13

CONDUCTA A SEGUIR TRAS UN ERROR DE MEDICACION

Frederic Raspall, Eva Bolet

Los errores de medicación "son evitables pero difíciles de evitar"[1] tal como lo demuestran los trabajos dirigidos a investigar sus causas y registrar su frecuencia.[2]

Se ha valorado que entre el 1 y el 2% de pacientes ingresados en Hospitales, en EE.UU., se ven perjudicados por errores de medicación, lo que ocasiona, además del riesgo para la integridad de la salud de los pacientes, un coste económico adicional importante, sin tener en cuenta los costes de tipo legal.[3,4]

Los errores de medicación son multifactoriales y multidisciplinares[5] y pueden originarse durante la prescripción, la transcripción, la dispensación, la preparación y la administración. Los diferentes tipos de errores de medicación han sido revisados recientemente por Lacasa y cols. en 1998[6] y en el capítulo 2 de este texto.[7]

Estos errores tanto si parten de equivocaciones del médico, del farmacéutico o del personal de enfermería, constituyen un riesgo para el paciente y cuestionan la seguridad del centro asistencial. Es por ello que la Joint Commission exige que el hospital disponga de normas y procedimientos que regulen el manejo de la forma más segura de los medicamentos (ver capítulo 7).[8]

Los responsables de la gestión de los hospitales también deben implicarse íntimamente en la responsabilidad de los errores de medicación; en ocasiones, medidas dirigidas a disminuir los costes como horarios reducidos de funcionamiento del servicio de Farmacia o utilización de envases con dosis múltiples, contribuyen de forma importante a la incidencia de errores. En este sentido es importante tener presente qué factores contribuyeron al error y no en quienes fueron las personas implicadas en el mismo, y que en muchas ocasiones los errores tienen poco que ver con la competencia de las personas y mucho con una serie de factores estrechamente relacionados con déficits de gestión.

Para Dean,[9] en las unidades de cuidados intensivos, existen dos grandes grupos de errores, los de prescripción y los de administración.

Para el personal de enfermería, la seguridad y la rigurosidad en las medidas adoptadas durante la administración de la medicación debe constituir un aspecto prioritario en su trabajo.[10] Todos estos aspectos han sido revisados por Wolf et al. en 1996.[11]

Bates ha demostrado[12] que los errores de medicación pueden ser reducidos a la mitad utilizando un sistema informa-

tizado de prescripción médica de medicamentos. Estudios recientes ponen de manifiesto la importancia de la actitud del personal de enfermería, en cuanto a la utilidad de los sistemas automatizados, ya que su aceptación no siempre es fácil y es preciso insistir y demostrar el hecho de que estas medidas se acompañan de una reducción a menos de la mitad de los errores de medicación.[13]

La respuesta a un error de medicación generalmente comienza cuando la enfermera anota el incidente, lo cual constituye un registro legal de lo sucedido.

Generalmente consiste en una descripción del error, seguido de la valoración del estado del paciente por parte de la enfermera y de la exploración por el médico.

Existen varias responsabilidades que enfermería y el personal de farmacia deben tener presentes tras un error:

1. Lo prioritario es la seguridad del enfermo. El paciente debe ser monitorizado inmediatamente para detectar los posibles efectos indeseables secundarios al error.

2. Debe comunicarse inmediatamente el error a la enfermera responsable del área y al médico. El error debe ser documentado de forma objetiva y completa, de manera que pueda valorarse adecuadamente lo sucedido, debiendo registrarse en la historia clínica del paciente. Siempre hay que tener presente que la severidad de un error puede variar desde una administración tardía del fármaco pautado, hasta la administración de un fármaco mortal para el paciente.

3. Debe completarse la información sobre el incidente, y tomar las medidas oportunas para evitar la repetición de este tipo de error de medicación.

Los responsables del personal de enfermería deben mantener una formación continuada en lo que hace referencia a la administración de medicamentos, sobre todo ante situaciones de especial riesgo, tanto por la complejidad o agresividad del procedimiento, como por el fármaco utilizado, como por la situación o características del paciente.

Es muy importante que un grupo de trabajo del hospital, multidisciplinar, analice y profundice en los motivos que ocasionaron el error, en este sentido es importante repasar la seguridad del etiquetado y protocolizar diluciones que disminuyen el riesgo de administración errónea de ciertos fármacos.

Todo lo que sea mejorar la relación entre los farmaceúticos, médicos, y enfermeras, ayuda a disminuir la incidencia de errores de medicación.

La respuesta ante un error de medicación debe realizarse desde un punto de vista práctico y con la finalidad de proteger tanto al paciente como al responsable directo del error, siguiendo una serie de pasos:

1. **Tranquilizarse tras detectar el error**, evitando reacciones conductuales que deriven en informes o comunicaciones con un gran componente de subjetividad y realizados bajo una situación de

"shock" emocional; esperar unos minutos permite estructurar mejor la comunicación y el registro del error.

2. **Notificar el error**, aunque se tenga el convencimiento que éste es intrascendente para la salud del paciente. Debe comunicarse al responsable de enfermería y al médico quién, en definitiva, será el que decidirá cual es la pauta a seguir.

Debe decidirse, entre todo el equipo asistencial, si el error debe ser comunicado al paciente y quién y cómo se lo dirá, individualizando cada caso, en función de la gravedad del error y de las características del paciente y de su familia.

3. **Tomar las medidas adecuadas**: valoración y detección precoz de las potenciales reacciones adversas evaluando, además, la respuesta a las medidas terapéuticas adoptadas.

4. **Redactar un informe sobre lo sucedido.** El registro de la información debe ser claro y conciso, pero completo, de forma que permita, al que lo lee, interpretar correctamente lo sucedido y poder tomar las medidas adecuadas para evitar que pueda volver a repetirse. No es útil aprovechar el informe para autoexculparse, justificarse o buscar explicaciones u opiniones personales, aunque sí es de utilidad el hecho de anotar información que pueda ser relevante en cuanto a explicar el error y si están o pueden estar implicados diferentes servicios del hospital.

El informe debe contener, de forma indispensable, las características del error: de dosis, de horario, nombre del fármaco, dosis administrada, vía, velocidad, reacción del enfermo, el médico a quién se le ha comunicado y la hora, el tratamiento médico aplicado y la respuesta al mismo.

Es importante que cada centro asistencial disponga de un sistema sencillo de comunicación de error de medicación, cuyos ítems pueden variar de una centro a otro, según las características de cada uno.

5. **Revisar, a título personal, el error**, ello evitará en cierto modo que pueda volver a repetirse (componente de distracción, de improvisación, de alteración de la rutina, etc). Este aspecto, como ya se ha citado, no debe constar de forma escrita, en el redactado del informe.

6. **Evaluar las propias reacciones emocionales tras el error**: temor, baja de la autoestima, inseguridad, culpabilidad, vergüenza, etc. Valorar si son reacciones acordes con la gravedad del error, no tratar de minimizarlas, pero tampoco magnificarlas.

En ocasiones el comentarlo con un compañero, con un superior o con un amigo o familiar que no tenga relación con la Sanidad, puede ser de gran ayuda. Si el trastorno emocional que ha ocasionado el error llega a provocar un estado de ansiedad, depresión o inseguridad importante debe consultarse con un profesional de la salud mental.

7. **Desterrar definitivamente las medidas punitivas**, salvo en casos de mala praxis obvia, debida a déficits persona-

les de aptitud o actitud que conducen a imprudencias temerarias.

Ignorar estas situaciones por las personas responsables constituye un riesgo para los pacientes, totalmente inaceptable y debe considerarse como un falso proteccionismo, con muchos inconvenientes y ningún aspecto positivo. Constituye una forma de esconder no sólo el error, sino uno de los motivos del por qué se produce.

Existen métodos y sistemas para valorar estas situaciones, que forman parte de la actitud a adoptar después de detectar un error de medicación.[14-16]

Lo verdaderamente importante es, sin embargo, mejorar las medidas preventivas y aumentar la formación del personal, de manera que la idea que impere, para evitar los errores de medicación, sea que se precisan soluciones y no culpables.

Una de las medidas preventivas más citadas en la bibliografía es la de la formación correcta de los estudiantes de enfermería, fundamentalmente en lo que hace referencia a la preparación y cálculo de dosis de medicamentos,[17] ello tiene especial interés en el caso de los niños, donde los errores de medicación suelen ser más frecuentes y de mayor trascendencia que en otras épocas de la vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Ferner RE. Is there a cure for drug errors?. Better systems should be adopted to identify and eliminate errors. BMJ 1995;311:463-464.
2. Bates DW, Cullen DJ, Laird N et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. JAMA 1995;274:29-34.
3. Bates DW, Spell N, Cullen DJ et al. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. JAMA 1997;277:307-311.
4. Barber ND, Dean BS. The incidence of medication errors and ways to reduce them. Clin Risk 1998;4:103-106.
5. American Society of Hospital Pharmacists Council on Proffesional Affairs. Draft guidelines on preventable medication errrors. American Journal of Hospital Pharmacy 1992;49:640-648.
6. 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.
7. Lacasa C. Conceptos, clasificación y métodos de detección. En Error de Medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento. Lacasa C, Humet C, Cot R (eds). EASO. Barcelona 2000:pp13-20.
8. Bohigas Ll. Acreditación de Hospitales y utilización de medicamentos. En Error de Medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento. Lacasa C, Humet C, Cot R (eds). EASO. Barcelona 2000: pp83-92.
9. Dean B. Errors in medication administration. Intensive Care Med 1999;25:341-342.
10. Bliss-Holtz J. Discriminating types of medication calculation errors in nursing practice. Nursing Research 1994;43:373-375.
11. Wolf ZR Z, McGoldrick TB, Flynn ER et al. Factors Associated with a Perceived Harmful outcome from Medication Errors: A Pilot Study: The Journal of Continuing Education in Nursing 1996;27:65-74.
12. Bates DW, Leape LL, Cullen DJ, et al. Effect of Computerized Physician order entry and a team intervention on prevention of serious Medication errors. JAMA 1998; 280:1311-1316.
13. Novek J, Betteess S, Burke K et al. Nurses' perceptions of the reability of an automated medication dispensing system. J

Nurs Care Qual 2000;14:1-13.
14. Booth B. Management of drugs errors. Nursing Times 1994;90:30-31.
15. Cobb MD. Evaluating medication errors. Journal of Nursing Administration 1986; 4:41-44.
16. Enrst MA, Buchanan A, Cox C. A judgement of errors. Nursing Times 1991;87:26-30.
17. Wolf ZR, Ambrose MS, Dreher HM. Clinical Inference by Nursing Students and experimental nurses concerning harmful outcomes occurring after medication errors: A comparative study. J Prof Nurs 1996; 12: 322-329.