

Boletín de prevención de los errores de medicación de Cataluña




 Generalitat de Catalunya
 Departament de Salut

www.errorsmedicacio.org

Boletín de prevención de los errores de medicación de Catalunya

- **Jornada monográfica: seguridad del paciente y medicamentos**
 Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y de Baleares
 1 de diciembre de 2004

PRIMERA JORNADA MONOGRÁFICA: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y MEDICAMENTOS

Presentación de la Jornada

Joan Altimiras i Ruiz. Presidente de la Sociedad Catalana de Farmacia Clínica.

Joan Serra i Manetas. Subdirector general de Farmacia y Productos Sanitarios. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya

Conferencia inaugural

La prevención de errores de medicación como herramienta de mejora de la calidad y seguridad

Rosa Sunyol. Fundación Avedis Donabedian

Programa de prevención de errores de medicación del Departamento de Salud

Programa y recomendaciones del Consejo Asesor

Neus Rams. Planificación Farmacéutica. Departamento de Salud

Resultados del Programa

Tomàs Casasín. Hospital de Viladecans. SCFC

Acciones con la industria

Carmen Lacasa. Hospital de Barcelona. SCFC

Presentación del Premio a la mejor iniciativa en prevención de errores de medicación

Prevención de errores de medicación en el hospital

Modera: Clara Agustí. Consorcio Sanitario de Mataró

Los médicos y la prevención de errores de medicación

Peter Reth. Consorcio Sanitario de Mataró

Experiencia en un hospital comarcal

Rosa Sacrest. Hospital de Olot. Girona

Observación directa

Carmen García. Hospital de Barcelona

Comunicación

Carles Codina. Hospital Clínico de Barcelona

Prevención de errores de medicación en las unidades especiales

Modera: Begoña Bara. Hospital General de Catalunya

Área quirúrgica

Eli Izquierdo. Hospital de Viladecans

Pediatría

Susana Clemente. Hospital Vall d'Hebron



Urgencias

Kleber Ramírez. Hospital de Barcelona

Oncología

Montserrat Rey. Instituto Catalán de Oncología

Unidad de cuidados intensivos

Dolors Font. Hospital General de Catalunya

Prevención de errores de medicación en la atención primaria o comunitaria

Modera: Ana Ayestaran. Hospital de Sant Celoni. Barcelona

Atención primaria

Carne Solera. Consorcio Sanitario de Terrassa. Barcelona

Farmacia comunitaria

Carne Capdevila. Colegio de Farmacéuticos de Barcelona

Información al paciente

Àngels Vidal. Pius Hospital de Valls. Tarragona

Conferencia de clausura

Papel de la industria farmacéutica en la prevención de errores de medicación.

Emili Esteve. Farmaindustria

■ LA PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE CALIDAD Y SEGURIDAD

Rosa Sunyol. Fundació Avedis Donavedian (FAD)

Los servicios sanitarios tienen como objetivos de calidad la efectividad, la eficiencia, la equidad, la accesibilidad, la satisfacción y la seguridad. La seguridad indica la ausencia de lesiones debidas a accidentes. Un error se define como una acción fallida que no se realiza como se había previsto.

Lo más importante a la hora de estudiar un error es evaluar a fondo sus causas (*Root Cause Analysis*). Este hecho es muy importante para comprender por qué se ha producido el error.

El informe del IOM (Institut of Medicine) estima que cada año en Estados Unidos se producen un millón de lesiones y entre 44.000 y 90.000 muertos anuales por accidentes adversos prevenibles que son responsables de un 4-17% de los ingresos hospitalarios, la octava causa de mortalidad y suponen un coste alrededor de 17 a 29 billones de dólares anuales.

Los errores suceden por una multiplicidad de causas relacionadas con la planificación, ejecución u omisión; son internos o externos, individuales o de sistema. No hay nunca una solución simple y de aplicación universal.

Es preciso tener en cuenta que el personal sanitario se encuentra entre los trabajadores mejor formados y dedicados del mundo laboral y, aun así, se producen accidentes prevenibles. No se puede admitir basar el modelo de análisis de los errores en la persona sino que hay que basarlo en el sistema. Hay que asumir que las personas se equivocan y los errores son previsibles incluso en las mejores organizaciones. Los errores conviene verlos como consecuencias y no como causas. No se trata de cambiar la condición humana sino de cambiar las condiciones en que trabajan las personas. Cuando se produce un accidente, lo más importante no es averiguar quién se equivocó sino cómo y por qué fallaron las medidas defensivas.

Hay diferentes tipos de errores que afectan a cualquier fase del proceso: de diagnóstico, de tratamiento, de prevención y otros.

Los errores de medicación (EM) representan entre un 25-30% de los ingresos en urgencias; se producen en un 43% de los casos donde se presenta una oportunidad de error y, únicamente, con la correcta identificación del paciente se evitan entre un 35 y un 52% de todos los tipos de errores de medicación.

Cualquier organización debe tener entre sus objetivos el de mejorar la seguridad de los pacientes mediante el estudio y prevención de los problemas que causan errores asistenciales y contribuir al cambio de cultura entre los profesionales, la administración y los mismos ciudadanos en la concepción cultural del error.

■ PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN DE CATALUÑA

Resultados del Programa

Tomàs Casasín i Edo

Coordinador del Programa de prevención de errores de medicación de Cataluña. Servicio de Farmacia. Hospital de Viladecans. SCFC

El actual Programa de prevención de errores de medicación de Cataluña nació a finales del año 2002 como consecuencia de la firma del convenio de colaboración entre el Departamento de Salud (entonces Departamento de Sanidad y Seguridad Social) y el grupo de prevención de errores de medicación de la Sociedad Catalana de Farmacia Clínica (SCFC).



En el año 2000, quedó desierto el premio de la SCFC y la Junta Directiva, con acierto, destinó el importe de este premio a la formación de un grupo de prevención de errores de medicación. Este proyecto, coordinado por Carmen Lacasa (Hospital de Barcelona) y Tomàs Casasín (Hospital de Viladecans) contó con la participación de diferentes compañeros farmacéuticos de los distintos ámbitos asistenciales y profesionales y también del mundo universitario.

A mediados del año 2001, se abrió la posibilidad de notificación en línea dentro de la página web de la SCFC. Si bien estaba abierta a todo el mundo, sirvió como prueba piloto para que cinco hospitales del grupo mencionado introdujesen notificaciones voluntarias de errores de medicación. Durante el año 2002, se incorporan al Programa de notificación diferentes centros notificadores y se añaden mejoras informáticas y de contenidos a los nuevos dominios contratados (www.errorsmedicacio.org y www.erroresmedicacion.org) como, por ejemplo, “datos estadísticos”, “errores para aprender”, “errores con imágenes”, “centros notificadores”, “boletín”.

Es durante este año que el Departamento de Sanidad y Seguridad Social se interesa por el proyecto y se firma un convenio de colaboración entre ambas partes; de esta manera nace, de manera estricta, el Programa de prevención de errores de medicación de Cataluña.

Este hecho comporta la creación de un consejo asesor multidisciplinar (FAD, profesionales de la medicina, de enfermería, farmacéuticos, CatSalut, Departamento de Salud, Facultad de Farmacia) que da un apoyo institucional al programa incuestionable.

Se trata de un programa de notificación voluntaria, estrictamente confidencial, no punitivo. Además, tiene una vertiente informativa en cuanto a contenidos: boletín y futuras recomendaciones de prevención de EM, tríptico (*Si debe tomar medicamentos, hágalo correctamente*), entre otras iniciativas que se están llevando a cabo.

Durante el periodo de mayo de 2001 hasta finales de noviembre de 2004, se han notificado 1.242 errores de medicación al Programa (69 en 2001, 157 en 2002, 636 en 2003 y 380 durante 2004). Si se consideran también los errores de medicación notificados con carácter privado por el centro notificador (16%), la cifra total de errores notificados

es de 1.473. Estas cifras indican que el 84% de las notificaciones se realizan a la base de datos del Programa de prevención de errores de medicación de Cataluña.

A pesar de que uno de los objetivos del Programa es conseguir que la notificación se origine en cualquier ámbito asistencial, la mayor parte de los errores, como ocurre en el resto de países, tienen el origen en el hospital, probablemente porque es donde se inician la mayor parte de programas de seguridad de medicamentos; así no sorprende que el 92% de los EM se hayan notificado desde el hospital. Cabe destacar que en el último año se han incrementado considerablemente los procedentes de la farmacia comunitaria (4%).

Cuando se analizan las causas de los EM, se observa que éstas son multifactoriales ya que se han notificado 1.719 causas para 1.242 errores. La prescripción representa el 30%, posiblemente porque es la causa más fácilmente percibida por el personal farmacéutico y de enfermería dentro del proceso farmacoterapéutico. El papel cada vez más implicado del personal de enfermería en los programas de prevención conlleva que la administración sea la segunda causa (20%). La verificación de la prescripción y la dispensación representan un 16%; un 13% tienen relación con la forma farmacéutica (nombres similares, etiquetado parecido...); otro 13% se encuentran dentro de otras causas, y el 8% restante se han considerado como causas de sistema.

El 93% de los errores corresponden a una gravedad comprendida en los tramos A, B, C y D, o sea, errores que no han producido lesión al paciente. El 7% restante han ocasionado algún tipo de lesión en mayor o menor grado. El alto porcentaje de errores notificados de tipo B indica que la mayoría de errores producidos se detienen antes de llegar al paciente; o sea, existen medidas preventivas capaces de parar los errores.

El 92% de los errores notificados se han realizado a partir de los centros notificadores. Este año, hay 33 centros notificadores dados de alta, pero únicamente 25 han notificado más de un error. De estos 25 centros, hay que destacar que 6 son responsables del 76% del total de las notificaciones. Es preciso señalar que últimamente se han dado de alta nuevos centros que se espera que participen activamente en el Programa.



Finalmente, hay que indicar que el 69% de los errores han sido notificados por el farmacéutico, el 11% por los estudiantes de prácticas tuteladas de farmacia, un 8% por el personal de enfermería y un 6% por los médicos. Estos datos tienen que analizarse cuidadosamente puesto que no representan en todos los casos al personal que ha originado la notificación sino a quien ha registrado el error de medicación.

Los medicamentos que han provocado errores de gravedad superior a E han sido, entre otros, medicamentos utilizados en el área quirúrgica (analgésicos opiáceos, relajantes, anestésicos, ansiolíticos), anticoagulantes (orales, heparinas), cardiovasculares (digoxina) y antiinflamatorios (diclofenac, metamizol).

En cuanto al número total de errores, el grupo del sistema nervioso es el que se encuentra más implicado (289), seguido del de antibióticos (244) y el grupo de cardiovascular (240). Les siguen los anticoagulantes y electrólitos (170), los antiseoretos y antieméticos (151), hormonas y antidiabéticos (103).

Para acabar, queremos destacar que los e-registros reducen los errores de medicación, y a partir de esta Jornada animamos a todos los profesionales sanitarios a participar activamente en el Programa de notificación de errores de medicación de Cataluña (www.errorsmedicacio.org) porque estamos convencidos que es preciso **notificar para prevenir**.

Acciones con la industria

Carmen Lacasa

Coordinadora del Programa de prevención de errores de medicación de Cataluña. Servicio de Farmacia. Hospital de Barcelona.

El Grupo de Prevención de Errores de Medicación de la Sociedad Catalana de Farmacia Clínica, desde su creación en el año 2001 hasta este año, ha recogido 1.248 errores de medicación y 1.725 causas de error. Del total de causas de error, el 13% han sido debidas a la similitud de envases, nombres de medicamentos parecidos, envasado y etiquetado incorrectos por parte de la industria farmacéutica.

Teniendo en cuenta los errores comunicados a la base de datos del Departamento de Salud (www.errorsmedicacio.org), se han enviado 36

comunicaciones a la industria farmacéutica para que mejore estos aspectos y 8 han aceptado la sugerencia de mejora y han cambiado los envases o el etiquetado. Se han enviado otras tantas comunicaciones a las autoridades sanitarias para que nos ayuden y al mismo tiempo se han sugerido estas mejoras a la industria farmacéutica.

Además, se han publicado cuatro notas de agradecimiento a la industria difundidas mediante la lista de correo de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria para que sirvan de estímulo positivo en esta mejora continua de la calidad.

También se han enviado 78 comunicaciones a otros laboratorios farmacéuticos para que mejoren el envasado.

PREMIO A LA MEJOR INICIATIVA EN PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN

El presidente de la Sociedad Catalana de Farmacia Clínica anuncia la dotación de un premio a la mejor iniciativa en prevención de errores de medicación. Se tendrá en cuenta la multidisciplinariedad del proyecto así como su originalidad.

Además, se hará una mención especial al laboratorio farmacéutico que haya contribuido de una manera eficiente a la mejora y prevención de los errores de medicación relacionados con sus productos.

PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL HOSPITAL

Los médicos y la prevención de errores de medicación

Peter Reth. Consorcio Sanitario de Mataró

Numerosos estudios, la mayoría realizados en los Estados Unidos, han puesto de manifiesto la importancia de los errores de medicación, sus graves consecuencias clínicas para el paciente y los elevados costes que generan.

Tanto el informe del IOM de 1999 como las recomendaciones de la American Society of Health-System Pharmacists (ASHSP) a través de las *Guidelines on preventing medical errors in hospitals*, sitúan la implantación de sistemas de notificación voluntaria de errores de medicación dentro de las instituciones como una de las estrategias útiles para su prevención. Ahora bien, a pesar de demostrarse



útiles, una de las limitaciones más importantes del sistema de notificación voluntaria es que no se detectan la mayoría de EM ni muchos de los errores de prescripción más graves y, por tanto, no permiten conocer tasas reales de errores. Se ha estimado que sólo un 0,2% de los EM son detectados por este método. Según datos de la bibliografía médica, las tasas de EM están cerca del 5%. En nuestro país también hay estudios que reflejan la existencia de este tipo de errores con resultados similares y que intentan incorporar programas de mejora en el uso correcto de los medicamentos.

Según algunos autores, el 50% de los errores se evitarían con la incorporación de sistemas clínicos de apoyo a la toma de decisiones en el momento de la prescripción y de la administración. Los sistemas de prescripción electrónica (*Computer Physician Order Entry* o CPOE) se perfilan como una herramienta útil a la hora de disminuir la tasa de errores médicos y aumentar la seguridad de todo el proceso relacionado con la prescripción médica. Estos sistemas de información tienen que ir incorporando y actualizando diferentes ayudas a la decisión clínica (como, por ejemplo, sistemas de alarma cuando hay incompatibilidades o duplicidad de medicamentos, interacciones, pautas no habituales, etc.) que completan la prescripción y le dan un valor añadido. En este contexto, y para impulsar la cultura de la prevención de los EM, en el año 2001 se creó en el Hospital de Mataró un grupo multidisciplinar con los objetivos siguientes: a) impulsar la implantación de un sistema voluntario de notificación de errores de medicación; b) analizar las causas de los errores de medicación notificados a través del Programa, y c) difundir los conocimientos de errores de medicación y las estrategias de prevención entre los profesionales de la salud.

Con este Programa se pretende unir esfuerzos para conseguir un único objetivo: hacer un uso del medicamento más seguro. El conocimiento de los errores no debe servir para buscar culpables ni para implantar medidas punitivas. Este conocimiento debe servir para encontrar las causas del error, las circunstancias que han permitido que el error se produjese y buscar las soluciones para evitar que vuelva a repetirse.

Un sistema de prescripción electrónica que permitiera el registro electrónico de la prescripción y la administración de medicamentos a pie de cama, integrado en la historia clínica y que sustituyese la

actual hoja de prescripción y administración de enfermería, evitaría algunos pasos del proceso actual, como por ejemplo la transcripción y la validación, e incorporaría sistemas de ayuda a la prescripción (con aplicaciones informáticas). Todo ello induce a pensar que este sistema de prescripción electrónica reduciría los EM y aumentaría la seguridad de los tratamientos farmacológicos. El desarrollo de estas aplicaciones informáticas comporta un trabajo en equipo de un proyecto multidisciplinario, compartido por todos los profesionales que intervienen en el proceso, incluidos los informáticos y los programadores. Este sistema permitiría dotar al personal sanitario de una herramienta con información en línea para promover una prescripción y un uso del medicamento más racionales.

Experiencia en un hospital comarcal

Rosa Sacrest. Hospital de Olot. Girona

Los errores de medicación son un problema real. Por ello se creó en el Hospital Sant Jaume de Olot un grupo de trabajo con el fin de:

- Identificar las causas de los errores.
- Conocer la incidencia y hacer estudios estadísticos.
- Difundir la importancia del tema en nuestro hospital, en otros hospitales de la provincia, en los centros de atención primaria y en la farmacia comunitaria.
- Notificar los errores a la SCFC.
- Valorar el grado de implicación de los profesionales a través de una encuesta.
- Aplicar medidas correctoras.

Hemos agrupado las causas de errores encontrados en 21 conceptos diferentes que nos han ayudado a aplicar las medidas correctoras. Algunas de estas causas son: pauta incorrecta, no prescribir de forma genérica, uso incorrecto de abreviaturas, presentaciones diferentes de un mismo fármaco del mismo laboratorio...

Entre otros puntos de interés hemos podido definir quién detecta los errores, cuántos se detectan antes de llegar al paciente, qué tipo de lesión pueden provocar y de qué punto del proceso de prescripción, dispensación y administración de medicamentos provienen mayoritariamente.



Por medio de una encuesta dirigida al personal sanitario, hemos podido ratificar la dificultad que tenemos los profesionales para conocer las características principales de los medicamentos.

Las conclusiones son:

- Es necesaria una sistemática de trabajo del proceso que sea simple y aceptada por todos los estamentos implicados. Son necesarios el orden y la adaptación en el tiempo y también hay que disponer de un plan de formación.
- Tenemos que utilizar herramientas informáticas (ordenador, PDA...) y conseguir un programa que integre el "pase de visita" con la prescripción asistida (ayudas de dosis, interacciones...), los controles de enfermería, las consultas analíticas, las programaciones...
- Es preciso seguir con las notificaciones a la SCFC y los consejos del Grupo Español de Prevención de Errores de Medicación (GEPEM).

Observación directa

Carmen García. Hospital de Barcelona

El Hospital de Barcelona es un hospital de agudos que en el año 2003 atendió a 17.994 pacientes ingresados y 50.866 pacientes fueron visitados en urgencias.

Dispone de un sistema de dosis unitaria informatizada que incluye el plan de medicación para enfermería, prescripción electrónica de las prescripciones médicas (70% al año 2003), el resto son órdenes manuales.

Durante el año 1994 se creó un grupo de trabajo multidisciplinar formado por profesionales de la medicina, farmacia y enfermería, un asesor estadístico y un especialista de calidad, y se diseñó el estudio de errores de medicación por el método de observación. Se elaboró una ficha de recogida de datos basada en los 12 tipos de errores definidos por la American Society of Hospital Pharmacy. Se excluyó el error de prescripción por considerarlo causa de error y no error de hecho, y se inició el estudio que se ha ido realizando cada año hasta el actual.

La tasa media de error por observación en los últimos años ha sido de 5,1% teniendo en cuenta la hora de administración y 3,8% sin tenerla en cuenta.

La mayor independencia del observador respecto del observado produce tasas de errores superiores.

El grupo también trabaja con el método de comunicación de errores de medicación.

La tasa media de error por comunicación ha sido de 0,03%.

Se analizan todos los errores, tanto los obtenidos por el método de observación como los notificados de forma voluntaria y se establecen, se aplican y difunden medidas de mejora.

Hemos llegado a las conclusiones siguientes: la utilización de los dos métodos es una buena medida de calidad para mejorar el sistema de utilización de medicamentos; la implicación del personal del grupo de trabajo influye de manera positiva en la aplicación de medidas de mejora, y existe un elevado grado de concienciación de todo el personal que entiende el error como una oportunidad de mejora de la calidad y no como una medida punitiva.

PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN LAS UNIDADES ESPECIALES

Área quirúrgica

Eli Izquierdo. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital de Viladecans. Barcelona

Los errores de medicación dentro el área quirúrgica son aún poco notificados, y tienen como particularidad el hecho de ser potencialmente muy graves. De los 42 errores notificados al Programa de notificación de errores de medicación de Cataluña, 12 han sido de gravedad E (paciente con tratamiento y lesión temporal) o superior (28,5%).

Con el objetivo de intentar disminuir el número de errores de medicación en el área quirúrgica, queremos poner en marcha una serie de medidas preventivas para el control de la administración de los fármacos.

Las medidas se han dividido en tres categorías dependiendo de su nivel de evidencia según diferentes estudios:

1. Altamente recomendado (nivel de evidencia 100%): leer la etiqueta antes de administrar un fármaco, jeringuillas rotuladas, rotulación estándar y organización óptima del carro de anestesia.



2. Recomendado (nivel de evidencia del 80-100%): segunda lectura por segunda persona, notificación y revisión de los errores, notificación a todo el personal de cualquier cambio en la presentación farmacéutica, diferenciación clara entre fármacos desde la presentación farmacéutica hasta la separación de fármacos que pueden originar confusión.

3. Posiblemente recomendado (con un nivel de evidencia menor al 80%): presentación con jeringuilla, preparación y administración del fármaco por la misma persona, códigos de colores, medidas de jeringuillas, medidas y colores de agujas.

CONCLUSIONES: no existe cultura de notificación de errores en nuestra área. Con estas medidas pretendemos minimizar nuestros errores de medicación para mejorar la calidad de nuestra tarea médica.

- Jensen LS, Merry AF, Webster CS, Weller J, Larsson L. Evidence-based strategies for preventing drug administration errors during anaesthesia. *Anaesthesia* 2004; 59: 493-504.
- Otero MJ, Martín R, Domínguez-Gil A. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. A: Lacasa C, Humet C, Cot R. Errores de medicación: prevención, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: EASO SL, 2001: 95-102.

Pediatría

Susana Clemente. Servicio de Farmacia, Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

La incidencia de errores de medicación (EM) en pediatría es el doble o el triple de la población adulta. Para poder prevenirlos es imprescindible conocer qué motivos inducen a cometerlos y cuáles son los más comunes.

Los motivos que aumentan este riesgo son variados, ya que además de los factores que pueden darse en un adulto, es preciso añadir otros más específicos del niño, entre los cuales se encuentran: el desconocimiento de la farmacocinética y farmacodinámica del fármaco en relación con la edad pediátrica; la dosificación de los fármacos según el peso, superficie corporal y edad del paciente; la falta de disponibilidad de formulaciones adaptadas a las necesidades posológicas de la población pediátrica; la falta de disponibilidad de material adecuado para la administración del fármaco y, finalmente, la falta de comunicación con el niño.

En pediatría, los errores más comunes son los de prescripción, y dentro de éstos, los errores de dosificación, abarcando el intervalo entre dosis o el

cálculo erróneo de la dosis, ya sea por error matemático con la utilización de ceros y cifras decimales en las dosis de niños obesos o adolescentes al sobrepasar las dosis máximas recomendadas al adulto; por confusión de unidades de medida con la conversión de unidades de peso a volumen en preparados líquidos orales (implica un conocimiento de la concentración de cada preparado con la dificultad, en ocasiones, de la existencia de múltiples concentraciones de un mismo fármaco con el mismo nombre comercial.

Otro error comunicado con frecuencia es el error en la administración, sobre todo por la vía intravenosa, por no tener en cuenta el espacio muerto del cono de la jeringuilla y aguja, filtro y purga en la administración de pequeños volúmenes. La utilización de cuentagotas y cucharitas para la administración de fármacos por vía oral es otra fuente importante de errores.

En la farmacia de la sección maternoinfantil de nuestro hospital se recogieron 87 EM por notificación voluntaria en pacientes pediátricos durante un periodo de 6 meses. La mayoría fueron de prescripción. En un 81%, el error se produjo pero no llegó al niño. El grupo terapéutico con mayor incidencia de EM fue el de los antiinfecciosos sistémicos (38%), y los inyectables, la forma farmacéutica implicada en un mayor porcentaje de error (62%). Para acabar, el error más frecuente fue el error de dosis (63%).

Para disminuir estos errores se recomiendan medidas que incluyen a todos los miembros del equipo sanitario. Cada uno de ellos tiene que conocer cuáles son los errores más comunes cometidos y dedicar una atención especial a los procesos donde suelen producirse. Por otra parte, el sistema hospitalario tendría que poner herramientas que ayudasen a minimizar los EM, como por ejemplo estandarizar las hojas de prescripción médica, abarcando áreas para el registro del peso y la edad, e incorporar sistemas de prescripción electrónica.

Urgencias

Kleber Ramírez. Servicio de Urgencias. Hospital de Barcelona

Las características especiales de los servicios de urgencias los hacen susceptibles de cometer errores de medicación. En consecuencia, es preciso intentar detectarlos para después poder corregirlos.



Los métodos de detección de estos errores varían según los diferentes hospitales. En nuestro hospital se utilizan los métodos de observación y notificación voluntaria. Desde el año 2001 hasta el 2004, se han notificado 64 errores de medicación al servicio de urgencias.

Se realizó una encuesta a 25 enfermeras sobre el método de notificación voluntaria que contestaron 23 profesionales. De éstas, 13 indicaron que habían detectado errores de gravedad A y B que no llegaron al paciente pero que no se comunicaron por considerar que el nivel de gravedad era bajo.

Es importante que todo el personal conozca los sistemas de notificación de los errores de medicación incluidos los de menor nivel de gravedad y, así, poder buscar soluciones para su prevención en el futuro inmediato.

Oncología

Montserrat Rey, Instituto Catalán de Oncología

Teniendo en cuenta las características especiales de los medicamentos citostáticos, hemos de tener en cuenta que cuando se produce un EM con estos fármacos a menudo tiene consecuencias trágicas. Es muy importante destacar que la prevención, detección y respuesta a los errores con medicamentos citostáticos es una responsabilidad multidisciplinar que requiere un esfuerzo continuo de colaboración. No obstante, la mejor manera de prevenir errores de medicación es establecer controles durante todo el proceso de utilización de los medicamentos; estandarizar y simplificar las tareas también disminuye el riesgo de error.

La experiencia del Instituto Catalán de Oncología (ICO) en materia de prevención prevé dos líneas básicas de actuación. La primera, a nivel de las acciones realizadas en el circuito de prescripción, validación, preparación, dispensación y administración (PVPDA), y la segunda con la reciente puesta en marcha del Programa de prevención de acontecimientos adversos a medicamentos (PAAM). El circuito PVPDA incorpora un sistema informático integrado para permitir la prescripción electrónica asistida, así como la de toda la terapia de apoyo concomitante al tratamiento citostático. La validación tiene como ejes la utilización de guías clínicas y la integración con el equipo asistencial como herramienta para mejorar la calidad. La validación de tratamientos citostáticos

incorpora sistemas de alerta de modificaciones de protocolo. Para la preparación de medicamentos, la informática supone una herramienta fundamental. Por su parte, disponer de personal técnico especializado permite trabajar con más seguridad.

Actualmente, el control de calidad en este punto se basa en la preparación individualizada por paciente y en el control gravimétrico del producto acabado. El personal de enfermería que administra la medicación dispone de información sobre el estado de la preparación gracias a la integración informática de todos los procesos. Por otra parte, está protocolizado todo cuanto está relacionado con la administración del medicamento. Un último punto del sistema hace referencia a la dispensación de fármacos al paciente ambulatorio. Desde el servicio de farmacia se realiza la atención personalizada de manera que el paciente recibe información oral y escrita sobre los medicamentos que recoge en la farmacia.

Por lo que respecta al PAAM, durante el año 2004, y a raíz de una serie de factores movilizados tanto externos como internos y para mejorar la calidad, se puso en marcha este Programa. El plan de actuación llevado a cabo en el ICO consistió en la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar encargado de evaluar notificaciones, informar y proponer medidas de mejora; se estableció un sistema de notificación voluntaria en forma de hojas impresas y se creó el circuito que tenían que seguir en AP las notificaciones dentro del hospital para mantener la confidencialidad. Asimismo, se realizaron sesiones en todos los servicios para informar y sensibilizar a todo el personal. El Programa se inició durante el mes de mayo y se pusieron en marcha las hojas de notificación a partir del mes de octubre.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es preciso remarcar una serie de puntos que son muy importantes, como por ejemplo que la informatización supone una herramienta fundamental, que es necesaria la implicación de todos los que participan en el proceso, que se tienen que establecer controles intermedios fáciles de cumplir durante todo el proceso y, finalmente, que en materia de prevención es muy importante implementar un sistema no punitivo que implique al personal y lo anime a identificar errores y a utilizar la información para mejorar el proceso de utilización de los medicamentos.



■ PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA Y FARMACIA COMUNITARIA

Atención primaria

Carme Solera. Consorcio Sanitario de Terrassa

Hay muy poca información en la bibliografía sobre EM en el ámbito de la atención primaria (AP). Su comunicación espontánea también es muy escasa. Esto se debe, básicamente, a las características propias del ámbito de la atención primaria: la población atendida son comunidades y no un número concreto de pacientes ingresados, como ocurre en el ámbito hospitalario; hay una elevada presión asistencial y pocos recursos (220 habitantes/médico, 5-7 minutos visita/paciente). Por otro lado, hay mucha desinformación por parte de los profesionales asistenciales y no asistenciales (gestores) con respecto a este tema.

Los EM más frecuentes en la AP son: errores de transcripción, errores de prescripción y errores de procedimiento, los cuales son en realidad errores potenciales de medicación, ya que tenemos poca información de si, efectivamente, este error acaba afectando al paciente.

La principal fuente de EM en la AP son las recetas y, sobre todo, si el paciente está incluido en el circuito de recetas de tratamientos crónicos. Los tipos de EM varían según sea este sistema de renovación de recetas de crónicos manual, mecanizado o informatizado.

Los EM en la AP se pueden detectar si se hace una revisión periódica de los tratamientos crónicos, lo cual sólo es viable si se dispone de aplicaciones informáticas con explotaciones adecuadas de los datos. Otra forma efectiva es la coordinación entre los centros de AP y las oficinas de farmacia.

Para prevenir EM en la AP se pueden hacer actuaciones como las siguientes:

- Prescripción informatizada.
- Herramientas facilitadoras de la prescripción (alertas, facilitar la selección de medicamentos, vademécum actualizado).
- Revisión periódica de los tratamientos crónicos.
- Revisión periódica de los circuitos de recetas.

- Selección de pacientes candidatos a recibir un seguimiento más esmerado por parte de enfermería.
- Coordinación con oficinas de farmacia.

Farmacia comunitaria

Carme Capdevila. Colegio de Farmacéuticos de Barcelona

En la prevención de errores de medicación, el farmacéutico comunitario tiene un papel clave, ya que es quien entrega el medicamento al paciente en el ámbito de la atención primaria y, concretamente, en el comunitario.

Los EM que puede detectar el farmacéutico están relacionados con la prescripción médica ilegible o incompleta, la similitud de envases o de nombres registrados de los medicamentos y el error en la misma dispensación.

Así pues, el farmacéutico debe poner esmero en la organización interna de la farmacia para almacenar correctamente los medicamentos y aplicar el "protocolo de dispensación activa" del programa de atención farmacéutica del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona (COFB) en el acto propio de la entrega del medicamento al paciente.

En lo que concierne a la organización interna, el farmacéutico utiliza "trucos" como por ejemplo poner una cartulina de colores entre los envases similares, enganchar una pegatina o nota adhesiva para alertar de nombres similares y, sobre todo, informar al resto del personal de la farmacia del error detectado para evitar que se vuelva a producir.

El acto propio de dispensación consta, al menos, de tres partes. Una primera en la cual el farmacéutico verifica la prescripción del médico o bien el medicamento solicitado por el usuario; una segunda donde va a buscar el medicamento al almacén, y una tercera que consiste en la entrega del medicamento al paciente.

La aplicación del protocolo de dispensación activa permite, mediante cinco preguntas, verificar que el paciente ha entendido correctamente las instrucciones para tomar la medicación.

Con la aplicación de este protocolo evitaremos los errores de medicación debidos a la falta de información, la preparación incorrecta, la



administración incorrecta, etc. Se expondrán resultados de la campaña de dispensación activa de acenocumarol, de estatinas y algunos ejemplos de errores de medicación detectados por el farmacéutico comunitario.

Información al paciente

Àngels Vidal. Pius Hospital de Valls.

La información al paciente tiene como objetivo que éste mejore su conocimiento sobre el uso de los medicamentos, que conozca los medicamentos que se está tomando y para qué se los está tomando, y modificar positivamente su conducta respecto al cumplimiento de la terapia prescrita por el médico, con el fin de promover el uso racional de los medicamentos, aumentar la eficacia y disminuir la toxicidad.

Para que la información sobre medicamentos al paciente cumpla sus objetivos es indispensable que el público al que va dirigida la entienda y la interprete correctamente. Las instrucciones tienen que ser claras y sencillas, y el lenguaje debe ser adecuado. La información debe ser la adecuada para que el paciente sepa utilizar correctamente los medicamentos y solucione los problemas que se le pueden plantear en el momento de tomar la medicación.

Un estudio, en el que se analizan los errores que comete la población al utilizar medicamentos de cubierta entérica o de liberación retardada, refleja que los principales errores cometidos por los pacientes son, en primer lugar, los relacionados con la conservación del medicamento –por ejemplo: lugar donde se guarda el medicamento y en qué momento lo saca del blister-; en segundo lugar, cómo se toma

el medicamento en relación a los alimentos y, en tercer lugar, el hecho de triturar o masticar este tipo de medicamento. Otros errores que puede cometer el paciente son: no tomar la medicación, tomar el medicamento erróneo o la duplicidad de medicamentos, dosis errónea, intervalo entre dosis incorrecto, omisión de una o más dosis, duplicidad de dosis, abandono del tratamiento, alargamiento innecesario del tratamiento, no seguir los consejos higiénico-dietéticos, etc.

Entre las principales causas de los errores que comete el paciente podemos señalar la falta de conocimiento de la medicación, la falta de comprensión, la incorrecta interpretación y/u olvido de la información recibida, pero también hay que tener presente que hay otras, como por ejemplo problemas asociados a la edad –dificultad visual, auditiva, pérdida de memoria, menor capacidad para comprender y asimilar consejos, para manipular envases-, la comunicación deficiente entre el profesional de la salud y el paciente, los hábitos creados, etc.

La información ideal tendría que ser personalizada, verbal y escrita, precisa, concisa, en un lenguaje comprensible –claro y sencillo- y que llegase a todos los usuarios del medicamento.

Por tanto, la información sobre los medicamentos a los pacientes que dan los profesionales de la salud es imprescindible para **prevenir errores de medicación y conseguir un cumplimiento óptimo** de los tratamientos farmacológicos.

Director: Rafael Manzanera i López

Subdirector: Joan Serra i Manetas

Comité editorial

Maite Alay, Tomàs Casasín, María José Gaspar, Maria Pilar Gascón, Carmen Lacasa, Alba Prat, Neus Rams

ISSN en trámite