

# Butlletí de Prevenció d'Errors de Medicació

de Catalunya

Vol. 14, núm. 1 · enero – marzo 2016



Boletín de  
**Prevención de  
Errores  
de Medicación**

- 15 años después de la publicación de *To Err is Human*
- Programa de Prevención de Errores de Medicación de Cataluña: datos de 2015

## 15 años después de la publicación de *To Err is Human* ■

**Marta Massanés**

Programa de Prevención de Errores de Medicación  
de Cataluña

El año 1999 el Institute of Medicine (IOM) de los Estados Unidos de América (EE.UU.) publicó el informe [\*To Err is Human: Building a Safer Health System\*](#).<sup>1</sup> Este informe comportó la sensibilización sobre la seguridad de los procedimientos médicos y los errores derivados de la asistencia sanitaria, así como sobre los costes y las consecuencias en relación con la seguridad de los pacientes. El informe situaba los acontecimientos adversos como séptima causa de muerte en los EE.UU. (entre 44.000-98.000 personas), después de la enfermedad

cardíaca y el cáncer. Estas y otras cifras fueron determinantes a la hora de promover, impulsar y desarrollar políticas y actuaciones en materia de calidad asistencial y seguridad, y de conseguir una mayor concienciación y sensibilización, tanto de los profesionales y las autoridades sanitarias como de la sociedad en general.

*To Err is Human* insistía en la necesidad de un cambio en el sistema. Se observaba que era habitual que los profesionales sanitarios consideraran los errores como un signo de incompetencia o imprudencia de la persona y, como consecuencia, en lugar de aprender para mejorar la seguridad y prevenir nuevos, la tendencia era de ocultarlos por miedo a represalias legales o, incluso, a la pérdida de la propia profesional.

Así pues, el informe consiguió una amplia conciencia sobre el problema de los errores en la atención sanitaria, puso de manifiesto que no eran acontecimientos raros o aislados y que sólo mediante una amplia planificación se podía conseguir la disminución. Al mismo tiempo, resaltaba la importancia de cambiar el enfoque de los errores, pasando de una visión individual centrada en la persona a un modelo sistémico.

En septiembre de 2013, un nuevo estudio<sup>2</sup> publicado en el *Journal of Patient Safety* concluyó que los errores médicos que provocan la muerte de pacientes en hospitales son mucho más numerosos de lo que se pensaba anteriormente y que, por esta causa, se podrían haber llegado a producir hasta 440.000 al año.

Estas cifras son considerablemente superiores a las de *To Err is Human* de 1999, en el que los datos se basaban en la revisión de historias clínicas de 1984. El estudio de 2013 revela que los acontecimientos adversos evitables causan entre 210.000-400.000 muertes de pacientes que reciben asistencia hospitalaria cada año. Estos datos provienen de investigaciones realizadas por el doctor John T. James, supervisor del grupo Patient Safety America. James analizó cuatro estudios realizados en el periodo 2008-2011 que utilizan la herramienta Global Trigger Tool, de l'Institute for Healthcare Improvement. Esta herramienta permite señalar pruebas específicas de errores médicos como, por ejemplo, la orden de suprimir una

medicación o unos resultados de laboratorio anormales. Sobre la base de la media ponderada de los cuatro estudios James concluyó que al menos 210.000 muertes ocurridas en los hospitales se deben a daños evitables. Además, hace falta considerar que las limitaciones de la herramienta y las historias clínicas incompletas hagan que el número real de casos pueda ser, probablemente, el doble del obtenido, es decir, que haya más de 400.000 muertes cada año.

En otro artículo, publicado en la revista *ProPublica*,<sup>3</sup> el doctor Lucien Leape, que 1999 formó parte de la Comisión que escribió el informe *To Err is Human*, considera que la estimación del doctor James es bastante precisa y manifiesta que ya en el momento del estudio de 1999 la Comisión sabía que las cifras eran muy bajas.

Factores como la complejidad progresiva de la práctica médica, la incidencia creciente de bacterias resistentes a los antibióticos, el uso inadecuado de medicamentos, el envejecimiento de la población y la tendencia de la industria farmacéutica hacia una productividad más elevada y una tecnología más costosa, han favorecido la frecuencia de aparición de daños evitables y letales para los pacientes a lo largo de los años.

Los datos recogidos en nuestro entorno en los últimos años confirman la tendencia observada en los estudios que se presentan y ponen de manifiesto la necesidad de seguir trabajando

para la mejora de la seguridad de los pacientes con el objetivo de reducir al máximo los riesgos asociados a la asistencia sanitaria.

## ■ Referencias bibliográficas

- <sup>1</sup> Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health Care System. Washington (DC): The National Academies Press, 2000. Consultable en línea en: <<http://www.acmq.org/education/iomsummary.pdf>>
- <sup>2</sup> James JT. Evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. J Patient Saf. 2013; 9(3):122-8.
- <sup>3</sup> Allen M. How many die from medical mistakes in US Hospitals? ProPublica 2013 sep. 19.

# Programa de Prevención de Errores de Medicación de Cataluña: datos 2015 ■

## ■ Notificación de errores de medicación

Durante el año 2015 se han registrado un total de 544 notificaciones de errores de medicación (EM).

### Clasificaciones de las notificaciones recibidas

Hay diversas clasificaciones posibles de notificaciones: según la gravedad o las consecuencias que tienen los EM notificados sobre el paciente, según el lugar donde se origina la notificación, según el personal que origina la notificación y según la causa o las causas que hacen que se produzca.

A continuación se presentan las clasificaciones correspondientes a los EM recogidos desde el 1 de enero de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2015.

### Según la gravedad

El 59% de los errores no han llegado al paciente,

mientras que de los que sí que lo han hecho, un 1% le ha causado algún tipo de lesión (tabla 1).

**Tabla 1. Clasificación de los EM notificados durante el año 2015 según la gravedad**

Categoría de gravedad	%	Núm.
<b>Sin lesión</b>	<b>98,1%</b>	<b>534</b>
A: Circunstancia con capacidad de causar error.	22,8%	124
B: El error se ha producido, pero se ha detectado antes de llegar al paciente.	37,1%	202
C: El error no ha producido lesión al paciente.	29%	158
D: El paciente requirió observación, pero no se ha producido lesión.	9,2%	50
<b>Con lesión</b>	<b>1,9%</b>	<b>10</b>
E: Ha precisado tratamiento y/o ha causado lesión temporal.	1,1%	6
F: Ha necesitado hospitalización o esta se ha alargado y le ha provocado una lesión temporal.	0,6%	3
G: Le ha producido una lesión permanente.	0%	0
H: Le ha producido una situación próxima a la muerte.	0%	0
I: Ha producido la muerte del paciente o ha contribuido a ella.	0,2%	1
<b>No han llegado a los pacientes (A,B)</b>	<b>59,9%</b>	<b>326</b>
<b>Han llegado a los pacientes (C, D, E, F, G, H, I)</b>	<b>40,1%</b>	<b>218</b>

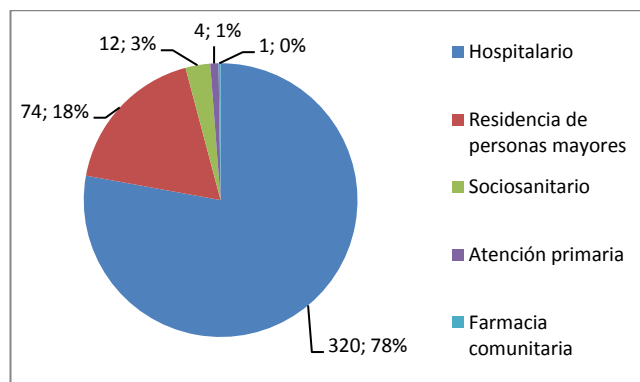
### Según el origen de la notificación

A pesar del elevado número de centros registrados en el Programa de Prevención de Errores de Medicación de Cataluña (PREVEMCAT) como centros notificadores, las notificaciones realizadas las siguen concentrando una parte reducida de los centros.

Mayoritariamente, las notificaciones de EM provienen del ámbito hospitalario (77,9%), seguido de las de residencias de personas mayores (18%).

En la figura 1 se muestra la distribución por los diferentes ámbitos:

**Figura 1. Número y porcentaje de EM notificados durante el año 2015 según el lugar donde se ha originado la notificación**



### Según los medicamentos implicados

A continuación se muestran los 15 grupos terapéuticos que se han visto implicados más a menudo en las notificaciones recibidas del 1 de enero al 31 de septiembre de 2015.

**Tabla 2. Grupos terapéuticos más implicados en las notificaciones de EM recibidas durante el año 2015**

Código	Grupo	Núm.	%
A02BC	Antiulcerosos: inhibidores de la bomba de protones	18	5,6
N02BE	Analgésicos y antipiréticos: anilidas	17	5,3
N05BA	Ansiolíticos: benzodiazepinas	15	4,7
M01AE	Antiinflamatorios: derivados del ácido propiónico	14	4,4
J01MA	Quinolonas antibacterianas	10	3,1
B01AB	Antitrombóticos: heparina y derivados	10	3,1
N05AH	Antipsicóticos: diazepinas oxazepinas y tiazepinas	8	2,5
H02AB	Corticosteroides sistémicos solos: glucocorticoides	7	2,2
C03CA	Diuréticos de techo alto: sulfonamidas solas	7	2,2
J01CR	Combinaciones de penicilinas, incluidos inhibidores de la betalactamasa	6	1,9

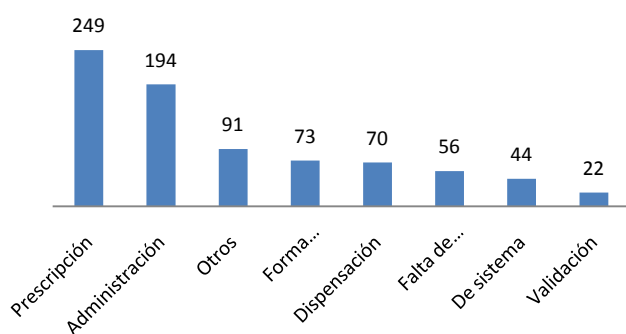
N02AA	Opioides: alcaloides naturales del opio	6	1,9
J01DD	Otros antibacterianos de la betalactamasa: cefalosporinas	5	1,6
B01AC	Inhibidores de la agregación plaquetaria, excluida la heparina	5	1,6
B01AA	Agentes antitrombóticos: antagonistas de la vitamina K	5	1,6
A10AB	Insulina y análogos	5	1,6

Estos medicamentos son responsables del 43,1% de las notificaciones y muchos de ellos son medicamentos de alto riesgo.

### Según las causas y los procesos de la cadena terapéutica implicados en el error de medicación

El proceso de la cadena terapéutica en el que se han registrado más notificaciones de EM ha sido el de la prescripción (31,2%), seguido de cerca por los que se han producido durante la administración (24,3%). En tercer lugar (11,4%) se recogen los que se clasifican como "otros" y engloban: el incumplimiento del paciente, la falta de seguimiento, los errores de conciliación, etc. En cuarto lugar (9,1%) encontramos los errores que se producen como consecuencia de la forma farmacéutica del medicamento (por similitud de envases o de nombres o por etiquetado incompleto o equívoco). A continuación los ocasionados por una dispensación incorrecta (8,8%), los producidos por una falta de información (7%), los errores de sistema (5,5%) y, en último lugar, los errores que tienen lugar durante la verificación de la prescripción (2,8%). La figura 2 muestra el porcentaje de notificaciones atribuidas a cada proceso de la cadena del medicamento.

**Figura 2. EM notificados durante el año 2015 según las causas o procesos implicados**



## ■ Actividades formativas

Uno de los objetivos principales del PREVEMCAT es generar cultura de la seguridad entre los profesionales sanitarios y también entre los pacientes y familiares. Para alcanzar este objetivo se promueven, especialmente, diversas actividades formativas y la difusión de los conocimientos adquiridos por medio de las notificaciones recibidas.

De enero a septiembre del año 2015 se ha participado en las actividades siguientes:

### Formación en la atención primaria

Este proyecto consiste en un plan de formación continua en el uso racional de los medicamentos, resultado de la colaboración entre el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) y la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFiC). Tiene como objetivo la formación descentralizada, sin ningún coste para el alumnado, sobre actualización farmacoterapéutica, el uso racional del medicamento orientado a la cronicidad, la seguridad en el uso de los medicamentos y la actualidad terapéutica. Se enmarca en las líneas estratégicas del Plan de salud 2011-2015 y del CatSalut en materia de medicamentos.

Va dirigido a profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, farmacólogos y farmacéuticos) de los equipos de atención primaria (EAP) de todo

el territorio catalán, así como a los farmacéuticos de las oficinas de farmacia. A lo largo de las ediciones anteriores, el proyecto ha organizado 1.355 sesiones en diferentes centros de atención primaria (CAP) de Cataluña, con una asistencia total de 24.100 profesionales de la salud (14.071 médicos, 7.455 enfermeros, 1.817 farmacéuticos y/o farmacólogos y 757 profesionales sanitarios diferentes).

Desde el año 2011 el PREVEMCAT colabora, con una sesión de dos horas, en un proyecto actualmente denominado “Uso seguro del medicamento: sistemas de notificación y prácticas seguras”.

Durante el 2015 se han realizado un total de 8 sesiones formativas en diferentes centros del territorio: EAP Cornellà de Llobregat 4–Jaume Soler, Hogares Mundet-SRETR, EAP Sabadell 3B–Norte, EAP Vilanova i la Geltrú 3–Baix a Mar, EAP Vilanova i la Geltrú 1, EAP Tarragona 3–Jaume I, EAP Girona 2–Can Gibert del Pla, EAP Navàs–Balsareny.

## ■ Boletín de Prevención de Errores de Medicación de Cataluña

Durante el 2015 se han publicado cinco números del *Boletín de Prevención de Errores de Medicación de Cataluña*.

Todos los boletines se pueden consultar en el canal temático Medicaments i farmàcia del Canal Salud de la Generalitat de Catalunya:

<http://medicaments.gencat.cat/ca/professionals/bulletins/boletin-de-prevencion-de-errores-de-medicacion/index.html>

## ■ Jornada Monográfica de Seguridad del Paciente y Medicamentos

El 14 de abril de 2015 se celebró la sexta edición

de la **Jornada Monográfica de Seguridad de los Pacientes y Medicamentos**. En esta ocasión se debatió sobre las nuevas tecnologías y el uso seguro de los medicamentos.

Todas las presentaciones son accesibles en el Canal Salud (Medicaments i farmacia).

<http://medicaments.gencat.cat/ca/professionals/seguretats/errors-medicacio/programa/6a-jornada-monografica-seguretats-del-pacient-i-medicaments/>

## ■ Colaboraciones con organismos de otros ámbitos profesionales

El PREVEMCAT ha establecido alianzas con otras organizaciones para trabajar conjuntamente para la mejora de la seguridad en la utilización de los medicamentos.

Estas colaboraciones se han establecido en diversos ámbitos: con el Centro de Farmacovigilancia de Cataluña, la Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona (Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia), el Servicio de Promoción de la Seguridad de los Pacientes del Departamento de Salud y los laboratorios farmacéuticos.

Cada vez que se recibe la notificación de un EM originado por algún problema con la forma farmacéutica del medicamento (etiquetado incorrecto, parejas de medicamentos con nombres similares, parejas de medicamentos con envases similares) el Grupo de Prevención de Errores de Medicación de la Sociedad Catalana de Farmacia Clínica valora la notificación y, si se considera que las características de aquel medicamento pueden conferir inseguridad a la hora de utilizarlo, contacta con el laboratorio o laboratorios responsables.

Este contacto se establece por medio de una carta donde se expone el incidente que ha habido o que podría haber habido y se aportan

una serie de sugerencias y propuestas de mejora a la espera de que el laboratorio sea sensible a la situación y adopte las medidas de mejora propuestas.

Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2015 se han enviado un total de 8 cartas a diversos laboratorios farmacéuticos. En la tabla 3 se detalla la razón:

**Tabla 3. Resumen de las cartas enviadas a la industria farmacéutica el año 2015**

Problema	Medicamento	Principio activo	Laboratorio
Similitud de envases; nombres similares	<b>Fisiogen®</b>	Genistina /genisteína	Zambón España, S. A.
	<b>Fisiogen Ferro®</b>	Pirofosfato férrico en liposomas	
	<b>Fisiogen® Ferro Forte</b>	Pirofosfato férrico en liposomas	
Similitud de envases	<b>Anectine® 50 mg/ml solución iny. para perfusión</b>	Cloruro de suxametonio	Glaxo SmithKline, S. A.
	<b>Ventolin® 0,5 mg/ml solución iny.</b>	Salbutamol	
Lote de envase y vial no coincidentes	<b>Nimenrix®</b>	Vacuna antimeningocócica conjugada	Glaxo SmithKline, S. A.
Texto de etiqueta ilegible	<b>Bridion®</b>	Sugammadex	Merck Sharp & Dohme, S. A.
Similitud de envases	<b>Alprem monodosis biberón</b>	Leche materna prematuros bajo peso	Nestlé España, S. A.
	<b>Alprem® Clinic monodosis biberón</b>	Leche materna grandes prematuros <1,8 kg	
	<b>Nan® Experto monodosis biberón</b>	Leche materna recién nacidos sin complicaciones	

Lote de envase y vial no coincidentes	<b>Genoxal®</b>	Ciclofosfamida	Baxter
	<b>Tronoxal®</b>	Ifosfamida	
La etiqueta se desprende al poner la botella al baño María;	<b>Manitol® Mein 20% solución para perfusión EV</b>	Manitol	Fresenius Kabi

problemas de disolución			
Descripción incorrecta en el BOT*	<b>NovoSeven®</b>	Factor VII activado viales	NovoNordisk

\*Base de datos de medicamentos del Consejo General de Colegios Farmacéuticos.

**Con el fin de establecer futuras acciones de mejora, nos gustaría conocer su opinión sobre el *Boletín de Prevención de Errores de Medicación de Cataluña* mediante una pequeña encuesta.**

[Enlace a la encuesta](#)

**No tardará más de dos minutos en responderla y es totalmente anónima.**

©2011. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud

**Directora:** Neus Rams

**Comitè Editorial:** Glòria Cereza, Laura Diego, Maria José Gaspar, Anna Jambrina, Carmen Lacasa, Marta Massanés, Glòria Oliva, Manel Rabanal i Laia Robert.

**Conflicto de intereses.** Los miembros del Comitè Editorial declaran que no existe ningún conflicto de interés relacionado con los contenidos de esta publicación.

**Subscripcions.** Puede formalitzar su suscripción al boletín a través de la dirección de correo electrónico [errorsmedicacio@gencat.cat](mailto:errorsmedicacio@gencat.cat), indicando su nombre y apellidos, y la dirección de correo electrónico donde quiera recibirlo.

ISSN 2013-3065

[www.errorsmedicacio.org](http://www.errorsmedicacio.org)  
<http://medicaments.gencat.cat>