Butlletí de prevenció dels errors de medicació de Catalunya

www.errorsmedicacio.org

Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat i Seguretat Social

Butlletí de prevenció dels **errors de medicació** de Catalunya

- **Mètodes de detecció d'errors de medicació**
- **Errors relacionats amb la forma farmacèutica**
- **Exemples d'errors de forma farmacèutica notificats i mesures de millora**
- **Dades estadístiques del programa de prevenció d'errors de medicació**
- **Bibliografia d'interès sobre errors de medicació**

MÈTODES DE DETECCIÓ D'ERRORS DE MEDICACIÓ

En el nostre primer butlletí de prevenció d'errors de medicació, vàrem exposar els conceptes més importants sobre aquest tema. En aquest segon número, explicarem els mètodes que s'utilitzen per a detectar els errors de medicació amb la finalitat d'aplicar posteriors mesures de millora i poder-ne evitar altres errors similars en el futur.

Els mètodes més utilitzats actualment són la notificació voluntària, l'observació directa, la revisió d'històries clíniques i la tècnica d'anàlisi d'incidents crítics.

Mètode de notificació voluntària

És el més recomanable a l'hora d'iniciar un programa de detecció d'errors de medicació i cal tenir-lo en compte com a mètode d'elecció en l'atenció primària. Es basa en notificar de forma voluntària els errors de medicació que es produeixen en la pràctica clínica habitual o pel propi pacient. Aquest **és el mètode de notificació que ha estat adoptat en el Programa de prevenció d'errors de medicació del Departament de Sanitat i Seguretat Social**.

Els errors notificats voluntàriament recullen en quines circumstàncies es va produir l'error, les seves causes i severitat i les mesures que es proposen per a evitar-los posteriorment.

Les notificacions d'errors que descriuen situacions de risc, com poden ser lesions permanents, incidents propers a la mort o la pròpia mort *(casos sentinella)*, requereixen un anàlisi multidisciplinar amb els professionals implicats en l'error i l'adopció immediata de mesures no punitives adreçades a la prevenció i a la millora dels processos.

Un dels inconvenients del mètode de notificació voluntària és que el notificador ha de superar barreres psico-socials com la por a la pèrdua de l'estima dels companys, una disminució de l'autoestima o el sentiment de culpa. Això fa que el rendiment d'aquest sistema no sigui molt elevat. Malgrat això, permet que es coneguin els errors més greus que no poden detectar-se pel mètode

d'observació i també permet que el notificador faci una primera anàlisi dels punts crítics que han fallat.

Aquest mètode millora la cultura de qualitat del personal implicat i millora també la seguretat del pacient, i és factible implantar-lo en la major part dels centres sanitaris.

Mètode d'observació directa

Aquest mètode s'ha utilitzat específicament en els hospitals. L'any 1962, Kenneth Barker[1], va publicar un dels primers treballs sobre aquest tema, en el qual aplicava el mètode d'observació.

Aquest mètode consisteix en l'observació discreta del personal d'infermeria per persones no implicades en aquesta tasca i detectar així els errors que es produeixen en el circuit de prescripció, validació, dispensació i administració de medicaments. S'anota l'administració en una fitxa d'observació, posteriorment es compara amb la prescripció del metge i s'analitza també la validació del farmacèutic.

Malgrat que s'ha discutit la influència de l'observador sobre el personal observat,[2,3] hi ha un treball que demostra que no hi ha diferències significatives en les taxes d'error abans i després de la primera intervenció per a cada infermera, ni entre observadors ni tampoc en incrementar la durada de l'observació.

El mètode d'observació directa és unes 1.000 vegades més eficaç que el de notificació voluntària però suposa un esforç molt més elevat en personal i en cost.[4] Pot incorporar-se a la rutina diària dels hospitals, implicant a metges, farmacèutics i personal d'infermeria dins d'un grup de treball que realitzi o que coordini les observacions, i que posteriorment en faci la seva anàlisi sota el punt de vista de l'administració, la validació i la prescripció.[5]

El nombre d'observacions ha de ser una mostra estadísticament representativa del nombre d'administracions de medicaments que es realitzen en el centre. La taxa d'error es calcula com a percentatge, dividint el nombre d'errors detectats i el nombre d'oportunitats d'error (administracions més omissions) i multiplicat per 100.[2]

En un estudi fet mitjançant aquest mètode d'observació, dirigit només a la dispensació de medicaments, en 50 hospitals s'ha descrit una taxa de seguretat del 98%.[6]

En el nostre entorn s'han obtingut unes taxes d'error que varien entre un 2,9% i un 7,9%.[7]

Mètode de revisió d'històries clíniques o altres sistemes de registre

Consisteix en la detecció d'errors de medicació mitjançant la revisió d'històries clíniques en les quals s'ha anotat l'error. És un mètode més productiu que el de notificació voluntària però menys que el d'observació directa[8] i també es adaptable a altres sistemes de registres com poden ser les fitxes de medicació de pacients crònics a l'atenció primària o la història farmacoterapèutica a l'oficina de farmàcia.

Actualment, s'estan realitzant treballs[9] que comparen la revisió automàtica dels informes d'alta amb paraules clau que detecten "incidents adversos", i es demostra que la revisió informàtica és més eficient que la revisió manual clàssica.

En un estudi recent, les taxes d'error detectades per 3 mètodes diferents varen ser d'un 11,7% per observació, un 0,75% per revisió d'històries clíniques

i i un 0,04% per notificació voluntària sobre 2.556 dosis administrades en 36 hospitals.[8]

Mètode d'anàlisi d'incidents crítics

Consisteix en la notificació i anàlisi d'incidents crítics, és a dir, que inclouen esdeveniment que produeixen lesió o que, potencialment, poden produir-la. S'analitzen un nombre important d'incidents produïts i s'extreuen mesures per a evitar-ne altres de similars.[10,11]

Els obstacles que aquest mètode ha de superar per aconseguir que es notifiquin errors són similars als del mètode de notificació voluntària.

Hi ha menys estudis realitzats amb aquest mètode. Un d'ells, es va dur a terme en una unitat de cures intensives pediàtrica i va utilitzar un sistema de notificació voluntari no punitiu. Es varen analitzar 284 incidents crítics, dels quals el 76% eren de severitat menor, el 19% de severitat moderada i el 5% de severitat major. Quaranta-sis d'aquests errors varen servir per a dur a terme canvis en el sistema, com poden ser el doble control per a medicaments de risc, prescripció normalitzada i proposta de canvi a les autoritats sanitàries sobre l'etiquetatge dubtós de diferents medicaments.[12]

Bibliografia

1. Barker KN, Mc Connell WE. Detecting errors in hospitals. Am J Hosp Pharm. 1962; 19: 361.
2. Allan EL, Barker KN. Fundamentals of medication errors research. Am J Hosp Pharm 1990; 47:555-571
3. Lacasa P y Garcia C. Observar la actividad humana. El error en la práctica médica cotidiana. En: Lacasa C, Cot R, Humet C: "Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento". 2001 . EASO, Barcelona, pp 105-124.
4. Lacasa C, Polo C, Andreu C y cols. Detección de errores de medicación en hospitales. Evaluación de la calidad del proceso de prescripción, dispensación y administración de medicamentos. Rev Calidad Asistencial. 1998; 13:92-100.
5. Andreu C,Lacasa C, Miquel M. Detección de errores de medicación en los hospitales por el método de comunicación. En: Lacasa C, Cot R, Humet C: "Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento". 2001 . EASO, Barcelona, pp 143-148.
6. Flynn EA, Barker KN, Carnahan BJ. National observational study of prescription dispensing accuracy and safety in 50 pharmacies. J Am Pharm Assoc 2003; 43: 191-200.
7. Lacasa C. Errores de medicación, Implicaciones económicas. V Jornada de la Societat Catalana de Qualitat Assistencial. Barcelona. Juny 2003-08-14
8. Flynn EA, Barker KN, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL. Comparison of methods for detecting errors in 36 hospitals and skilled-nursing facilities. Am J Health-Syst Pharm 2002, 59: 436
9. Murff HJ, Foster AJ, Peterson JF, Fiskio JM, Heiman HL, Bates DW. Electronically screening discharge summaries for adverse medical events. J Am Med Inforn Assoc 2003; Mar 28.
10. Flanagan JC. The critical incident technique. Psycological bulletin 1954; 51:327-358
11. Martínez J. Detección de errores de medicación por el método de comunicación. En Lacasa C, Cot R, Humet C: "Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento". 2001 . EASO, Barcelona. Pp 149-160
12. Frey B, Buettiker V, Hug MI, Waldvogel K, Gessler P, Ghelfi D, Hodler C, Baezinger O. Does critical incident reporting contribute to medication error prevention. Eur J Pediatr. 2002; 161:594-599

ERRORS RELACIONATS AMB LA FORMA FARMACÈUTICA

Amb aquesta denominació s'agrupen aquells errors de medicació que tenen relació amb el medicament. Ens referim als medicaments amb noms semblants, envasos similars, etiquetatges que poden induir a confusió, prospectes erronis, descripcions de dosificacions incompletes o incorrectes, etc.

Aquest tipus d'errors es notifiquen amb facilitat en el medi assistencial ja que no comprometen cap professional. No obstant, sí que poden donar lloc a circumstàncies potencials de provocar i produir errors molt greus.

Cal tenir en compte que la incorporació dels farmacèutics comunitaris en el sistema de notificació d'errors pot ser molt valuosa per detectar errors relacionats amb la forma farmacèutica, atès que són els que més envasos gestionen diàriament.

Noms similars

La similitud fonètica i ortogràfica en els noms dels medicaments augmenta la possibilitat d'errors per confusió de productes, sobre tot, quan es tracta d'una prescripció mèdica verbal o escrita a mà. Quan ens trobem amb marques comercials molt semblants, s'incrementa la possibilitat d'error.

Envasos similars

La gran quantitat d'especialitats farmacèutiques que existeixen al mercat així com una manca de legislació clara sobre el retolat de les especialitats, fa que sovint ens trobem amb envasos de medicaments de dosis diferents o de principis actius diferents d'una mateixa companyia farmacèutica molt difícils de diferenciar.

Això comporta en moltes ocasions errors de medicació per dispensació d'un medicament d'una dosis per una altra, confusió de diferents substàncies o dificultats de diferenciació clara entre medicaments diferents, sobre tot en el col·lectiu de pacients de més edat i amb polimedicació.

Serigrafiat similar

De la mateixa manera que succeeix amb la similitud d'envasos, hi ha serigrafiats de difícil diferenciació. Això és especialment greu en medicaments d'administració parenteral. Aquest fet constitueix una possibilitat d'error que cal intentar minimitzar mitjançant una impressió ben diferenciada, ressaltant especialment les diferències.

Informació incompleta: forma farmacèutica i prospecte

De vegades l'error es troba en el prospecte del medicament, o bé trobem formes farmacèutiques en les quals és impossible conèixer la dosi de principi actiu. D'altres vegades, com succeeix amb el cotrimoxazol intravenós, no queda clar que el dissolvent conté el trimetoprim i s'han notificat diversos errors d'administració en els que únicament s'havia administrat sulfametoxazol per haver reconstituir el vial amb aigua bidestil·lada.

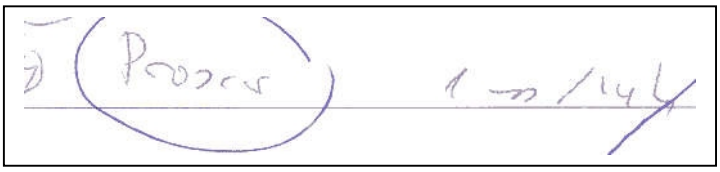
En d'altres productes que s'han de conservar a temperatura de congelació (<-15º C), aquest fet no es diferencia clarament i sovint es conserven en refrigerador. Un exemple d'aquest fet el constitueix el tissucol i el propess.

EXEMPLES D'ERRORS DE FORMA FARMACÈUTICA NOTIFICATS I MESURES DE MILLORA ADOPTADES

Aquests exemples han estat notificats a la web del Programa de notificació d'errors de medicació a Catalunya

Noms similars

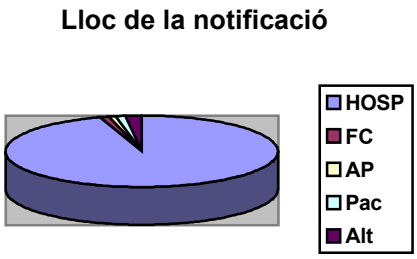
Proscar^R – Prozac^R	Prozac^R-Parizac^R
Linoten^R - Loniten^R	Dalacin^R – Dacortin^R
Lovibon^R – Cariban^R	Trangorex^R –Trandate^R
Toradol^R – Torecan^R	Seloken^R – Seroquel^R
Lamotrigina – Lamivudina	Diaben^R – Dianben^R



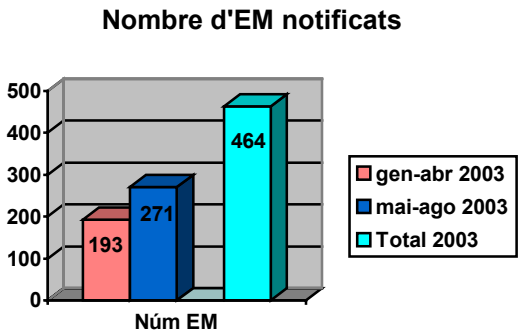
Envasos i serigrafiats similars

DADES ESTADÍSTIQUES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓ D'ERRORS DE MEDICACIÓ

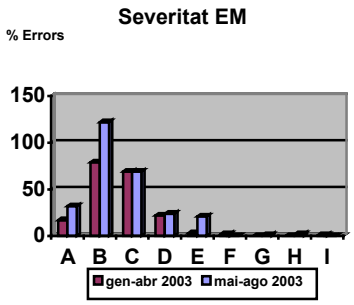
Tot i que el Programa de prevenció d'errors de medicació s'estén a tots els àmbits assistencials, la major part d'errors de medicació notificats en el període gener – setembre de 2003 han tingut el seu origen a l'atenció hospitalària.



S'ha observat un increment progressiu en la notificació d'errors de medicació des de l'inici del programa així com en el nombre de centres notificadors. Durant els mesos de juliol i agost el nombre d'errors notificats ha estat molt baix.



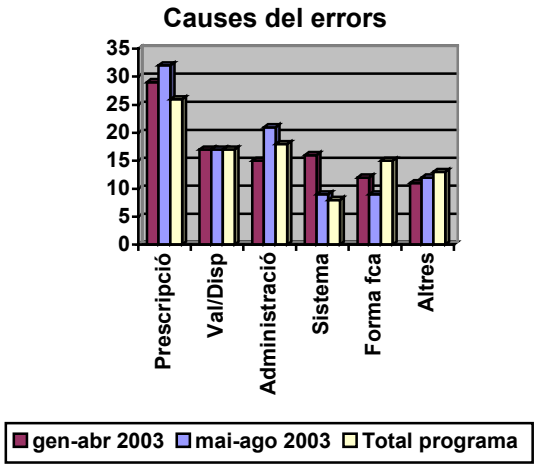
Com succeeix en tots els programes de notificació voluntària d'errors de medicació, els més freqüents són els de severitat baixa que no causen lesió al pacient, és a dir, de severitat A,B,C i D i són els



errors relacionats amb la fase de prescripció, validació i dispensació del medicament.

Cal remarcar que les notificacions de severitat A i B es refereixen a errors que han estat detectats abans de que el medicament arribi al pacient. Per això, aquestes notificacions representen una oportunitat de millora, i fent prevenció d'aquests errors serà possible evitar la resta.

La causa més freqüent dels errors notificats ha estat en el procés de la prescripció de la medicació, essent els d'administració la segona causa més



freqüent, però cal tenir en compte que la notificació voluntària no és el millor mètode per a la seva detecció.

BIBLIOGRAFIA COMENTADA SOBRE ERRORS DE MEDICACIÓ

Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento.
Carmen Lacasa, Roser Cot, Carlos Humet
Ed EASO. 2001. Barcelona.

El llibre s'estructura en quatre àrees (generalitats, mètodes, prevenció i àrees específiques) amb una introducció i 28 capítols. L'autor de la introducció és Michael R. Cohen, considerat l'expert amb més prestigi en aquest camp.

En el primer apartat s'inclouen vuit capítols sobre temes generals que van des d'aspectes bioètics fins a fàrmaco-econòmics. El segon inclou sis capítols

sobre detecció. El tercer apartat analitza, en nou capítols, la prevenció aportant sistemes per a minimitzar la seva incidència. El quart i darrer apartat exposa les condicions específiques de l'error de medicació en anestesiologia, medicina intensiva, urgències, pediatria i oncologia.

El text es complementa amb nombroses taules i figures que, juntament amb la bibliografia actualitzada, faciliten la comprensió del lector.

Director: Eugeni Sedano Monasterio **Subdirector:** Joan Serra Manetas

Comitè editorial
Tomàs Casasín, María José Gaspar, Rosa García, Maria Pilar Gascón, Carmen Lacasa, Alba Prat, Neus Rams,

ISSN en tràmit