué barreras existen y qué motivaciones pueden favorecer su aplicación y

» Bibliografía.

Otero-López, M.J. et al. (2006). Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados. Medicina Clínica, 126 (3): 81-87.

Otero-López, M.J. (2003). Errores de medicación y gestión de riesgos. Revista Española de Salud Pública, 77 (5).

Martín de Rosales, A.M. (2010). Coordinación multidisciplinar para asegurar la correcta medicación del paciente: conciliación de la medicación.