

ERRORES EN LA MEDICACIÓN

Concepción López Estévez

RESUMEN

Los errores de medicación se producen por fallos en el proceso de utilización de los medicamentos y se deben analizar como errores del sistema. Nunca se deben considerar como errores humanos, pensando que la solución se limita a encontrar al individuo "culpable" del error. No se trata de buscar QUIÉN causó el error, sino de analizar QUÉ circunstancias motivaron el error. Proporcionar una terapéutica segura, apropiada y eficiente no siempre se consigue, por ello es objetivo prioritario desarrollar medicamentos seguros y sistemas de utilización que no permitan que ocurran estos errores.

PALABRAS CLAVE: Seguridad del paciente, errores de medicación, medicamentos de alto riesgo, evidencia

Introducción

El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) define a los errores de medicación como: "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 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".

Los errores de medicación constituyen un problema de salud pública debido a sus consecuencias humanas, asistenciales y económicas. Dentro de ellos, los errores en los llamados "medicamentos de alto riesgo" deben ser objetivo prioritario en los programas de seguridad clínica que se establezcan en los centros hospitalarios.

Se denominan "medicamentos de alto riesgo" a aquellos que, utilizados incorrectamente, presentan un riesgo elevado de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Los errores asociados a estos medicamentos no implican que sean más frecuentes sino que, en caso de producirse un error, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves.

Objetivos

El objetivo fundamental es que los errores no causen efectos adversos a los pacientes y para que esto no ocurra seguiremos los principios básicos de seguridad siguientes:

a) Reducir o eliminar la posibilidad de que los errores ocurran.

- Estandarizar los medicamentos de alto riesgo disponibles en los centros, limitando el número de presentaciones de los mismos con diferentes dosis, concentraciones o volumen.

- Retirar o limitar las existencias de los medicamentos de alto riesgo en los botiquines de las unidades asistenciales y revisión de botiquines domiciliarios.

- Utilizar etiquetas de colores o con señales de aviso que eviten confusión entre medicamentos.

b) Hacer visibles los errores. Algunos ejemplos serían:

- Aplicar la medida del "doble chequeo" .

- Implantar sistemas de alerta en la prescripción asistida tanto en hospital como en primaria.

c) Minimizar las consecuencias de los errores. El objetivo sería hacer cambios en los procedimientos, de manera que reduzcan la gravedad de los posibles efectos adversos causados por los errores de medicación.

Método

El mejor método de detección de errores de medicación en términos de precisión es el método diseñado por Barker y McConell (1962). Durante los años 96-98, financiado por nuestra Sociedad a través de la concesión de la Beca de Ayuda a Trabajos de Investigación, se realizó en tres hospitales de Alicante, un estudio observacional prospectivo utilizando este método modificado. Mediante el análisis estadístico de 8.222 Oportunidades Error se concluyó que los errores más frecuentes son las discrepancias (35.4 %), los errores de tiempo (33.2 %) y los errores de registro de la administración (33.0 %). En referencia a los errores que llegan al paciente, el error de mayor incidencia es el error de omisión (4.4 %), seguido del error de administración de una dosis no prescrita (4.2 %), el error de administración de una dosis inadecuada (3.7 %), error de técnica de administración (0.3 %) y error de administración de una forma farmacéutica inadecuada (0.2 %). En este estudio, se definieron unos Índices Globales de Errores de Medicación para su aplicación como indicadores de calidad de los procesos de utilización de medicamentos.

Según el ISMP y el documento de "Buenas prácticas en el uso de medicamentos" del Observatorio para la Seguridad de Andalucía, se consideran buenas prácticas:

a) Establecer, limitar y difundir una relación con los medicamentos de alto riesgo disponibles en la institución. Los medicamentos de alto riesgo están definidos, disponibles y de fácil acceso para todo aquel personal sanitario que los prescribe, dispensa y administra. La presencia de un número elevado de distintas formas farmacéuticas y de concentraciones de un mismo medicamento favorece la aparición de errores de medicación. Se recomienda limitar al máximo su número, especialmente con heparina, morfina e insulina. Los medicamentos de alto riesgo incluidos en la Guía Farmacoterapéutica deben revisarse de manera continua para evitar errores ocasionados por nombres parecidos o de apariencia similar de envase o etiquetado. Si se detectan errores potenciales por estas causas, es conveniente tomar medidas, como puede ser su retirada de la Guía o la sustitución por otra especialidad, el almacenamiento en lugares diferentes o el uso de etiquetas adicionales que permita diferenciarlos.

b) Estandarizar la prescripción y el desarrollo de protocolos. Se deben establecer protocolos de actuación, directrices, escalas de dosificación para los medicamentos de alto riesgo que incluyan normas de correcta prescripción, detección de alergias y recomendaciones específicas que insten a evitar el uso de abreviaturas y prescripciones ambiguas. Se deben establecer dosis máximas para los medicamentos de alto riesgo e incluirlas en alertas informáticas u órdenes preimpresas para facilitar el conocimiento por médicos y enfermeras..

c) Validación farmacéutica y dispensación en dosis unitarias. . La integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar aumenta la seguridad del proceso farmacoterapéutico y el uso racional del medicamento. El farmacéutico reduce errores de medicación a lo largo de todos los procesos y especialmente en la validación de la orden médica. La utilización del sistema de dispensación en dosis unitarias reduce los errores de medicación, ya que garantiza que el paciente recibe el medicamento correcto, a la dosis correcta y por la vía correcta. Para ello es necesario que los medicamentos estén acondicionados e identificados (nombre, dosis, lote, caducidad) hasta llegar al paciente.

d) Estandarizar preparación y administración. Las concentraciones de las soluciones para infusión de medicamentos de alto riesgo, especialmente las de morfina, heparina, insulina e inotropos deben estar estandarizadas en una concentración que habría de ser la única a la que se utilice en, al menos, el 90 % de los casos de toda la institución. La preparación de mezclas intravenosas de medicamentos de alto riesgo desde una unidad centralizada en el Servicio de Farmacia minimiza los errores del proceso, tanto en el cálculo de la dosis, su mezcla y su preparación.

Resultados

De todo ello se desprende que en la labor enfermera debemos:

1. Estimular la formación sobre las formas más adecuadas de administración de los medicamentos.
2. Comprobar siempre la orden médica original con la hoja de administración de medicamentos.
3. Estimular la informatización del registro de administración de medicamentos.
4. Registrar la administración de medicamentos inmediatamente después de hacerla.
5. Evitar administrar varias unidades del medicamento sin estar completamente seguras de que la dosis es correcta
6. Preparar correctamente el medicamento antes de administrarlo
7. Realizar control por dos personas capacitadas del cálculo de la dosis y velocidad de administración de medicamentos intravenosos de riesgo.

Conclusiones

La Organización Mundial de la Salud (OMS), Joint Commission International (JCI), las sociedades científicas y el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) han propuesto diversas medidas que pretenden mejorar la seguridad de los pacientes en organizaciones sanitarias.

Luciaen Leape, autor del informe to err is human, concluye que actualmente, las principales barreras para la implantación de medidas de seguridad en organizaciones sanitarias, no son tecnológicas o económicas, sino que se deben a creencias, costumbres y a una inercia en el sector sanitario que merma su capacidad de respuesta ante un problema de la magnitud descrita. La modificación de los hábitos de trabajo habituales en los centros puede generar una fase de aprendizaje asociada a los nuevos procedimientos en cuyo desarrollo ocurran errores de medicación. La formación en la seguridad del paciente y su aplicabilidad es un hecho que va aumentando día a día entre los profesionales de salud y se está creando consciencia de la importancia de los errores de la medicación y las medidas de prevención para abordar este problema.

Referencias

1. Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. <http://www.sefh.es/>
- 2.. Buenas prácticas en preparación y administración de la medicación del paciente. dispositivos electrónicos de administración de medicamentos .grupo de trabajo:Buenas prácticas en el uso de medicamentos. Observatorio para la seguridad del paciente. Junta de Andalucía.
3. Seguridad del paciente. Capítulo 7.Estrategia para la seguridad del paciente del SSPA. EASP.